

В. М. ЖДАН, А. М. СКРИПНІКОВ, Л. В. ЖИВОТОВСЬКА,
Г. Т. СОННИК, М. О. ДЕНЕКО

ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Рекомендовано Міністерством освіти
і науки України як навчально-
методичний посібник
для студентів вищих медичних навчальних
закладів IV рівнів акредитації
та лікарів-інтернів

Полтава | ТОВ "АСМІ"
2014

УДК 616.89

ББК 88.4

О-75

Рекомендовано до друку Вченою радою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», протокол № 4 від 24 грудня 2013 р. Гриф МОН України №1/11-7865 від 23.05.2014

Рецензенти:

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України *Кришталь Євген Валентинович*;

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України *Козидубова Валентина Михайлівна*;

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», заслужений діяч науки і техніки України *Шкробот Світлана Іванівна*.

Автори:

Ждан В.М. – д.мед.н., професор, ректор ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Скрипніков А.М. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Животовська Л.В. – д.мед.н., професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Сонник Г.Т. – д.мед.н., професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Денєко М.О. – д.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», головний лікар ПОКПЛ ім. О.Ф.Мальцева.

Основи медичної психології [Текст]: навч.-метод. посіб.
О-75 для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. /
Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. – Полтава:
ТОВ «АСМІ», 2014. – 255 [3] с.

ISBN 978-966-182-292-3

В запропонованому посібнику висвітлені основні поняття і принципи психологічної науки в переломленні до фахової діяльності лікаря: засвоєння психологічних знань, необхідних для розуміння індивідуально-психологічних особливостей особистості, оволодіння основними методами психологічної діагностики і правилами проведення психологічної корекції і психопрофілактики, поліпшення міжособистісних контактів, можливість використовувати свої особливості в індивідуальній роботі з хворими, що забезпечує як велику глибину і тонкощі діагностики хвороби, так і вибір найбільш оптимальної терапії в застосуванні до будь-якого пацієнта, незалежно від характеру його хвороби.

Рекомендований для студентів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації та лікарів-інтернів, а також може бути використаний клінічними ординаторами, магістрами, аспірантами, лікарями загального профілю (сімейними лікарями) і суміжними спеціалістами.

УДК 616.89

ББК 88.4

ISBN 978-966-182-292-3

© В. М. Ждан, А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська,
Г.Т. Сонник, М.О. Денєко, 2014

© ТОВ «АСМІ», оформлення, 2014

ЗМІСТ

<i>Вступ</i>	4
<i>Розділ 1.</i> Предмет, завдання та методи дослідження психологічного стану людини. Поняття про психічне здоров'я.....	6
<i>Розділ 2.</i> Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери. Свідомість та самосвідомість.....	29
<i>Розділ 3.</i> Психологія особистості. Внутрішня картина хвороби.....	55
<i>Розділ 4.</i> Психологія медичних працівників	94
<i>Розділ 5.</i> Психологія лікувально-діагностичного процесу. Спілкування в медичному середовищі	109
<i>Розділ 6.</i> Психосоматичні розлади	132
<i>Розділ 7.</i> Психологічні особливості хворих з різними захворюваннями	153
<i>Розділ 8.</i> Психологічні аспекти залежної поведінки. Суїцидальна поведінка	193
<i>Розділ 9.</i> Основні методи психотерапії в роботі лікаря загальної практики. Психогігієна, психопрофілактика	216
<i>Рекомендована література</i>	249
<i>Додатки</i>	251

ВСТУП

В даний час усе більше нарастає в теоретичній та практичній медицині розуміння ролі психологічних знань як у питаннях здоров'я і хвороби людини, так і в питаннях особистості сучасного лікаря. Психологічні особливості особистості як самого лікаря, так і особистості хворого істотно впливають на ефективність лікувальних дій. З одного боку, психологія бере участь у вирішенні широкого кола задач, що відносяться до фахової діяльності лікаря (діагностика, лікування, профілактика, психологічна корекція і реабілітація хворих). З іншого боку, індивідуально-психологічний образ лікаря, його уміння будувати міжособистісні відношення, можливі лікарські помилки; фахове стомлення; вплив професії на особистість лікаря є не-ма-ловажними чинниками в його фаховій діяльності. Сучасний лікар повинен бути психологічно підготовленим до розуміння психології хворої людини.

Навчально-методичний посібник розроблений відповідно до навчальної програми з медичної психології для вищих медичних закладів освіти України III-IV рівнів акредитації складеної для спеціальностей 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» галузі знань 1201 «Медицина», у відповідності до освітньо-кваліфікаційної характеристики та освітньо-професійної програми підготовки фахівців, затверджених наказом МОЗ України №239 від 16.04.03 та навчального плану, розробленого на принципах Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS) і затвердженого наказами МОЗ України № 749 від 19.10.09 та №539 від 08.07.10.

Метою викладання курсу з медичної психології є вивчення основних понять і принципів психологічної науки в переломленні до фахової діяльності лікаря:

- Засвоєння психологічних знань, необхідних для розуміння індивідуально-психологічних особливостей особистості;
- Оволодіння основними методами психологічної діагностики і правилами проведення психологічної корекції і психопрофілактики;
- Поліпшення міжособистісних контактів, уміння створювати позитивні взаємовідносини, розуміння лікарем власної особистості та її особливостей, особистісної своєрідності, можливість використовувати свої особливості в індивідуальній роботі з хворими, що забезпечує як велику глибину і тонкощі діагностики хвороби, так і вибір найбільш оптималь-

ної терапії в застосуванні до будь-якого пацієнта, незалежно від характеру його хвороби.

Даний навчально-методичний посібник орієнтовано на одержання лікарями знань і практичних навичок із загальної психології, що будуть необхідні їм у професійній діяльності, а також нададуть істотну допомогу у формуванні (у процесі навчання у ВУЗі) власного індивідуального образу, що відповідає особистісним особливостям. Він складається з 9 розділів. Кожний розділ містить зміст практичного заняття, питання для самопідготовки студентів, тести і задачі самоконтролю для засвоєння теоретичних знань. У кінці посібника приведений список літератури для самопідготовки до занять.

РОЗДІЛ 1

Предмет, завдання та методи дослідження психологічного стану людини. Поняття про психічне здоров'я.

Актуальність теми:

У числі наук, що розвивають сучасні підходи до пізнання людської особистості, виділяється медична психологія, специфічним предметом якої є дослідження патологічних психічних станів і процесів, у тому числі й у їх соматичних проявах, з одного боку, і психологічних проявів і наслідків патологічних соматичних процесів і явищ – з іншого. Сучасна медична психологія має у своєму розпорядженні солідний методологічний і методичний апарат, що дозволяє одержувати надійні практичні рекомендації, необхідні для ефективної діагностики і лікування різних захворювань, а також для етично і соціально виправданого впливу на мислення і поведінку людей з метою їхньої адаптації до мінливих умов життя, нормалізації психологічного клімату в трудовому й іншому колективах, раціональній організації різних видів діяльності і, нарешті, для навчання і виховання дітей, молоді і дорослих.

Теоретичні й експериментальні дослідження в області медичної психології збагачують своїми результатами психологічну науку, медицину і педагогіку, а використання її прикладних висновків допомагає в професійній діяльності психологів, лікарів, соціальних працівників, вихователів, вчителів і викладачів, багатьох інших категорій фахівців, що мають справу з людьми.

Мета заняття – уміти обґрунтувати значення наукових психологічних знань в практичній діяльності лікаря, роль та місце психології в соматичній медицині.

Зміст заняття

1. Предмет вивчення медичної психології та основні її завдання.
2. Теоретичні та методологічні проблеми медичної психології.

3. Роль медичного психолога у діагностичному, лікувальному та реабілітаційному процесах.
4. Історичні етапи розвитку медичної психології у світі та на Україні.
5. Методи психологічного дослідження.
6. Критерії здоров'я ВООЗ та визначення психічного здоров'я.

Інформаційний матеріал

Психологія – це наука про закономірності виникнення, розвитку та прояви психіки.

Психіка – це продукт розвитку живої матерії, суб'єктивний образ об'єктивного світу, на основі і за допомогою якого відбуваються орієнтація та керування поведінкою. Психіка представляє собою найдосконалішу форму внутрішньої, суб'єктивної, ідеальної діяльності, яка за рахунок різного співвідношення суб'єктивних категорій (образов вражень, образів уявлень, понять) забезпечує збудування адекватних суджень та умовиводів про зовнішній світ, себе самого, про свої відносини із світом не тільки безпосередньо, але й опосередковано, відволіковано, поза прямі контакти із відповідними об'єктами навколишньої дійсності.

Фізіологічні основи психіки. Матеріальним, фізіологічним субстратом психічних процесів є функціональні системи головного мозку, тому для їх розуміння необхідно знати теорію І.П.Павлова про співвідношення організму людини із навколишнім середовищем, про загальні типи вищої нервової діяльності, а також вчення про функціональні системи П.К.Анохіна. Функціональні блоки головного мозку (за О.Р.Лурія) показані в таблиці 1.

Таблиця 1

Функціональні блоки головного мозку (за О.Р. Лурія)

Функції	Структури головного мозку
Регуляція сну – неспання	Ретикулярна формація
Прийом, переробка та зберігання інформації	Потиличні, скроневі та теменні зони
Програмування, регуляція та контроль складних форм діяльності	Лобні доли
Взаємодія блоків	Мозолисте тіло

Структуру сучасної психології визначають три тісно взаємозв'язані форми вияву психіки, що виникають у процесі активного відображення об'єктивного віту: психічні процеси, психічні властивості та психічні стани.

Психічні процеси – це форми суб'єктивного відображення об'єктивної реальності, за допомогою яких здійснюється пізнання світу, засвоєння знань, навичок та умінь. Серед них виділяють пізнавальні (відчуття, сприйняття, пам'ять, увага, мислення, мовлення, увага) та емоційно-вольові (почуття, емоції, воля).

Психічні властивості – це індивідуально-психологічні особливості, що дають змогу розрізняти людей, знати їхні вчинки та мотиви діяльності. До психічних властивостей належать спрямованість, темперамент, характер та здібності.

Психічні стани характеризують тимчасову динаміку психічної діяльності, яка істотно впливає на поведінку та діяльність особистості (наприклад, тривожність, напруженість, стрес, захоплення).

Структура та галузі психології:

- загальна психологія (пізнавальні процеси, емоційно-вольова сфера, властивості особистості)
- психологія розвитку (дитяча психологія, психологія юнацтва, психологія дорослого, геронтопсихологія)
- психологія аномального розвитку (олігофренопсихологія, патопсихологія, сурдо- та тифлопсихологія)
- порівняльна психологія (зоопсихологія, етнопсихологія)
- соціальна психологія (соціальні відносини, соціальне сприйняття)
- психологія конкретної діяльності (психологія праці, педагогічна психологія – психологія навчання, психологія виховання, психологія спорту, медична психологія, нейропсихологія та ін.)
- диференційна психологія – психологія індивідуальних відмінностей
- практична психологія (психологічна служба)

Місце психології в системі наук. Психологія пов'язана із медициною, філософією, математикою, біологією, юриспруденцією та іншими науками.

Медична психологія – медична і водночас психологічна наука, спрямована на вирішення теоретичних та практичних завдань, пов'язана з підтриманням психологічного здоров'я населення, попередженням захворювань, діагностикою патологічних станів, психокорекційними формами впливу на процес одужання, з вирішенням багатьох питань експертизи, соціально-трудова реабілітація хворих людей, а також з вивченням психологічних особливостей професійної діяльності медичного працівника (В.М. Блейхер, І.В. Крук, 1995).

В Україні психологія розвивається як інтегральна частина світової психологічної науки. На початок ХХ ст. сформувались наукові школи: Київська (Г.І.Челпанов, І.А.Сікорський, С.А.Ананьїн), Одеська (І.М.Сеченов, І.І.Мечніков, М.М.Ланге, С.Л.Рубінштейн). Одним із найбільших центрів розвитку експериментальної психології у 20-30 роках ХХ сторіччя був Харків. Історія розвитку психології в Україні також пов'язана із такими відомими науковцями, як Л.С.Виготський, О.Р.Лурія, О.В.Запорожець, О.М.Леонт'єв, В.П.Протопопов, П.І.Зінченко, Л.І.Божович та ін.

Предметом вивчення медичної психології є: особистість хворої людини в широкому розумінні цього слова (різноманітні і глибокі зрушення в психічній діяльності душевнохворих докладно вивчаються спеціальною наукою – психіатрією), медичний працівник, взаємини хворого і медичних працівників на різних етапах їхнього спілкування. При цьому різні суміжні проблеми розглядаються стосовно до основної задачі – наданню максимальної допомоги пацієнтові.

Розглядаючи здорову і хвору особистість у біопсихосоціалній єдності, можна побачити взаємозв'язок клінічної психології з іншими науковими дисциплінами і предметами, але тут можна було б обмежитися лише перерахуванням деяких з них. До них відносяться: соціологія, антропологія, етнологія, культурологія, історія, філологія і лінгвістика (нейролінгвістика, психолінгвістика), математика і статистика й ін.

Основні проблеми медичної психології:

- дослідження впливу захворювань на психіку людини і його поведінку;
- аналіз впливу психологічних факторів на виникнення, розвиток і лікування хвороб;
- вивчення ролі психічного як фактору, що протистоїть виникненню і перебігу захворювань;
- вивчення проявів і динаміки порушень психіки при різних захворюваннях;
- дослідження впливу особливостей взаємин хворої людини з медичним персоналом і навколишнім його мікросередовищем на процес вилужання.

Коло перерахованих основних теоретичних проблем медичної психології, що виступають у якості її цілей, доповнюється прикладними задачами розробки принципів і методів психологічного дослідження в клініці, а

також питаннями створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку людини в лікувальних і профілактичних цілях.

По спрямованості психологічних досліджень (на виявлення загальних закономірностей або на особливості конкретного хворого) можна виділити **загальну і спеціальну медичну психологію**.

Загальна медична психологія вивчає загальні питання і містить у собі наступні розділи:

1. Основні закономірності психології хворої людини (критерії нормальної, тимчасово зміненої і хворобливої психіки), психологія лікаря (медичного працівника), психологія повсякденного спілкування хворого і лікаря, психологічної атмосфери лікувально-профілактичних установ.

2. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи.

3. Індивідуальність (темперамент, характер, особистість), еволюція й етапи її постнатального онтогенезу (включаючи дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість і пізній вік), афективно-вольові процеси.

4. Медичну деонтологію, що включає питання лікарського обов'язку, етики, лікарської таємниці.

5. Психогігієну (психологію медичних рад і консультацій, психологію родини, психогігієну осіб у кризові періоди їхнього життя (пубертатний, клімактеричний). Психологію шлюбу і статевого життя. Психогігієнічне навчання, психотренінг взаємин лікаря і хворого.

6. Загальну психотерапію.

Спеціальна медична психологія вивчає конкретного хворого, а саме:

1) особливості психічних процесів у психічних хворих;

2) психіку хворих на етапах підготовки, виконання хірургічних втручань і в післяопераційний період;

3) особливості психіки хворих, що страждають різними захворюваннями (серцево-судинними, інфекційними, онкологічними, гінекологічними, шкірними і т.д.);

4) психіку хворих з дефектами органів і систем (сліпота, глухота і т.п.);

5) особливості психіки хворих при проведенні трудової, військової і судової експертизи;

6) психіку хворих алкоголізмом і наркоманією;

7) психотерапію.

Можна виділити конкретні клініки, де знаходять практичне застосування знання відповідних розділів медичної психології: у психіатричній

клініці – **патопсихологія**; у неврологічній – **нейропсихологія**; у соматичній – **психосоматика**.

Історія психологічної науки з особливою рельєфністю відображує еволюцію поглядів на природу свідомості і всього духовного життя людини. На зорі науки (VI-IV ст. до н.е.) у філософії вже чітко звучав натуралістичний напрямок думки. Про це можна судити по працях Демокріта, Емпедокла, Лукреція, Епікура й ін. Уже тоді багато хто вважав, що мозок є "осередком душі" (Алкмеон із Кротону), "осередком психічної діяльності" (Піфагор), а психічні хвороби – результатом порушення роботи мозку (Гіппократ, Гален).

Але вже в той час натуралістичній точці зору протиставив свої погляди Платон (427-347 р. до н.е.), що виступив з метафізичним вченням про душу як ідеальну сутність. Його учневі, Арістотелю (384-322 р. до н.е.) належить перша відома історії праця з питань психології – трактат "Про душу".

Безпосередніми попередниками медичної психології були дві течії, що сформувалися в XVIII сторіччі – френологія і месмеризм.

Засновник френології – **Франц Галль** (1758 – 1828), лікар з Відня. Галль був переконаний у тому, що розумові здібності залежать від структури мозку, що у свою чергу впливає на формування будови черепа. Галль локалізував різні властивості розуму в 28 різних областях мозку. Його роботи передбачили концепцію церебральної локалізації функцій мозку в більш пізніх дослідженнях П.Брока, У. Пенфілда й ін.

Франц Месмер (1734 – 1815) стверджував, що людина наділена якимись особливими магнітними флюїдами, звільнення яких приводить до різного цілювального ефекту. Ці флюїди він позначив як «тваринний магнетизм». Можна вважати, що його роботи послужили своєрідною основою як для розвитку сугестивних методів, так і для розробки технік групових сеансів, будучи предтечею сучасних методів групової психотерапії.

Експериментуючи з гіпнотичними техніками, розробленими Ф. Месмером, **Жан Шарко** (1825 – 1893) установив, що психічна травма, головним чином сексуальна, викликає ідеї і почуття, що потім стають неусвідомлюваними і є змістом істеричних симптомів.

Зигмунд Фрейд продовжив дослідження істерії, показавши її психогенне походження і можливість лікування істеричних симптомів за допомогою гіпнозу. Згодом він відмовився від гіпнозу і розробив психоаналітичний напрямок, що внесло великий вклад у розвиток медичної психології як самостійної області психології.

Вагомий внесок у розвиток теорії медичної психології вніс французький психіатр і психолог **П'єр Жане** (1859 – 1947), розробивши концепцію дисоціації – утрати «функції реальності» і нездатності утримувати цілком ідеї в області свідомості через слабкість вищої інтегративної діяльності.

Відомий французький психолог **Теодроль Рібо** (1839 – 1916) уперше почав вивчати закономірності психічної діяльності не тільки в здорових осіб, але й у душевно хворих. Ці експериментальні дослідження розширили і збагатили медичну психологію.

Герман Роршах (1884 – 1922) розробляє одну з основних проєктивних технік психодіагностики. Особливий внесок у розвиток медичної психології вніс **Е. Кречмер**, що одержав світову популярність своєю роботою про зв'язок будови тіла і характеру. Його книга «Медична психологія», що вийшла російською мовою в 1926р., була першою роботою по медичній психології, що містить систематизоване зведення фізіологічних і психологічних даних, необхідних як лікареві, так і психологові в роботі з хворими.

В другій половині XIX в. наукові методи стали звичним інструментом у дослідженнях психічних явищ, особливо в 70-х – 80-х рр. У 1879 р. у Лейпцизі **Вільгельмом Вундтом** була організована перша у світі експериментально-психологічна лабораторія. Вундт став основоположником психології як формальної академічної дисципліни. Його праця «Основи фізіологічної психології», що вийшла у 1874 р., поклала початок психології як самостійної науки. За роки наукової і викладацької діяльності В.М. Вундта 17000 студентів прослухали його лекції. Він заснував перший журнал з психології, відкрив Інститут експериментальної психології та створив свою наукову школу, де навчалися і працювали відомі надалі вчені – Креспелін, Мюнстерберг, Кюльпе, Кіршман, Мейсман, Марбе, Ліппс, Крюгер (Німеччина), Тітченер (Англія), Скріпчур, Енджелл, Г. С. Хол, Уітмер (США), Бехтерев, Чиж, Ланге (Росія). Багато з них вважаються засновниками клінічної психології. У першу чергу варто згадати **Лайтнера Уітмера**, що ввів поняття клінічної психології, він організував при Пенсильванському університеті психологічну клініку для відсталих і душевнохворих дітей, розробив курс лекцій з цієї проблеми.

М.В. Ломоносов, А.Н. Радіщев, А.И. Герцен, В.Г. Белінський, Н.А. Дობролюбов, Н.Г. Чернишевський зробили великий внесок у розробку філософських основ матеріалістичного розуміння психічного.

Карл Юнг (1875 – 1961), перший час будучи послідовником психоаналітичного методу лікування, розробленого **З. Фрейдом**, пізніше «відходить» від нього і створює свій власний напрямок – аналітичну психологію.

І.М. Сеченов, вихований на працях мислителів-гуманістів, створив свою теорію рефлекторної діяльності мозку й опублікував у 1863 році працю "Рефлекси головного мозку". Особливого значення він надавав медичної психології і збирався присвятити їй свою особливу працю.

І.П. Павлов (1849-1936) – видатний нейрофізіолог, засновник матеріалістичного вчення про вищу нервову діяльність. Розробив учення про нервізм, першу та другу сигнальні системи, фазові стани. Підняв рефлекторну теорію на принципово новий рівень. Теоретичні гіпотези **І.М. Сеченова** про рефлекторну природу діяльності мозку розвинув до експериментально обгрунтованого вчення. Довів динамічний характер локалізації функцій у корі великих півкуль, вніс чіткість до розуміння фізіологічної сутності типів нервової системи.

До Великої Жовтневої соціалістичної революції на медичних факультетах університетів медичній психології приділялося надзвичайно мало уваги, хоча серед психіатричних клінік ця дисципліна викладалася.

В перші роки після Великої Жовтневої соціалістичної революції ситуація значно змінилася. Вже в 1918 році був організований спеціальний інститут з дослідження дітей з недорозвитком психічної сфери, названий згодом Медико-педологічним інститутом. З'явилася нова професія – клінічний психолог.

Радянська медична психологія розвивалася головним чином у плані клініко-описових і експериментально-психологічних досліджень. Помітно розгорнулася боротьба з ідеалістичними напрямками в психології, суб'єктивістськими методами самоспостереження. Поряд зі значними позитивними досягненнями у вигляді більшої об'єктивізації досліджуваних явищ, це мало і негативні наслідки, що призвело в 30-і роки до офіційної державної заборони окремих напрямків медичної психології, що надалі істотно загальмувало становлення даної науки.

Перші нейропсихологічні дослідження в нашій країні почали проводитися в 20-х рр. **Л.С. Виготським**. На підставі вивчення різних форм психічної діяльності він сформулював основні положення про розвиток вищих психічних функцій. Спираючись на розроблені теоретичні положення, Л.С. Виготський проаналізував зміни, що виникають у вищих психічних функціях при локальних ураженнях мозку, особливості цих системних порушень у дитини і дорослого. В результаті цих досліджень ним були знайдені й описані принципи динамічної локалізації функцій, що відрізняють роботу мозку людини від роботи мозку тварин.

Істотний вплив на розуміння відносин між психічними функціями і мозком зробили експериментальні і теоретичні роботи **М.О. Бернштейна**

(з 20-х рр.) з біомеханіки і фізіології організації рухів, що містять одну з перших чітких формулювань принципу зворотного зв'язку.

У 30-х і 40-х роках вийшла у світ низка цінних робіт з експериментально-психологічного дослідження мови, мислення (Л.С. Виготський, А.Г. Іванов-Смоленський, М.С. Лебединський і ін.), емоційно-вольової сфери (А.Р. Лурія), з впливу на працездатність ставлення психічно хворих до праці (В.Н. Мясіщев і ін.) і деяким іншим розділам медичної психології.

У період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 р. і в наступні роки експериментально-психологічні (патопсихологічні і нейропсихологічні) дослідження допомагали більш раціонально вирішувати питання працездатності і працевлаштування осіб, які перенесли травму головного мозку, і відновлювати уражені функції.

У 60-і рр. у зв'язку з дослідженнями мозку поживався інтерес до проблеми свідомості та його ролі в поведінці. У нейрофізіології Нобелівський лауреат **Р.У. Сперрі** розглядає свідомість як активну силу. У нашій країні нейропсихологія отримує розвиток у працях **О.Р. Лурії** та його учнів.

Найбільш розробленими в 70-і роки були такі розділи медичної психології, як патопсихологія, що виникла на стику психології, психопатології і психіатрії (Зейгарник, Поляков і ін.), і нейропсихологія, що сформувалася на границі психології, неврології і нейрохірургії (О.Р. Лурія, Хомська й ін.).

Патопсихологія, згідно **Б.В. Зейгарник**, вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі.

Задача нейропсихології, відповідно до поглядів **О.Р. Лурія**, засновника цієї галузі психології, – вивчення мозкових механізмів психічної діяльності людини з залученням нових, психологічних, методів для точної діагностики локальних поразок мозку. Трохи пізніше Лурія вбачав задачу нейропсихології як одного з розділів медичної психології, в кваліфікації симптому – виділенні фактора, що лежить в основі порушення, і описі особливостей тієї структури зміненої психічної діяльності, що виникає в результаті осередкової поразки мозку.

На розвиток медичної психології вплинули дослідження з теорії і практики реабілітації. Процес реабілітації **М.М. Кабанов** розумів як системну діяльність, спрямовану на відновлення особистого і соціального статусу хворого (повного або часткового) особливим методом, головний зміст якого складається в опосередкуванні через особистість лікувально-відновлювальних впливів і заходів.

Методологія – це система принципів організації теоретичної і практичної діяльності, система правил і нормативів пізнання і засобів побудови теорії.

Існують методології різних рівней.

Загальнонаукова методологія – система принципів і нормативів, загальних для всіх областей знання. Щоб стати керівництвом для спеціальної науки, вона повинна бути конкретизована стосовно до неї – це рівень конкретнонаукової методології.

Для сучасної психології в якості загальнонаукової методології виступає діалектичний підхід, а в якості конкретнонаукової – системно-діяльний підхід.

Основні принципи системно – діяльного підходу:

- 1 – детермінізм,
- 2 – активність,
- 3 – єдність свідомості і поведінки,
- 4 – системність,
- 5 – розвиток.

1) Принцип детермінізму вказує на причини психічних явищ. Психічні явища визначаються факторами зовнішньої дійсності (психіка є форма відображення об'єктивної реальності). Однак, будь-який зовнішній вплив спричиняє той чи інший психологічний ефект тільки після переробки внутрішніми умовами (такими, як наприклад, настрої суб'єкта, його установки, потреби, досвід).

2) Принцип активності – це активне відображення (принцип активності психічного відображення). Завдяки активності психіка виконує функцію орієнтації суб'єкта в різноманітті оточуючих подій та явищ (це проявляється у вибірковості суб'єкта по відношенню до зовнішніх впливів) і функцію регуляції поведінки (стимулювання до діяльності, що відповідає потребам та інтересам індивіда). За словами видатного психолога В.Н.Мясищева, будь-які можливості людини можуть бути проявлені і вивчені при умові її позитивного ставлення до діяльності, що здійснюється.

3) Єдність свідомості і поведінки. Діяльний підхід в психології проголошує діяльність – категорію, що містить в собі єдність зовнішнього і внутрішнього, єдність свідомості і поведінки. Що означає така єдність? З однієї сторони, поведінка суб'єкта у визначеній ситуації буде залежати від того, як він цю ситуацію сприймає, що знає про неї, як до неї ставиться. З другої сторони, сам характер ставлення до даної ситуації, характер і обсяг знань про ситуацію будуть залежати від того, як суб'єкт з цією ситуацією практично взаємодіє.

Розвиток психіки

4) Принцип системності. Системою називають сукупність елементів, що знаходяться у взаємозв'язку і створюють цілісність, єдність.

Людина включена в різноманітні зв'язки з дійсністю (пізнання, вивчення дійсності, пристосування до умов, спілкування). Відповідно до великої кількості таких зв'язків людині притаманна велика кількість психічних властивостей. При цьому вона живе і діє як єдине ціле.

Розвиток всієї різноманітності психічних властивостей людини не може бути виведений з однієї єдиної основи (наприклад, тільки з біологічної або тільки із соціальної). Системний підхід пропонує різноманіття джерел і сил, які рухають психічний розвиток людини (таблиця 2).

5) Принцип розвитку. Розвитком називається закономірна направлена незворотня зміна в часі.

Розвиток психіки реалізується в різних формах:

а) філогенезу – становлення структур психіки в ході біологічної еволюції виду,

б) онтогенезу – формування психічних структур протягом життя окремого організму,

в) соціогенезу – розвиток процесів пізнання особистості, міжособистісних відносин, що обумовлений особливостями соціалізації в різних культурах. Наслідком соціогенезу є відмінності мислення цінностей, нормативів поведінки у представників різних культур,

г) мікрогенезу – під ним розуміється формування і динаміка образів, уявлень, понять тощо, які детермінуються наявною ситуацією і розгортаються у відносно невеликі часові інтервали.

Кожна ступінь психічного розвитку має свою якісну своєрідність, свої закономірності. Мислення дорослої людини відрізняється від мислення дитини не просто тим, що дорослий більше знає і вмє, але і тим, що він оперує іншими поняттями, іншими логічними схемами, спирається на іншу систему цінностей.

Основні особливості онтогенезу психіки людини.

1) В розвитку живих істот спостерігається наступна закономірність : чим вище місце, яке даний живий організм займає на шкалі філогенетичного розвитку, тим складніше його нервова системи, але тим більше часу він потребує для досягнення повної психологічної і поведінкової зрілості. Людський індивід народжується на світ найменш пристосованим до самостійного життя зі всіх істот, що живуть на землі, однак це компенсується надзвичайною пластичністю його мозку, здатністю до пожиттєвого формування функціональних систем.

Таблиця 2

Основні етапи розвитку психіки в філогенезі

№ п/п	Стадії психічного відображення	Характеристика стадії	Особливості поведінки на даній стадії
1	Елементарна сенсорна психіка (стадія елементарної чутливості)	Здатність реагувати тільки на окремі властивості предметів зовнішнього світу	Реакція на біологічно нейтральні подразники. Здатність запобігати несприятливим умовам середовища і вести активний пошук позитивних подразників.
2	Перцептивна психіка (стадія предметного сприйняття)	Інтеграція окремих властивостей, що впливають на органи чуття в цілісний образ об'єкту, відображення зовнішньої дійсності в предметній формі.	Різноманітні і складні рухові дії. Активний пошук позитивних подразників; розвинута захисна поведінка. Елементарні форми мислення.
3	Стадія інтелекту	Відображення міжпредметних зв'язків	Дослідницькі форми поведінки. Здатність одну задачу вирішувати різними засобами. Перенесення знайденого засобу вирішення в нові умови. Великі можливості пристосування.
4	Свідомість	Відображається: 1) оточуючий світ – узагальнено у формі понять, що зафіксовані в мові, 2) власний внутрішній світ, 3) власне ставлення до себе і світу.	Наявність мови (другої сигнальної системи.). Здатність до цілеспрямованої діяльності дає можливість не тільки пристосовуватись до середовища, але й пристосовувати середовище до себе. Здатність до довільної регуляції психічних процесів. Здатність до відволікаючого мислення.

2) Психічний розвиток дитини залежить від сукупного впливу двох факторів:

- а) біологічного дозрівання організму,
- б) взаємодії із середовищем.

3) Психічний розвиток людини йде одночасно по декількох лініях: пізнавальний (інтелектуальний), морально-етичний, емоційно-вольовий тощо. Розвиток різних сфер психіки відбувається нерівномірно; по деяких лініях він може йти інтенсивніше, по інших – повільніше. Така нерівномірність призводить до виникнення так званих криз розвитку. В приклад можна навести кризу 1 року, кризу 3 років або кризу підліткового віку, які виникають як наслідок навідповідності в розвитку інтелектуальної, мотиваційно-споживацької та емоційної сфери.

Позитивне значення таких криз заключається в тому, що вони стимулюють "відстаючі" сфери, і, таким чином, вони є рушійною силою саморозвитку особистості в цілому.

Психологічне дослідження включає наступні **етапи**:

- 1) підготовчий
- 2) власне експериментальний
- 3) кількісної обробки даних дослідження
- 4) інтерпретація отриманих даних

Метод – це спосіб організації діяльності, спрямований на досягнення поставленої мети. Перш ніж перейти до описання методів, що використовуються в психології, слід зупинитися на самих етапах психологічного обстеження.

На підготовчому етапі формулюються питання, на які необхідно знайти відповідь. Частіше це питання про причини або фактори, що визначають існування або специфіку тих чи інших явищ.

Після того, як проблема сформульована, можна, звертаючи увагу на всі можливі явища, встановити, як і наскільки впливають вони на подію, що цікавить дослідника. Така попередня відповідь на запитання про характер зв'язку подій являє собою гіпотезу. Основною вимогою до гіпотези є можливість її перевірки. Часто при плануванні дослідження можуть виникнути декілька рівновірогідних гіпотез, тоді вони перевіряються послідовно.

Психологічний діагноз – це виявлення прихованих причин помітного неблагополуччя (Л.Ф.Бурлачук).

В психології використовуються наступні методи:

- 1 – метод клінічної бесіди,
- 2 – метод спостереження

3 – експеримент

4 – психодіагностичне обстеження

Метод клінічної бесіди та спостереження є основними методами, що застосовуються в повсякденній практичній роботі лікаря.

1. Метод клінічної бесіди (інтерв'ю).

Бесіда передбачає виявлення зв'язків, що цікавлять дослідника, на основі емпіричних даних, які отримані в реальному двосторонньому спілкуванні з досліджуванним. Це метод отримання інформації про індивідуально- психологічні властивості особистості, психологічні феномени і психологопатологічні симптоми, внутрішню картину хвороби і структуру проблеми клієнта, а також спосіб психологічного впливу на людину, вироблений безпосередньо на основі особистого контакту психолога і клієнта (пацієнта).

Принципами клінічної бесіди є: однозначність, точність і доступність формулювань, адекватність, послідовність (алгоритмізованість); гнучкість, нейтральність опитування, перевіреність отриманої інформації.

Успіх бесіди залежить від кваліфікації дослідника, що передбачає вміння встановити контакт з обстежуваним, дати можливість максимально вільно висловлювати свої думки і "відокремлювати" особистісні відносини від змісту бесіди.

2. Метод спостереження.

Одним з найбільш типових способів роботи дослідника є спостереження за об'єктом (людина, група) в очікуванні, коли явища, що цікавлять дослідника, проявляться таким чином, що їх можна буде зафіксувати і описати. За допомогою цього методу вивчають психічні процеси, стани і властивості.

Вивчення психіки здійснюється в природних життєвих умовах і відрізняється від природнього експерименту тим, що лікар чи психолог є пасивним спостерігачем, який змушений чекати, коли знову зможе побачити явища, що його цікавлять.

Перевага цього методу полягає в тому, що під час спостереження не порушується природній перебіг психічних явищ. Недоліком методу спостереження є те, що він не дає змоги з абсолютною точністю встановити причину конкретного психологічного явища, оскільки в процесі спостереження не можна врахувати всі взаємовідносини психічного явища, яке спостерігається, з іншими.

3. Експеримент

Експеримент відрізняється від спостереження тим, що передбачає організацію ситуації дослідження, що дозволяє здійснити відносно повний контроль змінних, що неможливо в спостереженні

Під змінною розуміється будь-яка реальність, яку можна змінювати в експериментальній ситуації. Маніпулювання змінними – одна із важливих переваг експериментатора перед спостерігачем.

Якщо дослідника цікавить будь-який зв'язок явищ між собою, то в експерименті можливо, створивши певну ситуацію, внести новий елемент і визначити, чи виникне та чи інша зміна в ситуації, яку дослідник очікує як наслідок створеної ним зміни. В спостереженні дослідник вимушений чекати виникнення зміни, яка може і не настати.

Змінна, яку вносить дослідник в експеримент, називається незалежною змінною, а змінна, що утворюється під впливом незалежної змінної, називається залежною.

Експеримент буває 4 видів:

- лабораторний,
- природний,
- констатуючий,
- формуючий.

Недоліком методу є той факт, що експеримент важко організувати таким чином, щоб людина не знала про те, що вона є досліджуваною. Тому у неї може виявлятися скутість, невпевненість, свідомі і безсвідомі тривоги тощо.

4. Психодіагностичне обстеження.

На основі психодіагностичного дослідження перевіряють, як правило, гіпотези про залежності між різними психологічними характеристиками. Виявивши їх особливості у достатній кількості досліджуваних, з'являється можливість на основі відповідних математичних процедур встановити їх взаємозв'язок.

Вимоги до психодіагностичного дослідження ті ж, що і до експерименту – контроль змінних.

Крім того, психодіагностика є самостійною галуззю психології і, в цьому випадку дослідник орієнтується не на дослідження, а на обстеження.

Психодіагностика орієнтована на вимірювання індивідуально-психологічних властивостей особистості. Це наука і практика встановлення психологічного діагнозу. Діагноз, як основна мета діагностики – може встановлюватися на різних рівнях.

1 рівень – симптоматичний або емпіричний. На цьому рівні діагноз обмежується констатацією особливостей або симптомів (ознак);

2 рівень – етіологічний, що враховує не тільки наявність характеристик, але і причини їх виникнення;

3 рівень – рівень типологічного діагнозу, що полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик в загальній картині психічного життя людини.

Методи психодіагностики.

Основними методами психодіагностики є тестування і опитування, методичним втіленням яких є відповідно, тести і опитувальники, які також називаються **методиками**. Методики мають наступні властивості:

1) вони дозволяють зібрати діагностичну інформацію у відносно короткі терміни,

2) вони надають інформацію не про людину взагалі, а прицільно про ті чи інші її особливості (про інтелект, тривожність і т.д.).

3) інформація поступає у вигляді, що дозволяє надати якісне та кількісне порівняння індивіда з іншими людьми,

4) інформація, яка отримана за допомогою психодіагностичних методик, важлива з точки зору вибору засобів втручання, а також прогнозу розвитку індивіда, ефективності тої чи іншої його діяльності та спілкування.

Тестування

Тест – це проба, завдання або система завдань, які дають змогу швидко оцінити психічний стан або рівень інтелектуального розвитку досліджуваного.

Психологічна діагностика використовує низку експериментально-психологічних методик – тестів, за допомогою яких можлива оцінка функціонування як окремих сфер психічної діяльності, так і інтегративних утворень – типів темпераменту, особливостей характеру, особистісних якостей.

Існують тести вербальні (мовні) та невербальні (малюнкові). Переважно виділяють дві групи тестів – стандартизовані та прожективні (проективні).

Тест, орієнтований на оцінку, називається стандартизованим тестом (тести інтелекту, спеціальних здібностей, креативності для вимірювання творчих здібностей).

Однак, є тести, орієнтовані на інше: вони виявляють не оціночні показники (наприклад, рівень розвитку певної властивості), а якісні особливості особистості, які не оцінюють за будь-яким критерієм. До цієї групи тестів належать прожективні. Вони базуються на тому, що в різноманітних проявах індивіда втілюється його особистість, в тому числі його прихова-

ні, неосвідомлювані потяги, конфлікти, переживання. Тобто, основним є суб'єктивний зміст та реагування, яке виникає при тестуванні у обстежуваного, що дозволяє робити висновки про особливості особистості.

В таблиці 3 перелічено низку психодіагностичних методик для дослідження тих чи інших сфер психічної діяльності.

Таблиця 3

Психодіагностичні методики для дослідження сфер психічної діяльності

Сфера психічної діяльності	Психодіагностична методика
Увага	Таблиці Шульте Коректурна проба Рахунок по Крепеліну Методика Мюнстерберга
Пам'ять	Тест десяти слів Піктограма Запам'ятовування цифр Відтворення оповідань
Сприйняття	Сенсорна збудливість Проби Ашафенбурга, Рейхардта, Ліпмана
Мислення	Тести на класифікацію виключення, сілогізми, аналогії, узагальнення Асоціативний експеримент Піктограма
Емоції	Тест Спілбергера-Ханіна Метод кольорових виборів Люшера
Інтелект	Тест Равена, тест Векслера

Опитувальниками називають методики, які містять набір запитань, на які обстежуваний повинен відповісти, або це є ствердження, з якими він погоджується або не погоджується.

Існують опитувальники " відкритого" типу (відповіді даються у довільній формі) та " закритого" типу (відповіді вибирають із варіантів, які

надані в опитувальнику). Крім того, розрізняють опитувальники-анкети та особистісні опитувальники.

Опитувальники-анкети надають можливість отримати таку інформацію про обстежуваного, яка не відображає безпосередньо його особистісні особливості. Наприклад, біографічні опитувальники, опитувальники інтересів, установок.

Особистісні опитувальники для вимірювання особливостей особистості поділяються на кілька груп:

а) типологічні опитувальники, що розроблені на основі визначення типів особистості і дозволяють віднести обстежуваних до того чи іншого типу, що відрізняється якісно своєрідними проявами;

б) опитувальник рис особистості, що визначають вираженість рис – стійких особистісних ознак;

в) опитувальник мотивів;

г) опитувальник цінностей;

д) опитувальник установок;

е) опитувальники інтересів;

Аналіз методів психологічного дослідження показує, що вони не є ізолюваними, а можуть ставати складовою частиною один для одного.

Поняття психічного здоров'я.

Характеристика загального самопочуття виявляється центральною ланкою розмежування здоров'я і хвороби. Здорова людина – це та людина, яка відчувається благополучно і тому може виконувати повсякденні соціальні функції. Хвора людина – це та, яка має погане самопочуття і тому не може виконувати повсякденні соціальні функції. При цьому дійсна наявність або відсутність різних відхилень від норми на біологічному рівні існування найчастіше не є визначальною для віднесення себе до здорового або хворого. Наприклад, люди, що вжили алкоголь на вечірці, мають відхилення від «нормальних» параметрів психічного функціонування (знаходяться в так званому «зміненому стані свідомості»), однак, вони не є хворими доти, доки в них не порушується виконання соціальних функцій. Звідси випливає, що поняття здоров'я ширше, ніж поняття норми, а поняття хвороби за змістом відрізняється від поняття патології.

Загальне визначення здоров'я, що було запропоновано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), включає такий стан людини, при якому:

- 1) збережені структурні і функціональні характеристики організму;
- 2) наявна висока пристосованість до змін у звичному природному і соціальному середовищі;
- 3) зберігається емоційне і соціальне благополуччя.

Критерії психічного здоров'я за визначенням ВООЗ:

- 1) усвідомлення і почуття безперервності, постійності свого «Я»;
- 2) почуття сталості переживань в однотипних ситуаціях;
- 3) критичність до себе і до результатів своєї діяльності;
- 4) відповідність психічних реакцій до сили і частоти середовищних впливів;
- 5) здатність керувати своєю поведінкою відповідно до загальноприйнятих норм;
- 6) здатність планувати своє життя і реалізовувати свої плани;
- 7) здатність змінювати поведінку в залежності від життєвих ситуацій і обставин.

Таким чином, здоров'я взагалі і психічне здоров'я зокрема являють собою динамічне сполучення різних показників, тоді як хворобу, навпроти, можна визначити як звуження, зникнення або порушення критеріїв здоров'я.

Завдання для самостійності роботи.

1. Кому належить термін «клінічна психологія»?

- а) Кречмеру;
- б) Жане;
- в) Уїтмеру;
- г) Фрейду.
- д) Адлеру

2. Кого можна вважати родоначальником нейропсихології?

- а) Прібрама;
- б) Лейбніца;
- в) Коха;
- г) Галля.
- д) Корсакові

3. Найважливішим завданням медичної психології є:

- а) вивчення психіки хворої людини

- б) вивчення психіки здорової людини
- в) вивчення функцій спілкування
- г) вивчення поведінки людини в соціумі
- д) вивчення поведінки людини в стресових ситуаціях

4. Предметом вивчення медичної психології є:

- а) особистість хворої людини
- б) взаємини хворого і медичних працівників
- в) вплив психічних особливостей людини на його здоров'ї
- г) особистість медичного працівника
- д) всі відповіді вірні

5. Клінічна психологія базується на методології:

- а) медицини
- б) психології
- в) педагогіки
- г) філософії
- д) соціології

6. Психосоматика вивчає:

- а) вплив психіки на виникнення психічних захворювань
- б) вплив психіки на виникнення соматичних захворювань
- в) вплив соматичного стану на психіку людини
- г) вплив середовища на психіку людини
- д) вплив генетичних чинників на розвиток захворювань

7. Медична психологія робить значний вплив на розвиток таких загальнотеоретичних питань психології:

- а) співвідношення соціального і біологічного в розвитку психіки,
- б) аналіз компонентів, що входять до складу психічних процесів
- в) розвиток і розпад психіки,
- г) роль особистісного компоненту в структурі різних форм психічної діяльності.
- д) всі відповіді вірні

8. До допоміжних методів психологічного дослідження відносять всі, окрім:

- а) інтерв'ю
- б) анкетування

- в) методи самоспостереження
- г) експеримент
- д) методи самооцінки

9. Вивчення результатів конкретних методик психодіагностичного дослідження відбувається в:

- а) два етапи
- б) три етапи
- в) чотири етапи
- г) п'ять етапів
- д) шість етапів

10. Психометричні методики використовуються для:

- а) виявлення якісних закономірностей психічної діяльності
- б) вимірювання психічних функцій
- в) визначення структури особистості
- г) вивчення психофізіологічних особливостей пацієнта
- д) всі відповіді вірні

Еталони відповідей до завдань

- | | |
|---------------|----------------|
| Завдання 1. в | Завдання 6. б |
| Завдання 2. г | Завдання 7. д |
| Завдання 3. а | Завдання 8. г |
| Завдання 4. д | Завдання 9. в |
| Завдання 5. б | Завдання 10. б |

Контрольні питання.

1. Медична психологія, ціль, задачі, місце серед інших дисциплін;
2. Роль медичного психолога у діагностичному, лікувальному та реабілітаційному процесах;
3. Теоретичні та методологічні основи медичної психології;
4. Етапи становлення та розвиток медичної психології у світі та на Україні;
5. Методи психологічного дослідження: спостереження, самоспостереження, цілеспрямована психологічна бесіда;
6. Експериментально-психологічні методи, їх роль у психологічній діагностиці хворих;
7. Принципи побудови комплексного психологічного дослідження з урахуванням віку та культурних особливостей пацієнта;

8. Визначення психічного здоров'я та рівнів психологічної адаптації людини. Критерії здоров'я ВООЗ.

Література.

1. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.

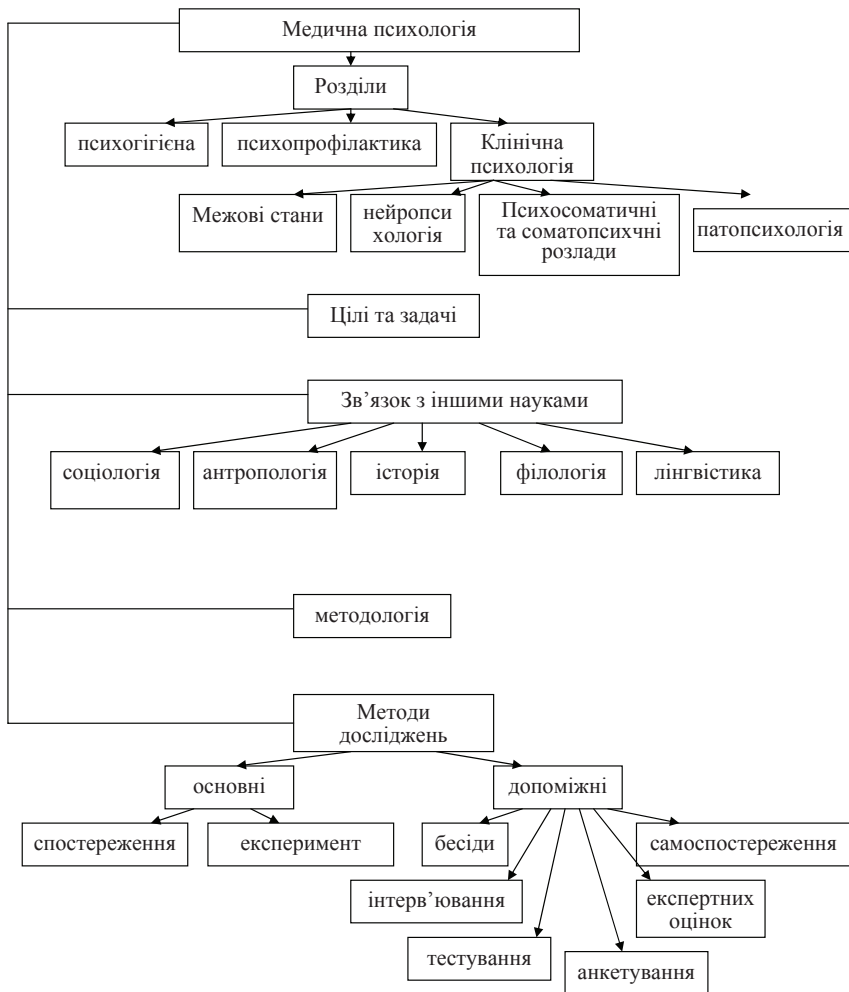
2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.:«Здоров'я». – 1994. – С.76-89.

3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд.- М.: „МЕДпресс-информ”, 2002. – С.3-61.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми: «Предмет, завдання та методи дослідження психологічного стану людини. Поняття про психічне здоров'я.»



РОЗДІЛ 2

Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери. Свідомість та самосвідомість.

Актуальність теми:

Психічна діяльність є частиною загальної життєдіяльності людини. Не підлягає сумніву, що вона тісно пов'язана з роботою мозку. Стан та зміст психіки визначається не тільки морфофункціональним станом головного мозку, але і залежать від відображення зовнішнього світу, від володіння індивідом через власну активну діяльність досвідом та знаннями, які накопичені людством. Враховуючи, що психіка людини є занадто складною за своїм походженням, її вивченням займаються психологія, медицина, фізіологія, педагогіка та інші науки.

При різному характері та важкості патології у людини по різному страждають окремі психічні функції. Внаслідок цього психопрофілактика захворювань та реабілітаційні міроприємства з пацієнтами мають бути спрямовані на патогенетично значимі психічні стани та процеси.

Мета заняття – уміти оцінити вплив хвороби на пізнавальні процеси людини та знати прояви патології психічних процесів при різних захворюваннях.

Зміст заняття

1. Клініко-психологічні особливості психічної діяльності людини.
2. Особливості відчуттів та сприйманні у соматично хворих.
3. Вплив хвороби на емоційно-вольову сферу людини.
4. Особливості інтелекту та мови при соматичних хворобах та їх вплив на процес лікування.
5. Зміни волі та потягів людини під час захворювання.
6. Критерії ясної свідомості та стани порушеної свідомості при різних захворюваннях.

Інформаційний матеріал

Основними формами прояву психіки людини є психічні процеси, психічні стани та психічні властивості.

Психічні процеси – це психічні явища, які мають фізіологічну основу та забезпечують первинне відображення та усвідомлення людиною дійсності. Психічні процеси поділяють на пізнавальні та когнітивні, до яких відносять відчуття, сприймання, уявлення, увагу, пам'ять, мислення, мову, уяву а також емоційні та вольові якості. Вищою формою відображення дійсності є свідомість.

Психічні стани – тимчасова своєрідність психічної діяльності, яка визначається загальним функціональним рівнем психічної активності в залежності від умов діяльності та особистісних особливостей людини. Їх можна розглядати як фон, на якому протікають психічні процеси. Це стани працездатності, втоми, фрустрації, афекту та ін.

Психічні властивості особистості – це стійкі утворення, які забезпечують певний рівень поведінки та діяльності, який є характерним для даної людини. До них відносять темперамент, характер, здібності та ін.

Відчуття

Відчуття – це елементарний психологічний акт, за допомогою якого відображаються окремі властивості предметів і явищ зовнішнього світу і внутрішнього стану організму, що безпосередньо впливають на аналізатори (органи чуттів) людини.

Фізіологічна основа відчуттів – складна діяльність органів чуття. І.П.Павлов назвав цю діяльність аналізаторною, а системи складно організованих клітин, які безпосередньо здійснюють аналіз, синтез подразників, – аналізаторами.

Аналізатор має три відділи: периферичний (рецепторний), передавальний (провідниковий) і центральний (мозковий).

Будь-яке відчуття має певні якості, силу, тривалість. Якість відчуття – внутрішня його суть, що відрізняється від інших відчуттів (наприклад, звуки, запахи, форми, тощо). Сила відчуття визначається ступенем його прояву. Тривалість відчуття – це той час, упродовж якого в людині зберігається враження від даного конкретного відчуття.

Класифікація відчуттів:

Залежно від місця подразника:

а) екстероцептивні (обумовлені впливом подразників на рецептори – нервові закінчення – поверхні шкіри та слизових) – контактні і дистантні;

б) інтероцептивні (викликані впливом подразника на нервові закінчення, які іннервують внутрішні органи та розташовані в стінках дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту та інших органів);

в) проприоцептивні (пов'язані із сигналами, що виникають внаслідок подразнення рецепторів, які знаходяться в м'язах, сухожилках або суглобах).

Залежно від органів, де вони виникають:

а) зорові,

б) слухові,

в) шкірні (тактильні, температурні, больові),

г) нюхові,

д) рухові або кінестетичні,

е) рівноваги.

Серед відчуттів особливе місце посідає біль – суб'єктивно тяжке, часом нестерпне, відчуття, що виникає в результаті дії дуже сильних й руйнівних подразників.

Спостереження свідчать про те, що больові відчуття узагальнюються і переробляються другою сигнальною системою, внаслідок чого скарги хворого є для лікаря одним з показників паталогічного процесу, його характеру і місця ураження. У ставленні до болю мають значення суспільно-моральна установка особистості, свідомий і організований характер поведінки.

Відомі чотири основних відношення до болю (А.К. Сангайло):

1 тип: поріг болю низький – загальна чутливість до болю є високою. Поріг межі витривалості настає скоро – низька витривалість больового відчуття.

2 тип: поріг болю низький – загальна чутливість до болю є високою. Поріг межі витривалості до болю високий – витривалість до больового відчуття велика, больове відчуття легко переноситься. Інтервал витривалості достатній.

3 тип: поріг болю високий – чутливість до болю є невисокою. Інтервал витривалості є малим – відчуття болю виникає пізно, переноситься погано, розрив між порогам болю і витривалістю є малим.

4 тип: поріг болю високий – загальна чутливість є невисокою. Інтервал витривалості достатній – витривалість больового відчуття є доброю.

Існують певні закономірності, що характеризують відчуття. Важливою характеристикою відчуття є поріг відчуття (величина подразника яка здатна викликати відчуття). (див. таблицю 4).

Таблиця 4

Середні значення абсолютних порогів у виникненні відчуттів.

Органи чуття	Величина абсолютного порогу відчуття (у вигляді умов для виникнення ледь помітного відчуття даної модальності)
Зір	Здатність бачити вночі полум'я свічки на відстані до 48 км від ока
Слух	Розрізнення тикання наручного годинника у повній тиші на відстані 6 м
Смак	Відчуття присутності однієї чайної ложки цукру в розчині, що міститься у 8 л води
Запах	Відчуття наявності парфумів при лише одній їхньої краплі в приміщенні з 6 кімнат
Дотик	Відчуття руху повітря, що виникає внаслідок руху крила метелика на поверхні шкіри з висоти близько 1 см

Крім вищезгаданого виділяють наступні властивості відчуття:

а) адаптація – зміна чутливості аналізатора в результаті пристосування органів чуття до діючого подразника;

б) сенсibiliзація – підвищення чутливості в результаті взаємодії відчуттів;

в) синестезія – виникнення відчуття в одному із аналізаторів після подразнення іншого аналізатора (наприклад, неприємні смакові відчуття при певних зорових подразниках; кольорові відчуття при дії звукових подразників – музики).

Індивідуальна система психологічних параметрів відчуттів називається сенсорною організацією організму.

Однією з необхідних умов нормальної психічної діяльності людини є відомий мінімум подразників, що надходять у мозок від органів чуття. Якщо людина не одержує необхідної кількості подразників у зв'язку з патологією органів чуття, то вона засипає або поринає в забуття і нічого з того, що відбувалося з нею в цей проміжок часу, не пам'ятає.

В умовах сенсорної ізоляції в людини можуть виникати незвичайні психічні стани, які спочатку мають функціональний, оборотний характер.

За умови значного збільшення терміну ізоляції ці функціональні зміни переходять у паталогічні – виникають нервово-психічні захворювання (неврози і психози).

Часто зустрічається *гіперестезія* – підвищення сприйнятливості реальних подразників, при цьому поріг чутливості знижується. Напри-

клад, стукіт друкарської машинки оглушає хворого, палаюча свічка – сліпить і т.п.

При *гіпестезії* спостерігається зниження сприйняття подразнень при підвищенні і їх порога чутливості. У цьому випадку людина майже не реагує на укол, на повзучу по собі муху і т.п.

Якщо аналізатор не здатний відповідати на подразнення, то це називається анестезія (наприклад, при введенні новокаїну, викликаної анестезії й ін.).

Втрата чутливості (*анестезія*), як правило, поширюється на тактильну, больову, температурну чутливість і може охоплювати як усі види чутливості (тотальна анестезія), так і окремі її види (парціальна анестезія). По механізмах виникнення виділяють: корінцеву анестезію, при якій тотально порушується чутливість у зоні іннервації визначеного заднього корінця спинного мозку, і сегментарну, при якій порушення виникають у зоні іннервації визначеного сегмента спинного мозку. Останній вид анестезії може бути як тотальною, так і дисоційованою, при якій спостерігається відсутність больової і температурної чутливості при збереженні пропріоцептивної або навпаки.

При порушенні нервових провідників, зокрема судинної іннервації, можуть виникати відчуття печіння, поколювання, стягування шкіри, повзання комах – це парестезії.

Сенестопатії – постійні неприємні відчуття "усередині тіла" невизначеного характеру і без точної локалізації: "почуття ворухіння, перевалювання і перекочування", "у носі надуваються, пересуваються і лопаються пухирці з газом" і т.п. Вони украй важко переносяться хворими. Сенестопатії – психічна патологія.

Гіперестезія – зустрічається при астенічному симптомокомплексі

Гіпестезія – захворювання нервової системи (периферійного і провідних шляхів), початкові етапи виключеної свідомості.

Анестезія – органічне захворювання нервової системи, істеричний невроз,

Парестезія – порушення судинної іннервації, полінейропатії, судинні захворювання кінцівок (хвороба Рейно, облітеруючий ендартеріт, варикозне розширення вен), істеричний невроз, іпохондрія.

Сприйняття

Сприйняття – психічний процес, що полягає в цілісному відображенні предметів і явищ навколишнього світу при їх безпосередньому впливі

ві на органи чуття, що синтезується з минулим практичним досвідом людини в одне ціле.

Фізіологічну основу сприймання становить взаємодія різних аналізаторних систем або окремих частин одного й того самого аналізатора і утворення на основі цього умовних рефлексів на комплексні подразники в результаті чого в людини виникає більш або менш складний образ предмета чи явища в цілому.

Основними властивостями сприймання є цілісність, вибіркковість, константність, осмисленість, апперцепція, предметність:

Найважливішими властивостями об'єкту сприйняття є :

1. Цілісність – сприйняття завжди цілісне, тобто предмет або явище сприймаються в цілому в поєднанні всіх властивостей і ознак.

2. Вибірковість – виявляється в наданні переваги одним об'єктом, явищем або їх властивостям перед іншими (правило “фігури – фону” – рисунок 1).

3. Константність – полягає у відносно більш або менш довготривалій постійності окремих властивостей і якостей об'єктів незалежно від помічених нами змін, що відбулися з ними.

4. Осмисленість – розуміння суті сприйнятого об'єкту, можливість віднести його до певної групи, класу, узагальнення в слові, віднесення до знайомих об'єктів.

5. Апперцепція – залежність сприймання від загального змісту психічної діяльності людини та її індивідуальних особливостей, від його попереднього досвіду, інтересів, мотивів діяльності, професії.



Рис. 1. Особливості сприйняття

Зі специфічних і патологічних змін сприйняття виділяють: ілюзії, галюцинації, психосенсорні розлади, агнозії.

Психосенсорні розлади характеризуються неправильним сприйняттям реально існуючих об'єктів за формою, розміром, відстанню.

Причини – органічні захворювання головного мозку, гострі інтоксикації екзогенного характеру.

Ілюзії – це перекручене сприйняття реального об'єкта. Ілюзії можуть бути а) психічні: при потьмареній свідомості, на тлі сильних емоцій, б) фізичні, в) фізіологічні.

Галюцинації – безоб'єктне сприйняття, що супроводжуються переконаністю в тому, що даний об'єкт тепер і в даному місці дійсно існує. Галюцинації можуть виникати при інтоксикації, соматичних захворюваннях з порушенням метаболізму, інфекціях, потьмаренні свідомості, психічних захворюваннях.

Агнозія – розлад впізнавання предметів, явищ, частин власного тіла, їхніх дефектів при збереженні усвідомлення зовнішнього світу і самосвідомості, а також при відсутності порушень периферичної і провідникової частин аналізаторів.

Агнозія може виникнути в результаті руйнування визначених коркових зон (енцефаліт, пухлина, судинний процес і т.д.), а також внаслідок нейродинамічних порушень.

Увага

Увага – це спрямованість і зосередженість психічної діяльності на певних об'єктах зовнішнього світу чи на власних переживаннях, що приводять до найповнішого і найвиразнішого їх відображення у свідомості людини.

На відміну від пізнавальних процесів увага свого власного змісту не має. Увага – це динамічний бік всіх пізнавальних процесів, завдяки їй цей процес стає більш ясним і виразним.

Увага характеризується такими *властивостями*: 1) стійкістю – можливістю тривалої концентрації на певному об'єкті; 2) обсягом – кількістю охоплених свідомістю об'єктів і дій; 3) переключенням – здатністю швидко переходити від одного виду діяльності до іншого, з одного об'єкта на інший; 4) спрямованістю – зосередженістю на зовнішніх чи внутрішніх явищах.

Виділяються такі види уваги: 1) мимовільна (пасивна) – спрямованість і зосередженість не умовлені вольовим актом; 2) довільна (активна) – обумовлена вольовим актом і пов'язана зі свідомо поставленою метою.

Увага в дітей дошкільного і молодшого шкільного віку має переважно мимовільний характер, для неї характерні нестійкість, відносно вузький обсяг, швидка виснажливість. У дітей дошкільного віку виникають лише зародки довільної уваги, подальший її розвиток і вдосконалення відбуваються в шкільному віці. В осіб зрілого віку увага є дуже важливим компонентом усіх видів трудової діяльності. В осіб похилого віку відмічають утруднення в зосередженні і переключення, підвищену виснажливість.

Особистість (людина) може бути уважною, неуважною і розсіяною.

Неуважність першого типу є неуважність, обумовлена легкою мимовільною переключаемістю малоінтенсивною увагою. Цей вид неуважності властивий дошкільнятам і астенізованим людям (хворим), в тому числі й у результаті перевтоми, порушення дихання, невірнього виховання.

Неуважність другого типу, навпаки, визначається високою інтенсивністю і важкою переключаемістю внутрішньоспрямованою увагою. Це – тип "неуважності вченого", зосередженого на своїх думках. У хворих він властивий особам зі зверхцінними і нав'язливими думками.

Неуважність третього типу визначається не тільки досить слабкою інтенсивністю концентрації уваги, але ще більш слабкою її переключаемістю. Така увага часто спостерігається в клініці і, зокрема, в умовах кисневого голодування.

Різні якості і властивості уваги, що мають в основі тип нервової системи і розвинуті в тому або іншому ступені протягом життя і діяльності людини, піддаються змінам майже при всіх соматичних і нервово-психічних захворюваннях.

Пам'ять

Пам'ять – це форма психічного відображення дійсності, за допомогою якого закріплюються, зберігаються і відтворюються раніше сприйняті відомості, знання, пережиті події.

Процеси пам'яті складають: 1) запам'ятовування (фіксація) – засвоєння інформації; 2) збереження (ретенція) – процес збереження інформації; 3) відтворення (репродукція) – процес добування інформації із запасів пам'яті; 4) забування – витіснення інформації, що втратила актуальність, у латентні шари пам'яті чи (можливо) повне стирання її слідів.

Види пам'яті

1. За участю аналізаторів і функціональних систем буває зорова, слухова, нюхова, смакова, тактильна, емоційна, рухова, змішана

(запам'ятовування образів, звуків, запахів, доторкання до тіла, емоційних переживань, рухів, складних вчинків тощо) пам'ять.

2. За участю сигнальних систем: наочно-образна (перша сигнальна система – пам'ять на образи сприйнятого, звуки, запахи, дії оточуючих та ін.), словесно-логічна (друга сигнальна система – пам'ять на слова, судження тощо).

3. За механізмом запам'ятовування: механічна (механічне запам'ятовування інформації – номера телефонів, певних цифр, певного матеріалу без опори на смисловий зв'язок) і словесно-логічна (запам'ятовування інформації з опорою на смислове значення і внутрішній логічний зв'язок).

4. За ступенем залучення активної уваги і волі: мимовільна (мимовільне запам'ятовування і відтворення) і довільна (цілеспрямоване, усвідомлене запам'ятовування і відтворення).

5. За місцем і роллю у структурі діяльності: оперативна (короткочасне збереження інформації, яка є необхідною для досягнення конкретної мети і втрачає свою актуальність після її виконання), короткочасна (запам'ятовування на короткий час) і довготривала (запам'ятовування на тривалий час, запас знань, умінь та практичних навичок).

6. За ступенем використання засобів запам'ятовування: опосередкована, неопосередкована (безпосередня).

Визначають такі особливості пам'яті: 1) у дітей до 1 року – наявність образної пам'яті (запам'ятовування яскравих подразників і образів близьких, їх пізнання); 2) у дітей на 2-3-му році життя – удосконалення образної пам'яті, виникнення словесно-логічної пам'яті; 3) із 4-5 років – бурхливий розвиток словесно-логічної пам'яті, довільного запам'ятовування і відтворення, змістовності образів пам'яті, використання не лише сприймань, але й уявлень; 4) з 14-15 років до 25-30 – найвищий рівень розвитку пам'яті; 5) після 30 років – поступове зниження здатності механічного запам'ятовування і високий рівень логічної пам'яті; 6) після 40-45 років – явна перевага словесно-логічної пам'яті; 7) після 60 років – наростає зниження механічної і словесно-логічної (смислової) пам'яті, особливо на нове, краще пригадується колишнє, що було в молодості, – “закон зворотного ходу пам'яті” (за Т. Рибо, 1881).

Велике значення мають індивідуальні особливості пам'яті (наприклад, загальний рівень її складових елементів і властивостей, переважання слухової, зорової та іншої пам'яті, її натренованість), добова і вікова динаміка процесів пам'яті (особливо фіксації і відтворення), зміна образної

і словесно-логічної пам'яті залежно від самопочуття, зацікавленості, емоційного стану, особистої значущості інформації, образності матеріалу і т.п.

Із законів пам'яті виділяють: ефект Зейгарник – незавершені дії запам'ятовуються краще завершених, а також наступні закономірності запам'ятовування:

- прості події життя, що супроводжуються сильними переживаннями (справляють враження) запам'ятовуються швидше, зберігаються довгий час,
- складні, але менш цікаві події (емоційно нейтральні) запам'ятовуються гірше емоційно значимих,
- краще сприяє процесу запам'ятовування та відтворення підвищення концентрації та зосередженості уваги на певній інформації,
- між точністю відтворення та впевненістю в цій точності не завжди існує однозначний зв'язок,
- при запам'ятовуванні довгого ряду найкраще по пам'яті відтворюється його початок та кінець ("ефект краю"),
- для асоціативного зв'язку вражень та їх відтворення важливим є, чи являють вони собою логічне зв'язане ціле або це є розрізнені елементи,
- дивні, рідкісні, незвичні враження запам'ятовуються краще ніж банальні.

Інтелект

Інтелектом в психології називають систему всіх пізнавальних здібностей індивіда, а саме здатність до пізнання та рішення проблеми, що визначає успішність будь-якої діяльності.

Інтелект включає в себе досвід, набуті знання і здатність швидко і доцільно використовувати їх у нових ситуаціях, які досі не зустрічалися, а також у процесі розв'язування складних завдань.

Виділяють три форми інтелектуальної поведінки:

- 1) вербальний інтелект, що містить запас слів, ерудицію, вміння розуміти прочитане,
- 2) здатність до вирішення проблеми,
- 3) практичний інтелект, складовими частинами якого є вміння адаптуватися до зовнішніх обставин.

В структуру практичного інтелекту входять процеси адекватного сприймання та розуміння подій, які відбуваються, адекватна самооцінка та здатність раціонально діяти при нових обставинах. Інтелектуальна є більш

складною сферою психічної діяльності, що містить в собі деякі пізнавальні процеси. Однак, інтелект не можна вважати лише сумациєю цих пізнавальних процесів. Передумовою інтелекту є увага та пам'ять, однак ними не може вичерпуватися розуміння сутності інтелектуальної діяльності, так само інтелектуальна діяльність не може бути замінена мислительною.

Виділяють три форми організації інтелекту:

- 1) здоровий глузд,
- 2) розсуд,
- 3) розум.

Вони відображають різноманітні способи пізнання об'єктивної реальності в сфері міжособистісних контактів і методи и перетворення на основі отриманих знань.

Здоровий глузд – це процес адекватного відображення реальної дійсності, який базується на аналізі мотивів поведінки оточуючих людей із використанням раціонального способу мислення.

Розсуд – це процес пізнання реальності і спосіб діяльності, який оснований на використанні формалізованих знань, трактуванні мотивів діяльності учасників комунікації.

Розум – це вища форма організації інтелекту, при якій мислительний процес сприяє формуванню теоретичних знань і творчого перетворення дійсності. Це – найвища ступінь логічності, прояв “чистої” раціональності, відокремленої від будь-яких моментів спонтанності та фантазії.

В практичній роботі лікарю і медичному психологу, приходиться мати справу з людьми, в яких відмічається недостатність інтелекту. Вона може бути або вродженою або рано (протягом перших трьох років життя) набутою (розумова відсталість, або *олігофренія* різних ступенів), та набутою в більш пізньому віці (недоумство – *деменція* – часткове (парціальне) або повне) у результаті різних захворювань. Найбільш глибокі враження інтелекту спостерігаються в неврологічній і психіатричній клініках, де вивченню цієї психічної функції приділяється особлива увага.

Відповідно до визначення, даного Г.Є. Сухаревою, під розумовою відсталістю розуміють групу хворобливих станів, що розрізняються за своїм походженням, механізмами розвитку і клінічними проявами, але яким властиве загальний психічне недорозвинення з перевагою інтелектуального дефекту і відсутність прогресивності. В залежності від того, відома або невідома причина розумової відсталості, розрізняють недиференційовані і диференційовані її форми, причому кількість останніх неухильно зростає в міру поглиблення вивчення цього стану.

Недоумство має визначені особливості в залежності від хвороби, якою воно викликано. В одних випадках психічний дефект, що утворився, все-таки дозволяє пацієнтові виявляти до відомого ступеня критичну позицію стосовно свого стану, в інших – така критичність і усвідомленість хвороби відсутні. До деменції можуть призводити органічні захворювання головного мозку – старечі психози, сифілітичні ураження, судинні і запальні захворювання головного мозку, важкі черепно-мозкові травми, епілепсія, пухлини головного мозку.

Крім розумової відсталості нерідко зустрічаються стійкі затримки психічного розвитку у вигляді *психічного інфантилізму*.

Психічний інфантилізм – незрілість особистості з переважним відставанням у розвитку емоційно-вольової сфери і збереженням дитячих якостей особистості. У дітей психічний інфантилізм виявляється в збереженні рис поведінки, властивих більш молодшому вікові. Але в ранньому віці ознаки емоційно-вольової незрілості і зниження рівня поведінкових мотивацій виявляються з працею. Тому про психічний інфантилізм можна говорити лише починаючи зі шкільного і підліткового віку, коли властиві психічному інфантилізмові особливості починають виступати більш чітко. Досить типовими для дітей цього віку є перевага ігрових інтересів над навчальними, нерозуміння і неприйняття шкільної ситуації і пов'язаних з нею дисциплінарних вимог, що призводить до соціальної і шкільної дезадаптації. На відміну від розумово відсталих, у дітей з інфантилізмом відзначається більш високий рівень абстрактно-логічного мислення, вони здатні використовувати допомогу в розумовій діяльності, переносити засвоєні поняття на нові конкретні задачі й об'єкти, більш продуктивні в самостійних видах діяльності.

Мова і мовлення

Слово і мова є найважливішими змістовними компонентами психіки людини. Мова впливає на перебіг психічних процесів (під впливом словесних подразників знижуються пороги відчуття і сприйняття, образ уявлення викликається словом). Але особливо тісно мова пов'язана з мисленням, тому що думка існує в слові і виражається словом. Мова виступає як матеріальна оболонка думки.

Мова – це чітко нормалізована система засобів спілкування. Мова застосовується в процесі спілкування для передачі думок, волі, почуттів. Разом з тим мова – це особлива і найбільш досконала система засобів спілкування, властива тільки людині.

У людини розрізняють розвиток сенсорної мови (тобто розуміння мови) і розвиток експресивної мови (тобто здатність говорити). Здатність розуміти мову з'являється в дитини уже на другому півріччі життя, здатність говорити – пізніше, як правило, наприкінці першого – початку другого року.

Мова виступає не тільки у формі усного вираження, письма і читання, але й у своєрідній формі внутрішньої мови. Основною ознакою внутрішньої мови є її невимовлюваність, вона беззвучна. Часто ми говоримо самі із собою «про себе» і «для себе», беззвучно обговорюємо сформоване положення, намір або думку.

Розлади мови можуть бути функціональними, наприклад, афонія – втрата голосу при дисоціативних розладах, при психотравмах, які утискають завищені домагання або рентні установки.

При органічних враженнях ЦНС можливі явища *дизартрії* внаслідок порушення провідних нервових шляхів від кори головного мозку до ядер цих нервів. У дитини в початковому періоді розвитку мови може розвинути шепелявість, гаркавість, що вимагають логопедичної корекції. Скандована мова – у хворих, які перенесли енцефаліт.

Розлади мови по типу афазії спостерігаються при локальних ураженнях (травма, інфекції, пухлина й ін.) мовних зон кори великого мозку.

Емоції

Емоції – це суб'єктивні переживання, що забарвлюють усю психічну діяльність людини і відбивають її ставлення до оточуючого і до самого себе. Це переживання приємного і неприємного, що супроводжують сприйняття себе і оточуючого світу, розумову діяльність, задоволення потреб, міжособистісні контакти.

Розрізняють такі функції емоцій:

- оцінювальне – відображальна або сигнальна,
- переключення або регуляція,
- підкріплювальна,
- компенсаторна (замісна).

Сигнальна функція передбачає виникнення переживань в зв'язку із змінами, які відбуваються в оточуючому середовищі або в організмі людини. Вони (емоції) містять інформацію для людини про її оточення (як зовнішнє так і внутрішнє), тобто суб'єктивно виступають показником того, як відбувається процес задоволення його потреб. Приклад: позитивні емоційні стани, як-то радість і задоволення і т.п. свідчать про сприятливий перебіг процесу задоволення потреб. Негативні емоційні стани, як-то сором,

розкаюння, туга, жаль і т.п., свідчать про несприятливий перебіг процесу задоволення потреби.

Регуляція або переключення даної функції полягає в активізації системи спеціалізованих мозкових структур, які спонукають змінити поведінку в напрямку мінімізації або максималізації цього стану. Оскільки позитивна емоція свідчить про наближення задоволення потреби, а негативна – про віддалення від нього, суб'єкт намагається максимізувати (посилити, продовжити, повторити) перший стан і мінімізувати (ослабити, перервати, попередити) другий. Тобто, стійкі переживання скеровують нашу поведінку, підтримують її, заставляють перебороти перешкоди.

Підкріплювальна функція емоцій дає можливість знімати надлишок емоційного збудження або сприяти його наростанню. Так, наприклад, журба, відчай, горе глибоко потрясають всю істоту людини: вони не тільки завдають психічного болю, але і викликають зміни, які можуть набути характеру хворобливих розладів.

Компенсаторна або замісна функція дає можливість системі (організму) в стані підвищеної готовності зустріти невідоме.

З погляду психофізіології, почуття є стійкими умовнорефлекторними утвореннями, що становлять основу афективних вольових реакцій людини на зовнішнє та внутрішнє середовище.

Емоції – складний психічний процес, що містить у собі три основних компоненти.

1. Фізіологічний – представляє зміни фізіологічних систем, що виникають при емоціях (зміна частоти серцевих скорочень, частоти дихання, зрушення в обмінних процесах, гормональної системи).
2. Психологічний – власне переживання (радість, горе, страх та ін.).
3. Поведінковий – експресія (міміка, жести) і різні дії (втеча, боротьба та ін.).

Фізіологічні прояви під впливом емоцій виражаються у вигляді різних соматовегетативних реакцій. Емоційні реакції завжди супроводжуються змінами обміну речовин, серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем організму. У деяких пацієнтів під впливом патогенно-стресових ситуацій виникають психосоматичні хвороби. Крім того, негативні емоції, що супроводжують соматичні захворювання, зумовлюють виникнення так званих функціональних симптомів. Зовнішнім проявом емоцій є міміка, пантоміміка, вираження очей, темп речі, тембр голосу.

В. Н. Мясіщев пропонує наступну класифікацію емоцій:

- 1) емоційні реакції, які є відповідними переживаннями на стимули, що їх викликали;

2) емоційні стани, що характеризуються зміною нервово-психологічного тону;

3) емоційні відносини (почуття), що характеризуються емоційною вибірковістю або зв'язком конкретних емоцій з визначеними особами, об'єктами або процесами.

Кількість емоційних феноменів значно перевищує кількість проявів інших пізнавальних процесів. Зупинимось лише на найбільш яскравих, розповсюджених і важливих для оцінки психологічного стану соматично і психічно хворих.

ДЕПРЕСІЯ (депресивний синдром) – знижений, похмурий настрій (туга), що сполучиться з руховою загальмованістю й уповільненням асоціативного процесу.

МАНІЯ (маніакальний синдром) – підвищений настрій (ейфорія), що сполучиться з руховим збудженням і прискоренням асоціативного процесу.

ЕЙФОРІЯ – підвищений, безтурботний, неадекватно веселий настрій.

ДИСФОРІЯ – злобливо – тужливий настрій.

АПАТІЯ – стан емоційної байдужості, байдужості до самого себе або навколишнього оточення.

ПАРАТИМІЯ – неадекватний афект, кількісно і якісно не відповідний причині, що його викликала.

СТРАХ – почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з чеканням конкретних загрозливих подій.

ТРИВОГА – почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з чеканням загрозливих подій (тривога частіше не проєктується назовні – тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій і т.д.).

ТУГА – важке почуття напруги, що граничить з болем, який хворі локалізують в області серця (на відміну від тривоги супроводжується руховою загальмованістю).

ЗАНЕПОКОСННЯ – почуття напруженого чекання нещастя, яке має трапитись (безфабульне, безпредметне).

Зміни в емоційній сфері характерні для хворих з різними захворюваннями органів і систем.

Фізіологічні основи почуттів та емоцій

Доведено, що емоційні переживання супроводжуються збудженням підкіркових центрів та фізіологічними процесами в вегетативній нервовій системі, що викликає зміни в діяльності органів та систем організму. Зокрема, міняються ритм дихання, серцебиття, травлення, міняється пульс,

тиск, розширюються чи звужуються зіниці, реакція потовиділення, почервоніння або збліднення обличчя.

Звичайно ведуча роль в перебігу емоцій та їх виникненні відводиться корі великих півкуль. Тобто, емоційна реакція та її перебіг залежить від психічних особливостей індивіда (темперамент, характер, інтелект, система та ієрархія цінностей, переконань, світогляду).

Емоційний настрій і емоційна орієнтація в оточуючому середовищі в значній мірі визначається функціями таламуса, гіпоталамуса і лімбічної системи. Деякими дослідженнями було встановлено існування центрів позитивних та негативних емоцій, що дістали назву центрів " насолоди" і " страждання" . Цікавим є те, що центрів насолоди є близько 70% із всієї кількості і тільки 30% відносяться до страждання.

Велике значення у виникненні емоцій належить теж ретикулярній формації, яка має активізуючий вплив на емоційне життя. Відомо, що збудження від рецепторів в зону відповідного аналізатора іде по специфічному шляху. Електрофізіологічні дослідження виявили, що є ще і другий, неспецифічний шлях – через ретикулярну формацію, в яку із різних органів відчуття поступають нервові стимули. Після переробки сигнали посилюються в великій півкулі головного мозку. Ретикулярна формація, яка виступає акумулятором енергії, здатна знижувати і підвищувати активність мозку, посилювати, послаблювати і загальмовувати відповіді на подразники.

Психогенні розлади, що позначаються терміном *«нозогенії»*, обумовлені впливом психотравмуючих подій, пов'язаних із соматичним захворюванням.

Структура нозогенії детермінується психологічними, соціальними, конституційними (характерологічними особливостями особистості) і біологічними (соматичне захворювання) факторами. Таким чином, термін *«нозогенія»* застосовується як узагальнююче позначення групи психопатологічних станів, обумовлених не стільки впливом самої соматичної шкідливості, скільки небезпекою, з якою в пацієнтів асоціюється конкретний діагноз (*«рак»*, *«туберкульоз»*, *«інфаркт міокарда»* і т.п.).

Воля

Воля – це свідомо організація та саморегуляція людиною своєї діяльності та поведінки, спрямованої на переборення (усунення) перешкод на шляху досягнення поставлених цілей.

Воля забезпечує виконання двох взаємозв'язаних функцій – спонукальної та гальмівної і в них себе проявляє.

Спонукальна функція забезпечується активністю людини. Активність вольова, на відміну від польової поведінки характеризується довільністю, тобто дія зумовлена відповідністю свідомо поставленої цілі.

Вольові дії розрізняють по складності та джерелу.

По складності є:

- прості вольові дії,
- складні вольові дії.

По джерелу є:

- самостійні (від себе),
- задані (від когось).

До простих можна віднести спробу школяра на уроці фізкультури здійснити вперше опорний стрибок.

Складна вольова дія включає в себе ряд простих. Це коли молода людина прийняла рішення освоїти складну виробничу діяльність і на цьому шляху переборює ряд внутрішніх та зовнішніх перешкод і здійснює свій задум.

Вольовий акт – це різновид надуманої дії, що здійснюється з допомогою саморегуляції.

В структуру вольового акту входить:

- 1 – ціль, яку бажають досягнути
- 2 – програма дії та операції, що треба здійснити для досягнення цілі,
- 3 – вияснення критеріїв успішності дій,
- 4 – співставлення з ними реально отриманих результатів дій,
- 5 – прийняття рішення про початок діяльності, про те чи можна рахувати дію завершеною, чи продовжувати, чи досягнута ціль.
- 6 – переборення труднощів.
- 7 – довільний контроль над всіма ланками вольового акту (оцінка).

В основі вольового акту чи дії лежать мотиви, потреби, бажання, по-тяги.

Характерним для довільних дій є їх цілеспрямованість. Вони нерозривно пов'язані з відображенням мети і засобів її досягнення.

Ознаки довільних дій: 1) наявність прагнення до мети, 2) попереднє уявлення про мету, 3) попереднє рухове уявлення.

Вибір мети характеризується боротьбою мотивів. Завершення боротьби – це прийняття рішення.

Наміри – це рішення, що мають на увазі програму дій протягом певного часу, чи навіть життя.

Мотив – це те, що зумовлює прагнення людини до даної, а не до будь-якої іншої мети.

Генетичне первинною основою мотивації є її 1) первинні і вторинні потреби (в їжі, знаннях). Через задоволення чи незадоволення потреб виникають певні 2) почуття, емоції. Вони теж спонукають до дій і вчинків. Але не самі по собі. На основі потреб і почуттів формуються 3) інтереси. Вони теж беруть участь у формуванні мотивів. Важливими спонуками до діяльності є 4) ідеали людини та її переконання.

В залежності від усвідомлення потреби, розрізняють потяги та бажання.

Потяги – це мотиви недостатньо усвідомлювані.

Бажання – характеризуються достатнім усвідомленням потреби. Крім того, бажання передбачає і шляхи задоволення потреби.

Під вольовим зусиллям розуміють особливий емоційний стан, що супроводжує прийняття рішення та виконання вольового акту. В результаті вольового зусилля вдається загальмувати дію одних та гранично посилити дію інших мотивів.

В індивідуальному розрізі – воля, це насамперед влада і контроль над собою, над своїми почуттями, діями.

В повсякденному житті розрізняють широкий діапазон особливостей волі від сильної волі до слабкої.

Вольові якості особистості розглядаються як сплав уродженого і набутого, як фенотипова характеристика наявних можливостей людини. У вольових якостях сполучаються моральні компоненти волі, що формуються в процесі виховання, і генетичні, тісно пов'язані з типологічними особливостями нервової системи. Наприклад, страх, нездатність довго терпіти втома, швидко приймати рішення у великій мірі залежать від вроджених особливостей людини (сили і слабкості нервової системи, її лабільності). Це означає, що при формуванні, вихованні вольових якостей потрібна гнучкість, індивідуальний підхід, терпіння і чуйність вихователів.

Вольові якості містять у собі три компоненти: власне психологічний (моральний), фізіологічний (вольове зусилля) і нейродинамічний (типологічні особливості нервової системи). Виходячи з цього усі вольові якості поділяються на «базальні» (первинні) і системні (вторинні). До первинних відносяться власне вольові якості, що, у свою чергу, поділяються на дві групи. *Перша група* характеризується цілеспрямованістю, здатністю утримувати вольове зусилля, це – терплячість, завзятість, наполегливість. *Друга група* характеризує здатність володіти собою і включає такі якості, як сміливість, витримка, рішучість. Важливе значення для виховання волі має пред'явлення до дитини вимог, що посилені для її віку, з обов'язковим контролем за їх виконанням. Відсутність контролю може

створити звичку кидати то, що починається, не доводячи до кінця. Прояв сили волі обумовлено моральними мотивами людини. Наявність у людини стійких переконань і цілісного світогляду є основою вольової організації особистості.

Вольові якості особливо необхідні людям, діяльність яких або пов'язана з небезпекою, або припускає такі несподіванки, що врахувати їх неможливо навіть при самому ретельному попередньому обмірковуванні. Останнє відноситься до багатьох медичних спеціальностей і насамперед до спеціальностей хірургічного профілю (нейрохірургія, загальна хірургія, хірургія стоматологічна й ін.).

З вольових розладів найбільше часто зустрічається *гіпобулія* (від греч. *hupo* – під, нижче, *bule* – воля) – зниження вольової активності. Такі хворі малорухливі, прагнуть до діяльності в них майже не виникає. Почавши що-небудь робити, вони швидко припиняють роботу не тому, що втомлюються, а в зв'язку з відсутністю бажання продовжувати своє заняття. Рухи їх звичайно мляві, невеликої амплітуди. Описуючи свій стан, хворий може повідомити: "Бачу – треба робити, розумом розумію, але не в змозі ні до чого доторкнутися". Гіпобулія зазвичай супроводжує астенію, депресію, значну кількість соматичних захворювань й іноді є одним з перших ознак наступаючої хвороби. Як тимчасове явище, гіпобулія може зустрічатися й у здорових людей (наприклад, у момент пробудження).

Рідше зустрічаються прояви *гіпербулії* – патологічного підвищення вольової активності. Іноді вольові зусилля спрямовані в якому-небудь одному напрямку (наприклад, для якнайшвидшого придбання наркотиків при абстиненції). В інших випадках гіпербулія виявляється більш "дифузно" (наприклад, при маніакальному синдромі).

Абулія – відсутність вольових спонукань і прагнень – сполучається з апатією (апатико-абулічний синдром).

В досить рідких випадках можна зустрітися з найбільш цікавим із клінічної точки зору явищем – *парабулія* – перекрученням волі і потягів, що виявляються в досить дивних, а іноді і безглузких вчинках. Парабулія, як і інші розлади волі, може виявлятися в різних сферах нервової і психічної діяльності: парорексія (хворі поїдають пісок, папір, п'ють клей, чорнило), сексуальні перверсії, піроманія (патологічний потяг до підпалів), kleptomанія (патологічний потяг до крадіжок), дромоманія (патологічний потяг до безцільних мандрів, бродяжництву), суїцидоманія й інші перекручення інстинкту самозбереження.

Лікарі-гінекологи можуть мати справу з так званою "пікою вагітних" (від лат. *pica* – сорока, що часто тримає в дзьобі неістівні предмети). У

даному випадку має місце перекручення харчового інстинкту, що пояснюється різноманітними глибокими зрушеннями обміну речовин в організмі майбутньої матері. Жінки їдять крейду, яєчну шкарлупу, клей, деревне вугілля й ін., нюхають бензин і т.п. Особливих заходів піка вагітних не вимагає і зникає самостійно, частіше після пологів.

Свідомість

Свідомість – це вища форма відображення об'єктивної реальності, властива винятково людині. Воно містить у собі свідомість навколишніх і самосвідомість як виділення свого "Я".

Самосвідомість – це свідомість, спрямована на самого себе. У структуру самосвідомості входять: самопізнання, що дозволяє самооудосконалюватись, самовідношення і самопереживання. Самосвідомість виявляється в самооцінці – оцінці своїх здібностей, соціального стану, успіху, привабливості і т.п., і самоповазі, що залежить від реального успіху і рівня домагань особистості.

Самосвідомість ототожнюється з пізнанням "Я" як суб'єктивним психічним явищем, відбитим у пам'яті, що дозволяє людині протиставляти себе іншим, "не Я". Воно формується поступово шляхом пізнання себе через пізнання інших, оцінки своєї діяльності, самоспостереження і т.п. Усе це дозволяє здійснювати самоконтроль і самовиховання.

Свідомість, як вища форма психічного відображення, має ряд відмінних особливостей:

1) В структуру свідомості входить сукупність знань про світ. Завдяки мові ці знання людина отримує не тільки з індивідуального досвіду (як у тварин), але й з культурного досвіду, від минулих поколінь. Людина може отримувати знання про предмети і явища, з якими вона особисто ніколи не зустрічалася.

2) Відмінною особливістю свідомості є поділ суб'єкта і об'єкта, тобто розрізнення "я" і "не – я", здатність відокремлювати об'єкт від свого відношення до нього. По мірі розвитку свідомості людина вчиться відрізнити одне від іншого. У тварин і маленьких дітей суб'єкт і об'єкт змиті. Тобто, почуття емоції, що викликає деякий предмет (або людина), сприймаються як властивості самого предмету (людини).

3) Свідомий індивід володіє здатністю до цілеспрямованої діяльності, завдяки якій стає можливою довільна регуляція поведінки. Людина здатна орієнтуватися в своїй активності не лише на зовнішню ситуацію, але і на

ситуацію, яка, можливо, буде мати місце в майбутньому. Функцію регуляції поведінки людини бере на себе свідомо поставлена мета.

Несвідоме (підсвідоме) утворює життєвий рівень психіки, при якому відображення дійсності характеризується порушенням мовної регуляції поведінки, втратою орієнтування в часі, місці і відсутністю критики до зроблених дій. До несвідомого можна віднести сновидіння, сноходіння, субсенсорні реакції, автоматизовані рухи і деякі патологічні явища.

В науці дотепер немає остаточного визначення несвідомого. Одні автори визначають несвідоме як психічні процеси, що здійснюються без контролю свідомості, мимоволі. Інші вважають несвідоме основним регулятором внутрішніх функцій і поведінки в цілому. Треті розглядають несвідоме як патологічний стан психіки.

Усі теорії несвідомого можна умовно розділити на 2 групи. Перша виходить з визнання несвідомого як визначеного ступеня інтенсивності свідомості, ґрунтуючись на безперервності психічного життя (Лейбніц, Сеченов, Узнадзе). Інша група теорій розглядає несвідоме, як щось відмінне від свідомості, як самостійне джерело активності психіки (Гартман, Шопенгауер, Фрейд).

Значний внесок у вивчення несвідомого психічного зробив психоаналітичний напрямок у психології, засновником якого є австрійський учений Зигмунд Фрейд.

Відповідно до психоаналітичних поглядів, більшість думок і поведінка людини мають несвідому природу. Виникають вони найчастіше в результаті конфлікту, пов'язаного, з одного боку, з реальністю, свідомістю, а з іншого боку – з підсвідомими агресивними або сексуальними спонуканнями. Свідомість при цьому служить ареною, на якій розгортаються різноманітні симптоми, що відбивають зазначені вище конфлікти. Фрейд постулював існування особливої цензури, що сприяє блокуванню проникнення недозволених (соціально несхвалюваних) уявлень з несвідомого у свідомість. Строго говорячи, З. Фрейд крім свідомості виділяв предсвідоме (ідеї і спогади, здатні стати свідомими) і несвідоме (потяги, імпульси і бажання сексуального і деструктивного характеру). Предсвідоме, таким чином, будучи в цілому неусвідомлюваним, проте умовно розташовується все-таки більш близько до свідомості. Згідно З. Фрейду, енергію для свого функціонування несвідоме черпає в базисних потягах.

У клінічній практиці розрізняють дві великі групи виражених патологічних станів свідомості: виключення і потьмарення. При їхній відсутності, але наявності яких-небудь інших психопатологічних симптомів говорять про непорушену свідомість.

Існує чотири формальних ознаки ясності свідомості (К. Ясперс):

- 1) здатність адекватно сприймати навколишнє
- 2) правильність орієнтування
- 3) раціональність мислення
- 4) збереженість пам'яті

До виключення свідомості відносяться оглушення, сопор, кома; до потьмарення – делірій, онейроїд, сутінковий розлад, аменція.

Завдання для самостійності роботи.

1. До психічних процесів в клінічній психології відносять все, крім:

- а) мислення
- б) характер
- в) інтелект
- г) сприймання
- д) емоції

2. До психічних процесів в клінічній психології відносять все, крім:

- а) пам'ять
- б) воля
- в) свідомість
- г) здібності
- д) відчуття

3. Відчуття це:

- а) відображення окремих якостей предмета або явища
- б) цілісне відображення предмета
- в) суб'єктивне відображення реальності
- г) тимчасова своєрідність психічної діяльності
- д) сталі особливості психіки людини

4. Інтероцептивні відчуття це:

- а) відчуття голоду
- б) відчуття спраги
- в) відчуття ситості
- г) відчуття статевого задоволення
- д) всі відповіді вірні

5. Відчуття завжди мають:

- а) емоційне забарвлення
- б) значний поріг чутливості
- в) подвійний відтінок
- г) тривалу післядію
- д) всі відповіді вірні

6. Виникнення відчуттів в одному із аналізаторів після подразнення іншого називається:

- а) сенсibiliзація
- б) сенестопатія
- в) сінестезія
- г) парестезія
- д) адаптація

7. Анестезія може бути:

- а) тотальна
- б) парціальна
- в) сегментарна
- г) дисоційована
- д) всі відповіді вірні

8. При гіперестезії поріг чутливості:

- а) підвищується
- б) знижується
- в) не змінюється
- г) стає позитивним
- д) стає негативним

9. Гіперестезії найчастіше зустрічаються при:

- а) галюцинаторному синдромі
- б) астенічному синдромі
- в) психоорганічному синдромі
- г) амнестичному синдромі
- д) синдромі виключеної свідомості

10. Підвищення чутливості відбувається при:

- а) зниженні порогу чутливості
- б) підвищенні порогу чутливості

- в) зникненні порогу чутливості
- г) спотворенні порогу чутливості
- д) ні жодна відповідь не вірна

Еталони відповідей до завдань

- | | |
|---------------|----------------|
| Завдання 1. б | Завдання 6. в |
| Завдання 2. г | Завдання 7. д |
| Завдання 3. а | Завдання 8. б |
| Завдання 4. д | Завдання 9. б |
| Завдання 5. а | Завдання 10. а |

Контрольні питання.

1. Клініко-психологічні аспекти особливостей відчуттів та сприйманні у соматично хворих.
2. Вплив особливостей інтелекту хворого на лікувальний процес.
3. Вплив хвороби на емоційно-вольову сферу людини.
4. Зміна емоцій при різноманітних захворюваннях.
5. Зміна вольових якостей людини при різних захворюваннях.
6. Поняття про свідомість та самосвідомість людини.
7. Критерії ясної свідомості.
8. Змінені стани свідомості людини при різних захворюваннях.

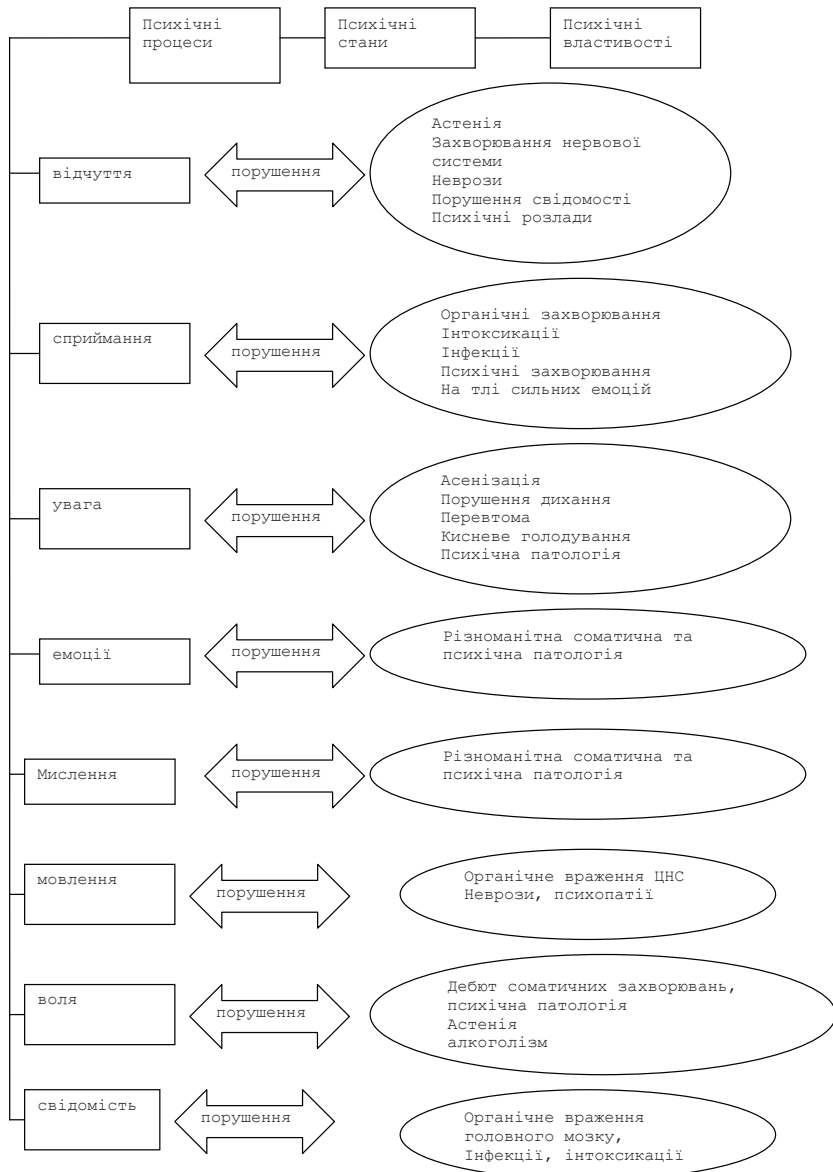
Література.

1. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.
2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.: «Здоров'я». – 1994. – С.76-89.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд. – М.: „МЕДпресс-информ”, 2002. – С.3-61.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми «Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери. Свідомість та самосвідомість»



РОЗДІЛ 3

Психологія особистості. Внутрішня картина хвороби.

Актуальність теми:

Ще в стародавні часи було відомо, що душевний стан людини впливає на її фізичне самопочуття та навпаки. Дане положення відображене в основному постулаті клінічної медицини – лікувати не хворобу, а хворого. Тому, однією із основних проблем клінічної психології є реакція хворого на своє захворювання. Основою вивчення внутрішнього світу хворого, психологічної картини захворювання і терапевтичного процесу є система відносин його особистості – самооцінка, відношенні до інших, до хвороби, до лікування. (В.Н. Мясищев, 1960). Хвороба як стресова ситуація у житті пацієнта активує систему значимих відносин, вищих регуляторних механізмів, які виявляються, з однієї сторони, у характерних способах сприйняття, переживань та оцінок, а з іншої – в особливостях пристосувальної поведінки. Знання та врахування цих механізмів реагування на хворобу і терапію можуть підвищити ефективність останньої, сприяти вибору найбільш точно спрямованих способів лікувального впливу.

Мета заняття:

1. Уміти діагностувати типи функціональної конституції, темпераменту, наявних акцентуацій характеру та складу особистості хворих і відповідно до наявних індивідуально-психологічних особливостей особистості пацієнта вести бесіду,
2. Уміти визначати типи реакцій хворих на своє захворювання та володіти методами психокорекції патологічних типів реагування на своє захворювання у пацієнтів.

Зміст заняття:

1. Визначення поняття індивід та індивідуальність.
2. Основні властивості людини, як індивіду.
3. Теорії, які пояснюють механізми темпераменту, властивості темпераменту.

4. Основні положення вчення про характер. Типологія акцентуацій, класифікація акцентуацій характеру по К. Леонгарду, М.С. Личко.
5. Тактика поведінки лікаря з пацієнтами, що мають акцентуовані риси характеру.
6. Структура особистості, основні її компоненти.
7. Поняття про внутрішню картину хвороби.
8. Рівні внутрішньої картини хвороби.
9. Фактори, які впливають на формування внутрішньої картини хвороби.
10. Типологія патологічних форм реагування на захворювання за класифікацією Р. Конечного, М. Боухала та Л.Є.Личко, Н.Я. Іванова.
11. Характеристика типів патологічного реагування на захворювання.
12. Основні принципи психотерапевтичної корекції відношення до хвороби та тактика лікаря відносно хворих з патологічними типами реагування на хворобу.
13. Визначення таких форм психологічного реагування на захворювання, як дисимуляція, симуляція, агравація.

Інформаційний матеріал

Для того, щоб проаналізувати та виділити основні властивості особистості, необхідно перш за все розглянути дане поняття в ряду „індивід – суб’єкт діяльності – особистість – індивідуальність”. В понятті **індивід** відображена родова належність людини, її біологічна сутність. Виходячи з цього, структура індивіду визначається, перш за все, природними характеристиками людини, як виду. Індивідні властивості поділяються на два класи: первинні та вторинні. До первинних властивостей індивіду відносяться: статеві, вікові, конституційні характеристики, нейродинамічні властивості, властивості функціональної асиметрії півкуль головного мозку (білатеральність). Вища інтеграція первинних властивостей індивіду визначає динаміку психофізіологічних функцій та представлена в темпераменті та задатках людини. Характерні відмінності *індивіду*, тобто окремої людини, узятій в сукупності усіх властивих їй якостей (біологічних, фізичних, соціальних, психологічних і ін.), з іншими індивідами виявляються на різних рівнях індивідуальності. Це обумовлено тим, що індивідуальність представляє інтегративне і багаторівневе утворення, кожен рівень якого має набір істотних ознак.

Під **індивідуальністю** в сучасній психології розуміється неповторність, унікальність сполучення різних властивостей і якостей людини. По набору окремих якостей і властивостей люди можуть бути принципово по-

дібні (наприклад, близнюки), однак по сполученню цих якостей також кардинально відрізняться.

Однак не всі індивідуальні якості важливі для характеристики особистості. Так, людина може мати унікальні особливості будови тіла, склад формених частинок крові, але це не має значення для його соціальних відносин, а значить, не відноситься до поняття «особистість».

Особистість реалізується в процесі спілкування, це поняття позбавляється змісту у відриві від суспільства. Разом з тим особистість – це продукт, створений суспільством на основі закладених у людині індивідуальних якостей.

Важливими у визначенні поняття особистості вважаються наступні положення:

- особистість формується в процесі предметної діяльності і спілкування;
- особистість виявляється в процесі предметної діяльності і спілкування;
- представлення про особистості людини не можна отримати простим перерахуванням його властивостей;
- особистість описує не дійсний стан, а всю історію життя людини;
- особистість не можна спостерігати безпосередньо – уявлення про неї складаються в процесі поділу соціально значимих якостей на істотні і несуттєві і наступне об'єднання їх у цілісний образ;
- особистість людини складається (змінюється) у процесі її розвитку, при цьому більш зріла особистість більше прагне зберегти незмінність основних своїх якостей.

Основні структурні елементи особистості.

У психології не існує єдиної концепції щодо структури особистості, тому що в матеріальному світі цей об'єкт не існує. Тому є багато наукових концепцій особистості, що мають свою модель. Найбільш відомі представлення З.Фрейда, К. Роджерса, К. Юнга, Э Берна й ін.

Для лікаря найбільш привабливою моделлю є концепція Б.Г. Ананьєва (1907 – 1972) про багаторівневу організацію людини (рисунок 2). Він вважав неможливим вивчати психічне життя людини у відриві від його біологічної сутності. Таким чином виділяється три рівні організації особистості: біологічний (психофізіологічна конституція), поведінковий (вироблені в процесі виховання, типові форми поведінки) і духовний (сфера ведучих мотивів, особистісних змістів, переконань).

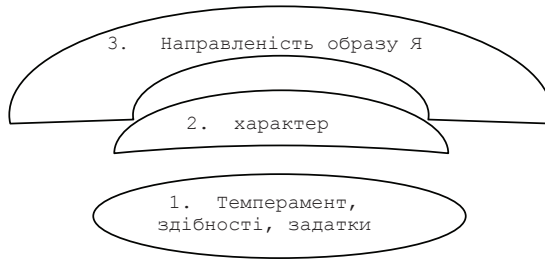


Рис. 2. Рівні організації особистості: 1 – біологічний, 2 – поведінковий, 3 – духовний

Кожне з таких понять, як темперамент, характер, індивідуальність описують особистість на різному рівні її організації. Тому найбільш точний опис особистості включає опис його особливостей на всіх рівнях організації.

Конституція і психічні особливості. Зв'язок між конституціональними особливостями і психікою людини була помічена ще Гіппократом, який описав два типи людей, що різко відрізняються один від одного: *habitus apoplecticus* – щільний, мускульний, сильний і *habitus phthisicus* – тонкий, витончений, слабкий. В даний час нараховується більш 20 класифікацій типів статури. Поняття конституції ширше, ніж тип статури.

Психофізіологічна конституція – це поняття, що відображує єдність біологічних, фізіологічних і психологічних якостей індивідуума.

Вона включає:

- зовнішній вигляд;
- співвідношення фізіологічної активності внутрішніх органів (артеріальний тиск, частота серцебиттів, що переварюючу здатність і моторику ШКТ, дезінтоксикаційні функції печінки і нирок, кровотворення і т.п.);
- стійкі особливості балансу гормональної активності;
- особливості фізіології нервової системи (медіаторний баланс, характер процесів збудження і гальмування);
- основні риси темпераменту.

Особистість – це сукупність різних сторін нашої психіки, з яких складається усвідомлення єдності «Я», що зберігається при всій мінливості часових і просторових умов і в усіх видах діяльності.

Особистість визначається як:

- 1) системна якість індивіда, яка визначається його включеністю в суспільні відносини і проявляється в сумісній діяльності і спілкуванні,
- 2) суб'єкт соціальних відносин і усвідомленої діяльності.

При народженні дитина ще не є особистістю. Вона всього лише індивід. Індивідом називається людина як представник виду, продукт філогенетичного онтогенетичного розвитку. Щоб стати особистістю, людина повинна пройти певний шлях розвитку.

Обов'язковою умовою цього розвитку є:

- 1) біологічні, генетичні задані передумови,
- 2) наявність соціального середовища, світу людської культури, з яким дитина взаємодіє.

Кожна особистість володіє сукупністю внутрішніх властивостей, якостей, які складають її структуру.

Підійти до питання характеристики особистості можна:

- з точки зору її структури,
- з точки зору її взаємодії з оточуючими, спілкування з іншими людьми.

Характеристика структурних елементів особистості.

I. Підструктура біологічних властивостей. Конституціональні особливості нервової і ендокринної системи людини визначають в першу чергу її темперамент.

Темперамент характеризує динамічні особливості протікання психічних процесів і станів, тобто темп, ритм, швидкість, силу. Найважливішими критеріями виділення властивостей темпераменту є спадковість, прояв у ранньому дитинстві, стійкість прояву у різних ситуаціях, прояв як у тварин, так і в людини. Теорій, що пояснюють механізми темпераменту, нараховується дуже багато, але всі їх можна умовно розділити на 3 групи: гуморально-ендокринні, конституціональні, нейродинамічні.

Гуморально-ендокринна теорія бере свій початок від Гіппократа, який прийшов до висновку, що в організмі змішуються чотири рідини, або соки: кров – теплий початок; слиз – холодний початок; чорна жовч – вологий початок і жовта жовч – сухий початок. У залежності від переваги якого-небудь початку складаються й особливості людини. Через 5 століть Гален описав типологію темпераментів, назви яких беруться від греко-латинських коренів: флегматик (“флегма” – слиз); холерик (“хойле” – жовч); меланхолік (“мелані хойле” – чорна жовч) і сангвінік (“сангвіс” – кров). Ці назви темпераментів збереглися й у сучасній мові.

Таблиця 5

Характеристика типів темпераменту

САНГВІНІК	ФЛЕГМАТИК	ХОЛЕРИК	МЕЛАНХОЛІК
-рухливий -оптимістичний -активний -швидко пристосовується до нових умов -прагне до частоті зміни вражень -товариський -почуття легко виникають і зникають -легко переживає неприємності	-врівноважений -спокійний -настрій рівний -нові форми поведінки виробляються повільно, але є стійкими -зовнішні прояви їх переживань відносно невідмінні	-підвищена емоційна збудливість -часта подразливість -активний -енергійний -поривчастий -запальний -швидко змінюється настрій	-чутливий до зовнішніх подразників -несміливий -схильний до песимізму -глибоко переживає незначні події -зовні слабо реагує на навколишній світ

За І.П. Павловим (рисунок 3), в основі типів темпераменту лежать основні властивості нервової системи, а саме:

- 1) сила основних нервових процесів – збудження і гальмування,
- 2) врівноваження цих процесів,
- 3) їх рухливість.

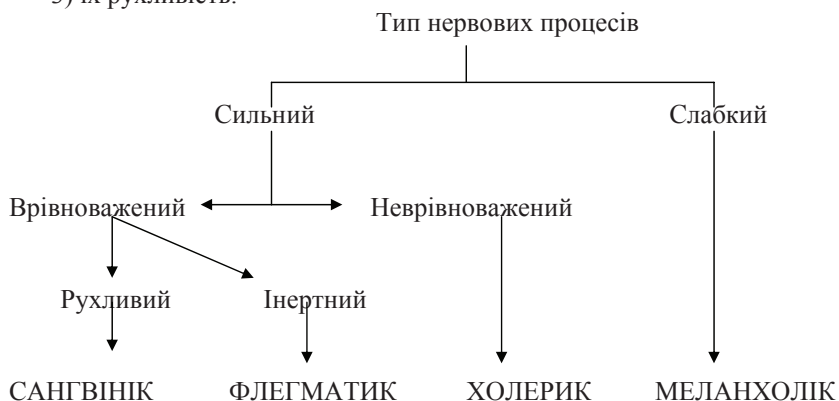


Рис. 3. Класифікація темпераменту за І.П. Павловим.

Г. Айзенком для визначення 4-х типів темпераменту запропоновано 2 базисних параметра індивідуальності:

- " екстраверсія" – " інтроверсія"
- " нейротизм" – " емоційна стійкість"

Кожний з цих параметрів піддається вимірюванню (для цього розроблений тест – опитувальник Г.Айзенка) і має нейрофізіологічну базу. Високий бал за шкалою "нейротизм" відповідає зниженню порогу активації лімбічної системи головного мозку (в цьому значенні підвищена "емоційна нестабільність" – це реактивність у відповідь на події у внутрішньому середовищі організму на коливання фізіологічних потреб і станів); а високий бал по шкалі "інтроверсія " відповідає зниженню порогу активації ретикулярної формації, яка відповідає за рівень активності кори.

Сучасні концепції темпераменту намагаються об'єднати 3 зазначені вище групи теорій темпераменту: гуморально-ендокринну, конституціональну і нейродинамічну. Якби теорії не брались за основу темпераменту, більшість дослідників, як вітчизняних, так і закордонних, визначають **темперамент** як стійку, уроджену, базову характеристику, що визначає розмаїття поведінкових проявів. Крім того, темперамент є першоосновою, яка визначає індивідуальні особливості поведінки з найперших місяців життя та залишається стійкою протягом багатьох років або всього життя в цілому.

У питанні про те, які прояви психіки і поведінки можна віднести до властивостей темпераменту, дотепер немає єдиної точки зору. До числа властивостей, які найбільше часто включаються в число темпераментних, багато авторів відносять показники ергічності (активності), емоційності, темпу і пластичності. При цьому, зазначені чотири властивості необхідно розглядати в залежності від сфери, в якій ці властивості реалізуються.

Для характеристики темпераменту важливий опис не окремих його характеристик, а їхнього сполучення.

Так, для **сангвініка** характерним є висока нервово-психічна активність, розмаїття і багатство міміки і рухів, емоційність, вразливість і лабільність. Емоційні переживання сангвініка неглибокі, а його рухливість при негативних виховних впливах приводить до відсутності належної зосередженості, до поспішності, а іноді і поверховості.

Для **холерика** характерний високий рівень нервово-психічної активності, енергії дій; різкість і стрімкість рухів, сила, імпульсивність і яскрава виразність емоційних переживань.

Флегматик характеризується низьким рівнем активності поведінки і труднощами переключення, повільністю і спокоєм дій, міміки і мови; рівністю, сталістю і глибиною почуттів і настроїв. У випадку невдалих ви-

ховних впливів у флегматика можуть розвинути такі негативні риси, як млявість, бідність і слабкість емоцій, схильність до виконання одних лише звичних дій.

Меланхоліка характеризують низький рівень нервово-психічної активності, стриманість і приглушеність моторики і мови, значна емоційна реактивність, глибина і стійкість почуттів при слабкому їхньому вираженні. При невдалих виховних впливах – підвищена до хворобливості емоційна ранимість, замкнутість і відчуженість, схильність до важких внутрішніх переживань таких життєвих обставин, що цього не заслуговують.

Темперамент як основний фактор визначає специфіку реакцій людини, будучи основою для формування в процесі виховання і навчання ін-



Рис. 4. Херлуф Бідструп – чотири типи темпераменту

дивідуальних рис характеру, навичок, стилів діяльності (рисунок 4). З цієї позиції не можна поділяти темпераменти на погані і гарні. Кожний з темпераментів представляє основу адаптивних можливостей людини, зв'язаних з реалізацією його біологічних програм.

II. Підструктура форм відображення – до неї відносяться особливості пізнавальних процесів (відчуття, сприйняття, уваги, пам'яті, мислення) і особливості емоційно – вольових процесів (емоції, почуття, воля).

III. Підструктура досвіду – включає в себе вміння, знання, навички, звички. Конституційні особливості нервової системи людини сказуються на тому, що людина скоріше засвоює те, що лише їй дається. Таким чином, біологічне вносить свій вклад у формування цієї соціально-обумовленої підструктури.

IV. Підструктура спрямованості.

Спрямованість – це система домінуючих, соціально-обумовлених відносин особистості до дійсності, основними проявами якої є інтереси, ідеали, світогляд, переконання (Леонт'єв). При цьому саме спрямованість і характер є основними змістовними характеристиками особистості, що виражають її соціальну сутність.

Спрямованість людини має багаторівневу організацію, в основі її лежать потреби.

Потреба розуміється як необхідність, нестаток, але не всякий нестаток можна назвати потребою. Для того, щоб необхідність відбивала потребу, вона повинна стати для суб'єкта актуальною в даний момент, щоб людина захотіла те, що йому необхідно. Тобто потреба як нестача організму відбиває його об'єктивний стан і зв'язана з усвідомленням нестачі, має суб'єктивну сторону.

Потреби виступають як джерела активності людини. По джерелу формування всі потреби поділяються на первинні (біологічні), вторинні (соціальні) і духовні. Первинні потреби – потреби в їжі, воді, температурному комфорті, сні, сексуальні потреби. Задоволення цих потреб забезпечує індивідуальне і видове існування, ці потреби спільні у тварин і людини. Однак біологічні потреби перетворюються під впливом життя в суспільстві, виявляються і розвиваються інакше, ніж у тварин. В процесі розвитку людського суспільства виникають і розвиваються специфічно людські – соціальні і духовні – потреби. Соціальні потреби включають потреби приналежності до групи, у визнанні, повазі і любові, самостверженні. Ду-

ховні потреби – це потреби в пізнанні світу, самоповазі і самореалізації, естетичні потреби.

Маслоу обгрунтував ієрархічну структуру потреб людини, виділивши в ній 5 рівнів

Піраміда потреб Маслоу:

V. Потреби самоактуалізації (потреби в реалізації своїх потенціалів, у розумінні сенсу життя)

IV. Потреби в самоповазі (потреби в досягненні, схваленні, визнанні, у прийнятті себе, позитивній самооцінці)

III. Потреби в соціальних зв'язках (потреба в соціальній включеності, приналежності до групи, любові і довірі)

II. Потреби в безпеці (захист від страждання, болю, руйнування)

I. Фізіологічні потреби (голод, спрага, сон, активність, секс)

Потреби більш високих рівнів виникають тоді, коли задоволені потреби нижчих рівнів, що є генетично більш ранніми і мають більше значення для виживання. Незадоволення потреб нижчих рівнів гальмує прояв інших потреб.

Незадоволення основних потреб: у безпеці, належності до групи, любові, повазі і самоповазі гальмує розвиток особистості і може призвести до відхилень у розвитку, девіантної поведінки, фрустрації, до хвороби. Життя особистості складається зовсім по-різному в залежності від того, на задоволенні яких потреб вона зосереджена – на потребах нижчих рівнів або на потребах у самоактуалізації, що Маслоу називав потребою розвитку, тому що задоволення цих потреб забезпечує розвиток особистості й особистісний ріст. Самоактуалізовану особистість відрізняє адекватне сприйняття реальності. Ці люди бачать світ таким, який він є, а не таким, якої вони хотіли б його бачити, завдяки чому вони мають здатність розпізнавати фальш, нещирість. Їх не страшить невідомість, невизначеність, вони спрямовані до пізнання. Найважливішою особливістю самоактуалізованої особистості є прийняття себе, адекватне саморозуміння. Такі люди живуть у злагоді із собою, їх не мучить почуття провини і тривоги (характерне для невротиків). Вони поведуть себе просто і природно, зберігають спокій, не тривожаться по дрібницях, що пояснюється їхньою здатністю відгородитись від дріб'язків, ширше дивитися на речі. Вони вміють спокійно і безболісно переносити самотність, не йдуть на поводу в людей і обставин, їх характеризує відповідальність, самостійність. Найважливішою характеристикою самоактуалізованої особистості є уміння радуватися, збереження здатності дивуватися, приходити в захват, творчі здібності. «Самоактуалізовану лю-

дину – за словами Маслоу – уже не турбують проблеми виживання, вона просто живе і розвивається». Разом з тим, потреби в самоактуалізації часто не усвідомлюються особистістю, їхнє задоволення відсувається на другий план.

Потреби визначають *мотиви* діяльності. Якщо потреба – це визначена напруга, викликана нестатком у чомусь, але вона ще не визначає напрямок активності суб'єкта, то мотив виступає як спонукання до дії, як прагнення до задоволення потреби. Мотив може мати такі психологічні прояви, як бажання, намір, прагнення. Основними характеристиками мотиву є його сила і стійкість.

Залежно від сфери виявлення домінуючої спонуки розрізняють:

- морально- етичну спрямованість особистості,
- професійну спрямованість особистості
- побутову спрямованість особистості.

Структура спрямованості особистості за формою:

1. Потреби – стан організму особистості чи суспільства, створюваний необхідністю в об'єктах для існування, розвитку, який виражає залежність від об'єктивних умов їхнього існування.

2. Мотиви (від лат. *тоуео*, *тоуеге-рухати*, *приводити в дію*) -спонукальна сила дій і вчинків людини.

3. Інтереси – є формою прояву пізнавальних потреб, вони виражаються в особливому ставленні особистості до певних предметів і явищ реального світу і в бажанні пізнати їх.

Інтереси розрізняють:

а) за змістом – характеризуються тими об'єктами, на які вони спрямовані (інтерес до музики, фізики, футболу і т.д.),

б) за глибиною.

- глибокий інтерес часто охоплює всю сферу особистості і означає бажання ґрунтовно вивчити чи пізнати об'єкт у всіх деталях, тонкощах і проявах,
- поверховий інтерес проявляється лише в загальному знайомстві з тим чи іншим предметом або явищем,

в) за стійкістю:

- стійкі інтереси – зберігаються тривалий час, вони відіграють істотну роль у житті людини і є важливим компонентом спрямованості особистості,
- нестійкі – швидко виникають і так само швидко зникають.

4. Світогляд – система узагальнених поглядів на об'єктивний світ і місце людини у ньому, це глибока й обґрунтована віра людини в принципи та ідеали, якими вона керується в своєму житті.

5. Переконавання – система усвідомлюваних потреб особистості, спонукаючих її робити все відповідно зі своїми поглядами, принципами, світоглядом.

6. Ідеал – модель, яка є еталоном в усіх проявах життєдіяльності людини і є основним стимулом її самовдосконалення та формування.

V. Характер.

Якщо темперамент являє собою біологічний полюс інтеграції психологічних якостей особистості, то характер є соціальним полюсом інтеграції особистісних властивостей.

Характер – це система стійких відносин особистості до світу, інших людей і самого себе, що формується під впливом умов життя і виховання і, що виявляється в особливостях соціальної поведінки.

Характер у вузькому сенсі слова визначається як *сукупність стійких властивостей індивіда, в яких виражаються способи його поведінки і способи емоційного реагування.*

Характер не є простою сукупністю ізольованих рис, різні властивості характеру взаємозв'язані і взаємозалежні. Закономірні зв'язки і взаємозв'язки між окремими рисами характеру виражають його структурність. Структурність характеру дозволяє, знаючи ту чи іншу рису, передбачити наявність ряду інших, пов'язаних з нею рис. Структурність характеру виражається також в певній ієрархічності його рис. Це означає, що серед рис характеру деякі є основними, а другі – другорядними, менш суттєвими.

При такому визначенні характеру його властивості, так само як і властивості темпераменту, можуть бути віднесені до формально-динамічних особливостей поведінки. Однак у першому випадку ці властивості, якщо можна так виразитись, гранично формальні, у другому ж вони несуть ознаки трохи більшої *змістовності, оформленості.* Так, для рухової сфери прикметниками, що описують темперамент, будуть «швидкий», «рухливий», «різкий», «млявий», а якостями характеру – «зібраний», «організований», «акуратний», «розхлябаний». Для характеристики емоційної сфери у випадку темпераменту застосовують такі слова, як «живий», «імпульсивний», «запальний», «чуттєвий», а у випадку характеру – «добродушний», «замкнутий», «недовірливий». Утім, границя, що розділяє темперамент і характер, досить умовна. Набагато важливіше глибше зрозуміти розходження між характером і особистістю (у вузькому сенсі).

Говорячи про характер, необхідно відзначити, що характер будується не на окремих, ізольованих рисах, а являє собою визначену структуру. Угрупування рис характеру у визначені комплекси визначається відносинами, навколо яких групуються риси характеру. Незавжди назвати риси характеру, у яких виявляється відношення до людей: товариськість, замкнутість, доброта, тактовність і ін.; або відношення до праці: працьовитість, лень, відповідальність і ін. Однак структура рис характеру не вичерпується їхнім угрупованням, необхідно враховувати також взаємодію рис характеру, тому що зміст кожної окремої риси залежить від того, з якими іншими рисами вона поєднується. Наприклад, прямота, відвертість у сполученні з чуйністю, увічливістю мають одну соціальну оцінку, у сполученні з брутальністю – зовсім іншу. Важливим показником характеру є його **цілісність**, що виявляється в несуперечності рис характеру. Якщо спробувати зовсім коротко виразити сутність розходжень між характером і особистістю, то можна сказати, що риси характеру відбивають те, як діє людина, а риси особистості – те, *заради чого* вона діє. При цьому очевидно, що способи поведінки і спрямованість особистості відносно незалежні: застосовуючи ті самі способи, можна домагатися різних цілей і, навпаки, прямувати до однієї і тієї ж мети різними способами.

Надмірну виразність окремих рис характеру і їхніх сполучень, що представляє крайні варіанти норми, називають **акцентуаціями** характеру. Акцентуації характеру – це крайні варіанти норми, при яких окремі риси характеру надмірно посилені, унаслідок чого виявляється вибіркова уразливість у відношенні визначеного роду психогенних впливів при гарній і навіть підвищеній стійкості до інших.

Акцентуації спостерігаються, як правило, у підлітковому віці. Надалі, очевидно, відбувається їхнє згладжування або компенсація, можливий також перехід явних акцентуацій у приховані. Разом з тим, за даними Леонгарда, частка акцентуєваних особистостей серед дорослого населення складає приблизно 50%.

В залежності від ступеню виразності було виділено два ступені акцентуації характеру: явна і прихована (Личко; Александров; 1973).

Явна акцентуація. Цей ступінь акцентуації відноситься до крайніх варіантів норми. Вона відрізняється наявністю досить постійних рис певного типу характеру (рисунки 5).

Прихована акцентуація. Цей ступінь повинен бути віднесений не до крайніх, а до звичайних варіантів норми. У повсякденних, звичних умовах, риси визначеного типу характеру виражені слабо або не виявляються зовсім. Навіть при тривалому спостереженні, різнобічних контактах і де-

тальному знайомстві з біографією важко буває скласти чітке уявлення про певний тип характеру. Однак риси цього типу можуть яскраво, часом зненацька, виявитися під впливом тих ситуацій і психічних травм, що висувають підвищені вимоги до "місця найменшого опору". Психогенні фактори іншого роду, навіть важкі, не тільки не викликають психічних розладів, але можуть навіть не виявити типу характеру. Якщо ж такі риси і виявляються, це, як правило, не призводить до помітної соціальної дезадаптації.

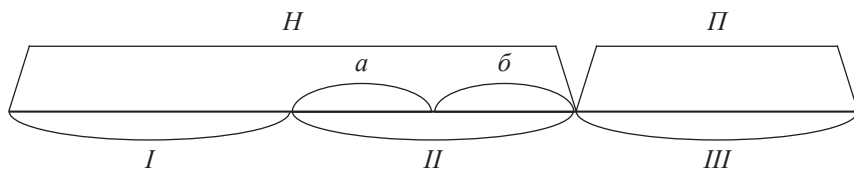


Рис. 5. Вісь ступеня вираженості характеру: I – «середні» характери; II – акцентуовані характери: а – приховані акцентуації; б – явні акцентуації; III – психопатії. Позначення: Н – норма, П – патологія

В нашій країні отримала поширення класифікація акцентуацій характеру Личко, у якій виділяються наступні типи акцентуацій: нестійкий тип, конформний, шизоїдний, епілептоїдний, істероїдний, астено-невротичний, сенситивний, психастенічний, гіпертимний, циклоїдний, лабільний і змішаний типи.

Нестійкий тип. Головна риса – небажання трудитися: ані працювати, ані навчатися, постійний сильний потяг до розваг, задоволення, лідарства. При суворому і безперервному контролі знехотя підкоряються, але завжди шукають випадку уникнути будь-якої праці. Найважливішою особливістю є слабкий вольовий компонент особистості. Повна безволя виявляється, коли справа стосується виконання обов'язків, досягнення цілей. Зі слабкістю вольового компоненту і недостатньою ініціативністю пов'язана і підпорядкованість групі, компанії. Контакти завжди поверхневі. Романтична закоханість не властива. До свого майбутнього байдужі, планів не будують, живуть сьогоденням. У зв'язку зі слабкою вольовою сферою бездоглядність швидко спричинює негативний вплив.

Конформний тип. Головна риса – конформність: яскраво виражене прагнення бути «як усі». Це прагнення поширюється на все – від прагнення вдягатися як усі до сильної залежності суджень, позицій і поведінки від оточення. Стають цілком продуктом свого оточення: у «гарному» середовищі старанно навчаються і працюють, у «поганому» – засвоюють досить

швидко його звичаї, звички, манери поведінки. Некритичні до сприйняття групових еталонів поведінки, установок, цінностей і будь-якої інформації взагалі. Найбільше успішно працюють, коли не потрібно особистої ініціативи. Погано переносять злам життєвого стереотипу, позбавлення звичного оточення.

Шизоїдний тип. Головні риси – замкнутість і недостатність чутливості в процесі спілкування. Швидка виснажливість у контакті спонукає до ще більшого занурення у свій внутрішній світ. Недостатність чутливості виявляється в невмінні зрозуміти чужі переживання, у низькій емпатії (здатності до співпереживання), у невмінні зрозуміти бажання і думки партнера. Захоплення відрізняються силою, сталістю і нерідко незвичайністю. Багаті еротичні фантазії сполучаються з зовнішньою, часто підкреслюваною асексуальністю. Найгірше переносять ситуації, де потрібно встановити неформальні емоційні контакти, а також вторгнення сторонніх у свій внутрішній світ.

Епілептоїдний тип. Головною рисою є схильність до станів злотно-тужливого настрою з постійно наростаючим роздратуванням і пошуком об'єкту, на якому можна було б зірвати зло. Характерна афективна вибуховість. Афекти не тільки сильні, але і тривалі. Любов майже завжди сполучається з ревнощами. Лідерство виявляється прагненням панувати над однолітками. Добре адаптуються в умовах суворого дисциплінарного режиму, де високою показною ретельністю перед керівництвом прагнуть заволодіти положенням, яке надає право керувати іншими. Властиві дріб'язкова акуратність, скрупульозність, ретельне дотримання всіх правил, прихильність до порядку, педантизм.

Істероїдний тип. Головними рисами є значний егоцентризм, яскраво виражена потреба в значній увазі до своєї особи. Всі інші особливості засновані на даній рисі. Схильність до обману та фантазування цілком служать меті залучення уваги до своєї особистості. Властива театральність переживань, схильність до позерства. Низька здатність до завзятої праці поєднується з високими домаганнями у відношенні майбутньої професії. Серед однолітків претендують на першість або на надзвичайний стан. Зміна захоплень і хобі також обумовлені прагненням знайти таку справу, де можна бути на очах.

Астено-невротичний тип. Головними рисами є підвищена стомлюваність, дратівливість. Стомлюваність звичайно виявляється при розумових заняттях і в обстановці змагань, суперництва. При стомленні афективні спалахи виникають з незначного приводу.

Сенситивний тип. Мають дві головні особливості – велика вразливість і почуття власної неповноцінності. У собі бачать безліч недоліків,

особливо в області вольових якостей. Часто зустрічається незадоволеність своїм фізичним «Я» («образ тіла»). Замкнутість, боязкість і сором'язливість особливо виступають серед сторонніх і в незвичній обстановці. З незнайомими важкі навіть самі поверхневі контакти, але з тими, до кого звикли, бувають досить товариські. Надзвичайні труднощі викликають ситуації негативного оцінювання або обвинувачення (тим більше несправедливого).

Психастенічний тип. Головними рисами є нерішучість, тривожна помисливість (у вигляді побоювань за майбутнє своє і своїх близьких), схильність до самоаналізу. Риси характеру звичайно виявляються вже в початковій школі. Відповідати за себе і, особливо, за інших, буває самою важкою задачею. Захистом від постійної тривоги з приводу уявлених неприємностей і випадків служать вигадані прикмети і ритуали. Нерішучість особливо виявляється при необхідності зробити самостійний вибір.

Гіпертимний тип. Відрізняються завжди гарним, злегка підвищеним настроєм, високим життєвим тонусом. Високий ступінь активності сполучається з постійним прагненням до лідерства. Високий відгук на нове, але інтереси нестійкі. Велика активність поєднується з нерозбірливістю у виборі знайомств. Легко освоюються в незнайомій обстановці, але погано переносять самотність, режим, строго регламентовану дисципліну, монотонну і потребуючу дріб'язкової акуратності працю, вимушене неробство. Схильні до переоцінки своїх можливостей і до надмірно оптимістичних планів на майбутнє. Прагнення навколишніх придушити їхню активність нерідко призводить до бурхливих, але коротких спалахів роздратування.

Циклоїдний тип. Характерною рисою є досить часта зміна нерізко виражених фаз гіпертимності і пригніченості (субдепресії). У субдепресивній фазі знижується працездатність, до усього втрачається інтерес, уникається компанія. Невдачі і навіть дрібні проблеми в цей час важко переживаються. Серйозні дорікання, які особливо принижують самолюбство, здатні навести на думку про власну неповноцінність і непотрібність. Можливість провокування суїциду. Під час гіпертимної фази циклоїди не відрізняються від гіпертимів. Тривалість кожної фази звичайно не велика (1-2 тиж.). Між фазами часто має місце досить тривалий період неакцентуваної, «гармонічної» поведінки.

Лабільний тип. Головна риса цього типу – крайня мінливість настрою, навіть із незначних приводів. Від настрою в даний момент залежать активність, працездатність, товариськість. У лабільних осіб почуття і прихильності щирі і глибокі, особливо до тих, хто сам виявляє любов, увагу і турботу. Велика потреба в співпереживанні. Тонко відчувають відношення

до себе навколишніх, навіть при поверхневому контакті. До лідерства не прагнуть. Важко переживають втрату або емоційне відторгнення з боку значимих осіб. Відрізняються умінням адекватно оцінити свій характер.

Змішані типи. Крім явних акцентуацій зустрічаються випадки одночасного загострення двох рис. Це так називані змішані типи, що складають половину випадків явних акцентуацій.

На формування характеру впливають життєві і соціальні умови. Важливу роль має сімейне виховання. У стилях сімейного виховання виділяють 2 основних параметри: контроль і любов – прийняття дитини. Ці два показники являють собою континуум від повної самостійності до твердого контролю і від любові до ворожості стосовно дитини.

VI. Здібності

Здібності – це індивідуально-психологічні особливості людини, що забезпечують легкість засвоєння й успішність виконання якої-небудь діяльності. *По-перше*, здібності не зводяться до тих знань, умінь, або навичок, що вироблені в людини. У них включаються ті показники, що є умовами успішності діяльності. *По-друге*, про здібності свідчить високий темп засвоєння знань, умінь, навичок, необхідних для діяльності. *По-третє*, про здібності свідчить високий творчий рівень діяльності, оригінальність, новизна. На відміну від задатків, що обумовлені винятково біологічним статусом людини, здібності вимагають розвитку й удосконалення.

Здібності поділяють на загальні (розумові здібності, розвинута пам'ять, досконала мова тощо) та спеціальні (музичні, літературні, математичні, спортивні тощо).

Загальні здібності людини пов'язані з темпераментом і виявляються в загальній працездатності, активності, типах саморегуляції. Аналіз психофізіологічних основ загальних здібностей показує, що різні типи активності пов'язані з домінуванням півкуль. При цьому «*правопівкульні*» характеризуються більшою активністю, сильною нервовою системою, високою лабільністю, високим розвитком невербальних функцій. Ці люди краще навчаються, вирішують задачі в умовах дефіциту часу, вони стійкі до стресу, надають перевагу інтенсивним формам навчання.

«*Лівопівкульні*» характеризуються низкою активністю, вони краще навчаються по гуманітарних предметах, краще планують свою діяльність, у них вище точність виконання роботи. Добре розвинута саморегуляція і вербальні функції. У той же час вони характеризуються інертністю і слабкістю нервової системи.

Структура особистості

Особистість розуміється як свідомий індивід, що займає визначене положення в суспільстві і виконує визначені суспільні функції. Особистість молодша індивіду, тому що людина народжується індивідом, а особистістю вона стає в процесі соціалізації, засвоєння соціального досвіду.

Рубінштейн виділяє 3 аспекти психічного складу особистості:

– *чого хоче особистість*, що для неї привабливо, до чого вона прагне?

Це питання про спрямованість, установки і тенденції, потреби, інтереси та ідеали;

– *що може особистість*? Це питання про здібності, про обдарованість людини;

– *що особистість є*, що з її тенденцій і установок ввійшло в її плоть і кров і закріпилося як стрижневі особливості особистості? Це питання про характер.

Таким чином, Рубінштейн включає в структуру особистості її спрямованість, характер і здібності. У структуру особистості багато авторів включають темперамент, як психофізіологічну основу особистості (Мясищев, Мерлин, Ананьєв і ін.).

Основними характеристиками особистості є: активність, стійкість, цілісність. Під *активністю* розуміється здатність людини робити суспільно значимі перетворення навколишнього, що виявляється в спілкуванні, спільній діяльності, творчості і саморозвитку.

Стійкість – це відносна сталість особистісних властивостей.

Цілісність особистості полягає в найтіснішому взаємозв'язку психічних процесів і властивостей, що утворюють єдину структуру особистості.

Теорії, що розглядають структуру особистості, представлені теоріями особистісних рис, теоріями особистісних факторів, типологічними теоріями.

Таким чином, розглядаючи структуру особистості, більшість психологів, як вітчизняних, так і закордонних, включають до неї темперамент, здібності, характер, спрямованість, своєрідне сполучення яких створюють неповторність людської індивідуальності.

Під **гармонійною особистістю** ми розуміємо індивіда, який у процесі соціалізації усвідомлено сформувався як людина, що володіє відповідальністю за власну долю і вчинки, самостійністю й автономністю в прийнятті рішень, що керується у своєму житті моральними законами. Можна стверджувати, що гармонійна особистість живе відповідно до девізу: «Мені нічого не винен». Цей принцип варто розуміти як відмову від пред'явлення претензій оточуючим (батькам, дітям, державі й ін.) у випадках життєвих

невдач. У рамках психології аномального і девіантного розвитку особистості всі перераховані якості з'являються інверсними. Відповідальність замінюється повинністю, самостійність – залежністю, моральність – аморальністю.

Хвороба впливає на життя кожної людини, змінює його життєвий уклад, характер і можливості спілкування з навколишніми, відношення до професійної діяльності.

Перед лікарем стоїть нелегка задача: поставити вірний діагноз. А для цього необхідно глибоко проаналізувати зовнішню і внутрішню картини хвороби.

Розмовляючи з пацієнтом, збираючи інформацію про хворобу, обговорюючи тактику лікування, не слід забувати, що лікар і пацієнт розглядають недугу з різних позицій. Це часто стає перешкодою в досягненні взаєморозуміння, призводить до незадоволення результатами лікування, а іноді і до погіршення стану здоров'я.

Позиція хворого відрізняється тим, що тільки він відчуває ті відчуття (біль, незручність, сверблячка) які викликаються хворобою. Крім того, він не може відноситися до хвороби байдуже, оскільки почуває погрозу й обмеження його базових потреб. Кожен пацієнт має унікальний свій життєвий досвід, індивідуальний багаж знань, вироблених в юності переконань, набір звичних стратегій подолання стресу. Все це змушує його сформувати свою власну позицію стосовно розладів здоров'я, що ми називаємо внутрішньою картиною хвороби.

Внутрішня картина хвороби (ВКХ) – це суб'єктивне відношення хворого до свого захворювання, що складається з хворобливих відчуттів і зовнішніх проявів хвороби, оцінки механізмів їхнього виникнення, важкості і значення для майбутнього, а також типи реагування на хворобу.

Поняття «внутрішня картина хвороби» увів відомий російський терапевт Роман Альбертович Лурія (1874 – 1944) у 1930 році, що відштовхувався від робіт А. Гольдшейдера про «аутопластичну картину хвороби». Ці автори намагалися, з одного боку, підкреслити суб'єктивізм сприйняття людиною своєї хвороби її небезпеки і наслідків, а з іншого боку – звернути увагу на вплив, який здійснює психологічне відношення до хвороби на її перебіг. Р.А. Лурія закликав до обережності як в оцінці скарг хворих, так і в обговоренні з пацієнтом його захворювання, оскільки неточне, забарвлене суб'єктивними емоціями сприйняття слів лікаря може погіршити стан пацієнта і навіть стати причиною психічних розладів.

Внутрішня картина хвороби протиставляється алопластичній картині розладу, що підсумовує її об'єктивні прояви, які можна досліджувати за допомогою спеціальних медичних методів і приладів.

Структура аутопластичної картини хвороби:

Внутрішню картину хвороби варто розглядати як єдину діючу систему, усі ланки якої тісно взаємозалежні і постійно взаємодіють між собою. Відмітними рисами внутрішньої картини хвороби є множинність і рухливість її елементів. Спостерігається визначена динаміка внутрішньої картини хвороби з різним співвідношенням її елементів на різних етапах захворювання. Зокрема, почуттєві елементи внутрішньої картини хвороби, які переважають при деяких захворюваннях спочатку, можуть цілком зникати і їхнє місце в цьому випадку можуть займати результати розумової переробки хворим факту захворювання й емоційна оцінка хвороби. Різна за структурою і динамікою внутрішня картина хвороби створює специфічні і надзвичайно важливі умови розвитку перебудови особистості хворого.

Внутрішня картина хвороби знаходиться під впливом багатьох факторів. Знання цих факторів дозволяє краще розуміти внутрішні переживання хворого й у разі потреби впливати на відношення пацієнта до свого захворювання.

Внутрішня картина хвороби визначається:

- преморбідними біологічними й особистісними факторами (стать, вік, інтелект, темперамент, характер, ієрархія потреб, набір психологічних захистів, локус контролю)
- природою самого захворювання, його характером, етапом і можливими наслідками;
- соціальне становище хворого і вплив оточення;
- медичними факторами.

Параметр **статі** людини безсумнівно впливає на суб'єктивне відношення до хвороби і формування типу реагування на захворювання. До особливостей, що мають кореляції зі статтю людини можна віднести відомі факти кращої переносимості жінками *больового відчуття, станів тривалої обмеженості рухів або нерухомості*. Цей факт може бути пояснений як психофізіологічними особливостями статі, так і психологічними традиціями ролі жінки і чоловіки у визначених суспільствах і культурах.

За даними Е.Т.Соколової фізична хвороба або каліцтво значно змінюють суб'єктивну *цінність різних частин тіла*. З психологічної точки

зору самооцінка людини і, особливо, вихований груповими традиціями і сімейним вихованням реєстр цінностей різних частин власного тіла здатні виявлятися психотравмуючими факторами при виникненні якого-небудь дефекту в «цінному органі». За результатами деяких психологічних експериментів найбільше «дорогими» виявилися нога, око і рука.

Вікові особливості людини також істотні при формуванні суб'єктивного відношення до хвороби і становлення визначеного типу реагування на неї. Відомо, що для кожної вікової групи існує свій *реєстр ваги захворювань* – своєрідний розподіл хвороб по соціально-психологічній значимості і вазі.

Діти сприймають хворобу в першу чергу на сенситивному рівні. Зникнення болю і нездужання змушує їх забути про хворобу; вони починають гратись, пустувати, розважатися. Поява неприємних відчуттів робить їх примхливими. Нерозуміння небезпеки робить для них безглуздим усі хворобливі і неприємні процедури.

Для підлітків і молоді найбільш важкими в психологічному відношенні виявляються хвороби, що змінюють зовнішній вигляд людини, роблять її непривабливою. Пов'язано це із системою цінностей, розміщенням пріоритетів, які є в молодій людини, для якої найвищу цінність набуває задоволення основної потреби – «задоволеність власною зовнішністю». Таким чином, найбільш важкі психологічні реакції можуть викликати хвороби, що не носять з медичної точки зору погрози для життя. До них відносяться будь-які хвороби, які з погляду підлітка, негативно змінюють зовнішність (шкірні, алергійні), травми й операції (опіки).

Особі зрілого віку більш психологічно важко будуть реагувати на хронічні й інвалідизуючі захворювання. Це пов'язано також із системою цінностей, і відображує спрямованість людини зрілого віку задовольняти такі соціальні потреби, як потреба в благополуччі, добробуті, незалежності, самостійності й ін. Саме задоволення подібних потреб може бути заблоковано появою будь-якої хронічної хвороби, яка призводить до інвалідності. Психологічно важкими для осіб зрілого віку є такі хвороби як онкологічні, хронічні соматичні хвороби і т.д.

Другою значимою групою захворювань для зрілої людини вважаються т.зв. «стидні» хвороби, до яких звичайно відносять венеричні і психічні захворювання.

Для літніх і старих людей найбільш значимими є хвороби, які можуть призвести до смерті. Інфаркт, інсульт, злоякісні пухлини страшні для них не тим, що можуть призводити до втрати працездатності, а тим, що асоціюються зі смертю.

Безумовно важливу роль у формуванні ВКХ грають особистісні особливості пацієнта.

По визначенню, темперамент – це характеристика індивіду з боку динамічних особливостей його психічної діяльності, тобто темпу, ритму й інтенсивності окремих психічних процесів і станів. До значимих для вироблення визначеного типу психічного реагування на захворювання параметрам темпераменту можна віднести *емоційність, переносимість болю*, як ознака емоційності й *обмеження рухів та нерухомості*, що відбиває параметр активності. Холерикам і меланхолікам властивий більш низький поріг больової чутливості в порівнянні із сангвініками і флегматиками.

Особливості характеру мають провідне значення у формуванні реакції індивіду на хворобу. **Риси характеру** – це ті *істотні* властивості людини, із яких з визначеною логікою і внутрішньою послідовністю впливає одна лінія поведінки, одні вчинки і якими виключаються, як не сумісні з ними, їм суперечні інші. Наявність у людини характеру припускає наявність чогось значимого для нього у світі, у житті, чогось, від чого залежать мотиви його вчинків, мета його дій, задачі, які він ставить перед собою. Характер формується *в залежності* від об'єктивних *суспільних умов* і конкретних *життєвих обставин*, в яких проходить життєвий шлях людини, *на основі його природних властивостей* – насамперед темпераменту – *в результаті його діянь і вчинків*. Адекватні форми реагування на захворювання типові для осіб з гармонійним складом характеру. Акцентуації характеру можуть визначати вибір того або іншого патологічного типу реагування.

Крім того, в структурі ВКХ можна виділити такий момент, як психологічний захист від симптому і власне хвороби, який спрямований на мінімізацію негативних переживань, пов'язаних з конфліктами, що ставлять під загрозу цілісність особистості. Уявлення про механізми психологічного захисту сформувалося в рамках психоаналітичного напрямку в психології. Відповідно до послідовників цього напрямку, психологічний захист складає ряд специфічних прийомів переробки переживань, які нейтралізують патогенний вплив спричинений даними переживаннями. Найбільше часто приводиться визначення Ташликова: захисні механізми – це «адаптивні механізми, спрямовані на редукцію патогенної емоційної напруги, охороняючи від хворобливих почуттів і спогадів і подальшого розвитку психологічних і фізіологічних порушень». Усі захисні механізми володіють двома загальними характеристиками. По-перше, вони, як правило, несвідомі, тобто діють переважно на неусвідомлюваному рівні. По-друге, вони спотворюють, заперечують або фальсифікують реальність.

Зв'язок акцентуації і психологічного захисту:

Уникнення (відмова від операції, звертання до чаклунів, екстрасенсів, зловживання алкоголем) – дистимічні, демонстративні особистості.

Емоційне відреагування (образа мед. працівників, сусідів по палаті, або прагнення отримати підтримку, поділитися горем) – демонстративні, збудливі.

Заперечення (впевнені, що лікар помилився) – гіпертимні, тривожно-недовірливі, астенічні, ригідні

Заміщення – демонстративні.

Регресія – демонстративні, збудливі.

Інтелектуалізація – тривожно-недовірливі, астенічні.

Витиснення – демонстративний.

Раціоналізація – педантичні, тривожно-недовірливі.

Переборююча поведінка (копінг-поведінка). В останні десятиріччя в закордонній психології широко обговорюється проблема подолання конфлікту у формах його компенсації або переборюючої педінки (копінг-поведінки). Поняття «копінг», або подолання стресу, розглядається як діяльність особистості по підтримці або збереженню балансу між вимогами середовища і ресурсами, що задовольняють вимоги. Копінг-поведінка реалізується за допомогою застосування копінг-стратегій на основі особистісних і середовищних копінг-ресурсів. Вона є результатом взаємодії блоку копінг-стратегій і блоку копінг-ресурсів. Копінг-стратегії – це актуальні відповіді особистості на сприйняту погрозу, як спосіб керування стресом. Відносно стабільні особистісні і соціальні характеристики людей, що забезпечують психологічне підґрунття для подолання стресу і сприятливого розвитку копінг-стратегій, розглядаються як копінг-ресурси.

Копінг-поведінка, поряд з механізмами психологічного захисту, розглядається як найважливіша форма адаптаційних процесів і реагування індивідів на стресові ситуації. Відмінність захисних механізмів і механізмів подолання проводиться по параметрах «активність-конструктивність» і «пасивність-неконструктивність». Психологічний захист пасивний і неконструктивний, у той час як копінг-механізми активні і конструктивні. Карвасарський відзначає, що якщо процеси подолання спрямовані на активну зміну ситуації і задоволення значимих потреб, то процеси компенсації і, особливо, психологічного захисту спрямовані на пом'якшення психічного дискомфорту. Найбільш продуктивними копінг-стратегіями хворих вважаються: співробітництво (пацієнта з лікарем у лікувально-діагностичному

процесі); активний пошук підтримки (у соціальному або терапевтичному середовищі); розумний ступінь ігнорування хвороби; проблемний аналіз.

До особистісних особливостей, як правило, відносять ціннісні орієнтації людини, його моральні критерії й інші соціально обумовлені феномени. У першу чергу, з особистісних особливостей, що впливають на формування суб'єктивного відношення до хвороби слід зазначити *світогляд і філософська позиція з приводу сенсу життя і життя після смерті*.

Виділяється кілька світоглядних установок у відношенні походження захворювань:

- хвороба як кара
- хвороба як випробування
- хвороба як повчання іншим
- хвороба як розплата за гріхи предків
- хвороба як виграш – найчастіша мотивація. Йде з дитинства, коли батьки звертають увагу на дитину, тільки у випадку його захворювання. Виграшів безліч. Таке відношення до хвороби називається рентним. Стратегії, що обирають люди добре відомі – це реальне захворювання, симуляція, агравація, дисимуляція (див. нижче).

Усі перераховані трактування походження хвороб засновані на вірі в зв'язок між поведінкою людини, її моральністю і виникненням у неї недуги. При цьому підкреслюється пасивна роль індивіду. Він не здатний протистояти хворобі за винятком можливості кардинально змінити свою поведінку і спокутувати провину та замолюти гріхи.

Іншою групою світоглядних установок є уявлення про хвороби як викликаних спадкоємними або середовищними причинами:

- хвороба як неминучість
- хвороба як збіг обставин
- хвороба як власна помилка

Третя світоглядна платформа оцінки механізмів походження захворювань базується на містичному підході до процесів етіопатогенезу:

- хвороба внаслідок заздрості
- хвороба внаслідок ревнощів

Особливе значення у формуванні ВКХ має рівень освіти і культури хворого, у тому числі ступінь інформованості в області медицини.

В. Д. Менделевич (1999) виділяє наступні параметри, на підставі яких оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне відношення до неї:

1. Імовірність летального результату.
2. Імовірність інвалідизації і хроніфікації.
3. Больова характеристика хвороби.

4. Необхідність радикального або паліативного лікування.

5. Вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування.

6. Соціальна значимість хвороби і традиційне відношення до хворих у мікросоціумі.

7. Вплив хвороби на сімейну і сексуальну сфери.

8. Вплив хвороби на сферу розваг і інтересів.

Відношення **навколишніх** до захворювань змінювалось в різні епохи й у різних культурах. Наприклад, ненависть до хворих у Древній Спарті, де сформувався своєрідний культ здоров'я. Душевні захворювання в середньовічній Європі розглядалися як „бісовство”, а в багатьох північних культурах вважалися божественним дарунком. Важливе значення має система взаємодії особистості в родині та на роботі. Це стосується професії, займального положення в суспільстві, впливу хвороби на інтимну сторону життя.

Відношення навколишніх може мати різну спрямованість: від усеосяжної моральної і психологічної підтримки до повного неприйняття хворої людини і розриву з ним відносин, що позначається на всіх етапах формування ВКХ.

До медичних факторів, які здатні впливати на ВКХ відносяться взаємини лікаря і хворого, роль медичного персоналу і вплив обстановки лікувальної установи. Відносини, що складаються між лікарем і пацієнтом протягом усього періоду їхнього спілкування впливають на формування ВКХ.

Знання всіх перерахованих факторів допомагає в корекції дисгармонійної ВКХ.

Розглядаючи психологічний аспект захворювання, можна виділити 3 етапи формування особистісних реакцій на захворювання:

- 1) сенсологічний,
- 2) оціночний,
- 3) етап ставлення до хвороби.

1. Сенсологічний етап.

На цьому етапі виникають невизначені неприємні відчуття різного ступеня вираженості з невизначеною локалізацією. Будучи ранніми симптомами загрози соматичної хвороби, вони викликають стан, який визнається як дискомфорт.

Дискомфорт – рання психологічна ознака морфофункціональних змін. Дискомфорт може перерости в больові відчуття. Біль, який є інформацією про порушення діяльності органів і систем, перетворюючись у свідомості, може лягти в основу оцінки хворим свого соматичного страждання. Біль

може оцінюватись не тільки як симптом захворювання, але як і загроза для життєдіяльності (зміни становища в сім'ї, в професійній діяльності і т.д.).

Рівні прояву болю:

- рівень фізіологічних почуттів,
- емоційно-мотиваційний рівень (страх, бажання, прагнення)
- когнітивний рівень (раціональне відношення до болю і оцінка його ролі у своєму житті).

Крім дискомфорту і больових відчуттів, на першому етапі можливе також виникнення порушень в біосоціалній адаптації (зниження творчої активності, послаблення спонукальних мотивів до діяльності тощо).

Виникає відчуття обмеження свободи, своїх попередніх можливостей, почуття власної неповноцінності (дефіцитарність).

Таким чином, сенсологічний етап включає в себе:

- 1) дискомфортний компонент,
- 2) алгічний компонент,
- 3) дефіцитний компонент.

2. Оціночний етап

Оціночний етап – результат інтрапсихологічної переробки сенсологічних даних. На цьому етапі складається «внутрішня картина хвороби» – внутрішній світ хворого, все що відчуває і переживає хворий, його уявлення і ставлення до хвороби та її причин.

Структура оціночного етапу:

- вітальний компонент (біологічний рівень),
- суспільно-професійний компонент,
- естетичний,
- компонент, пов'язаний з інтимним життям.

Психологічна картина хвороби переломлюється в кожному випадку по-своєму, набуваючи індивідуального забарвлення. Це залежить від таких факторів:

- преморбідних особливостей особистості,
- ситуації, в яких опиняється хворий (в сім'ї, на роботі, клініці)
- специфіки захворювання.

3. Етап ставлення до захворювання – це переживання, висловлювання, дії, а також загальна картина поведінки хворого, що пов'язана з захворюванням.

Основний критерій етапу: визнання чи не визнання хвороби. Ставлення до хвороби, що формується на вищеописаних етапах, називається соматонозогнозією.

Типи соматонозогнозій

1. *Нормосоматонозогнозія* – адекватна оцінка хворим свого стану і перспектив одужання. Оцінка хворим свого захворювання збігається з оцінкою лікаря. Активність в боротьбі з хворобою.

а) Адекватна оцінка хвороби і висока активність в боротьбі із хворобою.

б) Адекватна оцінка в поєднанні з пасивністю, зниженням активності, нездатністю до подолання негативних переживань.

Преморбідні особливості особистості: сильні врівноважені люди.

2. *Гіперсоматонозогнозія* – переоцінка значимості як окремих симптомів, так і хвороби в цілому.

а) Тривога, паніка, тривожність, підвищена увага до захворювання. Велика активність в плані обстеження і лікування. Гіпертрофований інтерес до медичної літератури.

б) Зниження настрою: апатичність, монотонність. Песимістичний прогноз на майбутнє, скурпульозне виконання всіх вимог лікаря.

Преморбідні особливості особистості:

- ригідність, застрягання на переживаннях,
- тривожність.

3. *Гіпосоматонозогнозія*.

Недооцінка хворим важкості і серйозності захворювання в цілому і його окремих, ознак.

а) Зниження активності, зовнішня відсутність інтересу до обмеження і лікування. Дотримання режиму, виконання рекомендацій лікаря.

При хронічному перебігу захворювання звикають до хвороби, лікуються не регулярно. Преморбідні особливості: поверховість суджень, легковажність.

б) Небажання звертатись до лікаря. Негативне ставлення до процесу лікування.

Тип психологічного захисту – заперечення хвороби. Преморбідні особливості: цілеспрямованість, «гіперсоціальність».

4. *Диссоматонозогнозія* – заперечення наявності хвороби і симптомів. Повне невизнання хвороби.

а) Невизнання хвороби при слабкій вираженості симптомів (онкологічні захворювання, туберкульоз і т.д.), навмисне приховування захворювання (наприклад, сифілісу).

б) Витіснення із свідомості думок про хворобу, особливо при спрогнозованому несприятливому наслідку.

При всіх формах соматозогнозій слід враховувати віковий фактор. У молодшому віці – це недооцінка важкості захворювання, а у випадку яскраво виражених естетичних та інтимних компонентів особистісних реакцій – переоцінка важкості.

Зрілий вік – частіше диссоматозогнозії. Похилий вік – гіперсоматозогнозія, яка пов'язана з недооцінкою сил та можливостей організму.

Класифікація типів ставлення до захворювання (за А.Є Лічко):

1. Гармонійний. Твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість і без підстав бачити усі в темному світлі, але і без недооцінки важкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіхові лікування. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У випадку несприятливого прогнозу в плані інвалідизації – переключення інтересів на ті області життя, які залишаються доступними хворому. При несприятливому прогнозі – зосередження уваги, інтересів на долі близьких, своїх справах.

Варто враховувати, що гармонійна ВКХ зовсім не означає повного збігу думки лікаря і пацієнта, не припускає відсутності протиріччя в їхніх інтересах. Така модель є тим вдалим випадком, коли хворий і лікар спільними зусиллями можуть досягти максимуму в корекції всіх наявних розладів.

2. Тривожний. Безперервне занепокоєння і помисливість у відношенні несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, додаткової інформації про хворобу, ймовірні ускладнення, методи терапії, безперервний пошук «авторитетів». Таких хворих більш цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результати аналізів, висновки фахівців), ніж власні відчуття. Тому прагнуть більше слухати висловлення інших, чим без кінця пред'являти свої скарги. Настрій насамперед тривожний, пригніченість – внаслідок цієї тривоги.

Тривожний тип психічного реагування на захворювання є одним з типових. Він пов'язаний із зміною повсякденного плину життя, яка виникає внаслідок захворювання.

Корекція: Якщо людина турбується і тривожиться, її потрібно заспокоїти. Існує особливий тип лікарів, показаний таким хворим. Це люди м'які і добрі. Вони або конституційно спокійні, або це вивчений і придбаний досвід спокою в спілкуванні з пацієнтом. Т. ч. перша група методів зробити так, ніби ви були матір'ю або батьком, а пацієнт – вашою дитиною. При цьому гарні і близька дистанція (інтимна, менш 45 см), і тихий, лагідний, але упевнений голос, і фізичний контакт, безумовно за згодою хворого, можна погладити руку, пригорнути пацієнта.

При obsесивно-фобічному реагуванні на хворобу домінуючими стають *нав'язливі думки, побоювання і, особливо, ритуали*. Пацієнт стає марно-вірним. Він надає особливого значення дріб'язкам, що перетворюються для нього у своєрідні символи (приміром, розцінює шанси свого лікування в залежності від того, у якому порядку ввійдуть у його палату лікар і медична сестра; від того, тролейбус якого маршруту підійде до зупинки раніш). Невротичні ритуали пов'язані з підвищеною тривожністю пацієнта і спрямовані на захист від них.

При корекції страху насамперед звертають увагу на те, щоб пацієнт не намагався сховати страх. Пацієнт має право виявляти страх, називати його і говорити про нього. Вербалізуючи страх, людина вже на цьому етапі може від нього позбутися або значно знизити його інтенсивність.

3. Іпохондричний. Зосередження на суб'єктивних хворобливих і інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них навколишнім. На їхній основі перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Сполучення бажання лікуватися і невір'я в успіх, вимог ретельного обстеження й остраху шкоди і хворобливості процедур.

Пацієнт із іпохондричним типом реагування схильний до егоцентризму. Він не здатний стриматися при бесіді з будь-якою людиною і звертає увагу співрозмовника на незвичайність і вагу наявних хворобливих ознак. Іпохондрик випробує полегшення, якщо співрозмовник відноситься до нього співчутливо. Крім того, при такому типі реагування з'являється схильність до деталізації свого самопочуття при описі його лікарям або іншим слухачам. В основі іпохондрії лежить нав'язливий страх, тому при корекції страху насамперед звертають увагу на те, щоб пацієнт не намагався сховати страх. Пацієнт має право виявляти страх, називати його і говорити про нього.

4. Меланхолійний. Пригніченість хворобою, невір'я у видужання, у можливе поліпшення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлення аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо. Невір'я в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

Меланхолічний, або депресивний тип реагування на хворобу нерідко обумовлений наявною в пацієнта негативною інформацією про можливість лікування від недуги. Налаштованість на гірший результат призводить до песимістичної оцінки майбутнього, невір'я в можливість лікування і суїцидальних намірів. Подібний тип ВКХ зустрічається в людей із зниженою самооцінкою, що виявляють песимізм і безпорадність.

5. Апатичний. Повна байдужність до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Втрата інтересу до усього, що раніше хвилювало.

Корекція апатичного варіанту ВКХ у пацієнтів без волі до життя в очах спрямована на конфронтацію пасивної поведінки. Потрібно терпляче очікувати відповіді на поставлене питання, потрібно тричі подумати, колись щось зробити для пацієнта без його прохання, нехай навіть і для його користі: потрібно подумати, а чи не може він зробити це сам. Іноді корисно звернутися до емоцій такого хворого. Не завадить викликати в нього емоції негативного спектру – більш філогенетично давні, а тому більш стійкі: емоції роздратування і гніву.

6. Неврастенічний. Поведінка по типу «дратівливої слабості». Спахлахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, при несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Нестерпність болючих відчуттів. Нетерплячість. Нездатність чекати полегшення. Надалі – каяття за занепокоєння і нестриманість.

Неврастенічний (вірніше – *астенічний*) тип реагування є найбільш розповсюдженою і неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання.

Психологічна корекція може відбуватися в два етапи: забезпечення безпечного, не хвилюючого оточення і в подальшому зміцнення внутрішніх ресурсів особистості, стимуляція впевненості у своїх силах.

7. Сенситивний. Надмірна заклопотаність можливим несприятливим враженням, яке може справити хворий на оточуючих, у зв'язку із своєю хворобою. Побоювання, що навколишні стануть унікати, вважати неповноцінним, зневажливо відноситися, розпускати плітки про причину і природу хвороби. Острах стати тягарем для близьких через хворобу і недоброчинне відношення з їх боку в зв'язку з цим.

Багатьом лікарям симпатична така категорія хворих. При цьому більшість медиків займає оберігаючу позицію щодо цих хворих. Тим часом, хвороба актуалізує в такого роду особистостей почуття власної неповноцінності й уразливе самолюбство, що при заступницькому підході стимулюється і поглиблюється. Психотерапевтичним фактором при спілкуванні з такими хворими може стати зацікавлена увага до особистості хворого, його слів і вчинків. Усі неясні моменти лікування повинні бути обговорені і всі недомовки і натяки прояснені.

8. Егоцентричний. «Відхід у хворобу», виставляння напоказ близьких і оточення свого страждань і переживань з метою цілком заволодіти їхньою увагою. Вимога виняткової турботи – усі повинні забути і залишити всі свої справи і піклуватися тільки про хворого. Розмови навколишніх швидко переводяться «на себе». В інших людях, що також вимагають уваги і турботи, бачать тільки «конкурентів» і відносяться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе положення, свою винятковість у відношенні хвороби.

Егоцентричний тип реагування іноді позначають істеричним, оскільки основним мотивом поведінки людини стає залучення до власної персони уваги навколишніх. «Втеча в хворобу» нерідко використовується ними для докорів і шантажу навколишніх. Скарги описуються хворими дуже барвисто і супроводжуються манірною жестикуляцією і вираженою мімікою. Емоції пацієнта носять гротескний характер.

Найбільших труднощів викликає корекція істеричної поведінки. При терапії істеричних особистостей важливо установити з ними емоційний контакт, дати їм зрозуміти, що їхні почуття приймаються. Особливо цінна для пацієнта і лікаря здатність останнього бути прозорим для істеричного пацієнта, тобто пропускати, не затримуючи, через себе ворожі й іронічні емоції пацієнта. Разом з тим, лікар має вміти ставити рамки – тобто, професійно інформувати пацієнта про межі своєї компетентності.

9. Анозогностичний. Активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки. Невизнання себе хворим. Заперечення очевидного в проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження і лікування. Бажання «обійтися своїми силами».

Невизнання себе хворим і заперечення наявності в себе симптомів хвороби (анозогнозія) зустрічаються досить часто. Вона можуть відбивати внутрішнє неприйняття статусу хворого, небажання рахуватись з реальним положенням речей. З іншого боку, вона може відображати оману людини з приводу значимості ознак хвороби. У реальності подібний підхід приводить до прекрасних компенсаторних варіантів життя. Сам термін «анозогнозії» вказує в більшому ступені на повне ігнорування небезпечного стимулу. Тому нозологічні одиниці, що підлягають ігноруванню, досить суворі: онкологічні захворювання, інфаркт міокарду, інсульт, алкоголізм.

10. Ергопатичний. «Відхід від хвороби в роботу». Навіть при важкій хворобі і стражданнях намагаються будь-що-будь продовжувати роботу. Трудяться з жорстокістю, із ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі

віддають увесь час, намагаються лікуватися і піддаватися обстеженню так, щоб це залишало можливість продовження роботи.

Деякі пацієнти розцінюють будь-яку недугу через призму виклику своєму «Я». Тому вони намагаються не піддаватися хворобі, активно переборюють себе, переборюють нездужання і болі. Їхня позиція полягає в тому, що немає такого захворювання, якого не можна було б перебороти самотужки. При цьому часто такі пацієнти є принциповими супротивниками лік («Я за своє життя жодного разу анальгетиків не приймав», – з гордістю говорять вони). Даний тип ВКХ у даний час дуже популярний.

11. Паранойальний. Впевненість у тому, що хвороба є результатом чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до лік і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії лік недбалості або злomu намірові лікарів і персоналу. Обвинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим. На відміну від сенситивних, ця група хворих вважається традиційно самою неприємною в сфері медичного сервісу. По життю це фанатики, наклепники, патологічно ревнивий чоловік і жінка. Ці хворі, на відміну, наприклад від трудоголіків або депресивних, шукають провину в навколишніх і якщо не знаходять, те намагаються її приписати. Використовуючи один з механізмів захисту – проєкцію, вони приписують навколишнім вчинки і думки, що неприйнятні їм самим.

Успішність корекційної роботи з такого роду пацієнтами визначається так званим відкритим стилем. Терапевт виступає як людина, що не має задніх думок, завжди готовий відгукнутися, без використання закритих поз.

12. Дисфоричний.

Домінує похмуро-озлоблений настрій, постійно пригнічений вигляд. Заздрість і ненависть до здорових з нахилом звинувачувати у своїй хворобі інших. Потреба особливого розуміння до себе і підозра до процедур і лікування. Деспотичне ставлення до близьких – потреба у всьому догоджати.

І ще коротко зупинимося на випадках свідомого невірною представлення хвороби лікареві: симуляції, агравації і дисимуляції.

Симуляція. Поведінка симуляції не є реакцією на захворювання, тому що воно відсутнє. Симуляція визначається як свідоме пред'явлення симптомів хвороби, якою дана особа не страждає. Симуляція спостерігається в тих випадках, коли хвороба приносить людині яку-небудь вигоду: рятує його від необхідності нести військову службу, дозволяє одержати групу інвалідності і т.п. Поведінка симуляції спостерігається переважно в двох категорій осіб: або в людей з низьким рівнем освіти, не інформованих в області медицини, наївних і соціально незрілих, або, навпаки, в осіб досвід-

чених, спокушених, що мають медичну освіту або працюючих в охороні здоров'я (психологів, педагогів, соціальних працівників), що добре вивчили зображуваний ними вид патології.

Діагностика симуляції повинна бути заснована на протиріччі між даними обстеження і скаргами, що пред'являє хворий. Досить характерно точне відтворення в мові хворого класичних описів, представлених у спеціальних медичних посібниках. Важливо попросити хворого описати наявні відчуття власними словами. Це складне, майже нездійсненне завдання для людини, що нічого не відчуває.

Нарешті, діагностика симуляції буде неповною без спроби визначити справжні цілі пацієнта.

Агравация – перебільшення симптомів, важкості стану, який демонструє хворий. При агравации пацієнти намагаються представити реально існуюче захворювання або хворобливий стан більш важким і небезпечним, чим це є насправді. Агравация може спостерігатися в осіб з істероїдними рисами характеру. Хвороба використовується такими пацієнтами з демонстративно-шантажними цілями: для того, щоб залучити до себе увагу, викликати співчуття, домогтися яких-небудь вигод, маніпулюючи почуттями оточуючих людей. Поведінка агравации характерна для літніх пацієнтів, що, відчувають страх самотності, боячись у будь-який момент виявитися в безпомічному стані, прагнуть залучити до себе увагу лікарів, медичного персоналу, продовжити термін перебування в стаціонарі. Агравация не є цілком несвідомою психологічною реакцією: мета і причини такої поведінки можуть бути усвідомлені хворими.

Дисимуляція. Одна з можливих форм психологічного реагування в ситуації хвороби. Віддаючи собі звіт у тім, що він хворий, пацієнт свідомо ховає симптоми хвороби і прикладає значні зусилля, щоб сховати їх: продовжує виконувати в колишньому обсязі свої професійні, сімейні, соціальні обов'язки. Незважаючи на те, що в міру розвитку захворювання ховати симптоми стає усе складніше, пацієнт завзято продовжує триматися обраної їм лінії поведінки. В лікарській практиці поведінка дисимуляції часто зустрічається в тих випадках, коли хвороба загрожує втратою працездатності, професійного, соціального, матеріального статусу: наприклад, відкрита форма туберкульозу у лектора або викладача; хронічна ниркова недостатність у моряка загранплавання. Часто в таких випадках хворі починають використовувати копінг-стратегію відволікання або відходу в роботу. Реакція дисимуляції зустрічається також в осіб, що страждають «соціально непрестижні» хвороби, що відчувають сором, страх і почуття провини перед навколишніми. Дисимуляція характерна для хворих венеричними за-

хворюваннями і особливо СНІДом. До осіб, що страждають на СНІД, коли оточуючі дійсно відносяться негативно, часто жорстоко, обвинувачуючи їх в аморальності, розбещеності, асоціальному способі життя. Поведінка дисимуляції може спостерігатися при психічних захворюваннях, що зв'язано не тільки зі страхом перед осудом з боку навколишніх, але і із соціальними наслідками хвороби, що накладають обмеження на визначені професії. Реакція дисимуляції зустрічається в онкологічних хворих, що воліють переносити біль і дискомфорт, зв'язаний із хворобою, чим піддаватися хірургічному лікуванню, проходити курси хіміотерапії.

Система відносин, пов'язаних із хворобою, може не укладатися ні в один з описаних типів. Мова може йти про змішані типи, особливо близькі по картині (тривожно-обсесивний, ейфорично-анозогностичний, сензитивно-ергопатичний і т.д.) Іноді система відносин може не скластися в єдиний паттерн, тоді жоден з перерахованих типів не може бути діагностований, і риси багатьох або всіх типів бувають представлені більш менш рівномірно.

Завдання для самостійності роботи.

1. В понятті індивід відображується:
 - а) біологічна сутність людини;
 - б) унікальність сполучення якостей людини;
 - в) родова належність людини;
 - г) соціальна спрямованість людини;
 - д) вірні відповіді а) та в)

2. До первинних властивостей індивіду відносяться:
 - а) статеві;
 - б) вікові;
 - в) конституційні характеристики;
 - г) нейродинамічні властивості;
 - д) всі відповіді вірні.

3. Під індивідуальністю в сучасній психології розуміється:
 - а) біологічна сутність людини;
 - б) неповторність сполучення різних властивостей і якостей людини;
 - в) динамічна характеристика людини;
 - г) певний обмін речовин;
 - д) визначений набір якостей людини.

4. Важливими у визначенні поняття особистості вважаються такі положення, крім:

- а) особистість виявляється в процесі предметної діяльності і спілкування;
- б) особистість описує історію життя людини;
- в) особистість описує дійсний стан людини;
- г) особистість формується в процесі предметної діяльності і спілкування;
- д) особистість людини змінюється у процесі її розвитку.

5. За особливостями перебігу нервових процесів меланхолік:

- а) сильний неврівноважений, рухливий;
- б) сильний, врівноважений, інертний;
- в) слабкий, неврівноважений, рухливий;
- г) сильний, врівноважений, рухливий;
- д) сильний, неврівноважений, інертний.

6. Анозогнозія – це:

- а) свідоме приховування симптомів хвороби;
- б) несвідомо реакція: не усвідомлення хвороби;
- в) свідоме зменшення симптомів захворювання;
- г) «занурення в хворобу».
- д) свідоме перебільшення симптомів хвороби

7. Іпохондрія – це:

- а) хворобливо перебільшений неспокій за своє здоров'я;
- б) страх перед соціальними наслідками хвороби;
- в) небажання видужувати;
- г) отримання вигоди із захворювання.
- д) ігнорування своєї хвороби

8. Тип психічного реагування на хворобу, при якому відбувається т.зв. «втеча в роботу» відноситься до:

- а) іпохондричного типу
- б) егоцентричного типу
- в) ергопатичного типу
- г) істеричного типу
- д) істероїдного типу

9. Дисморфоманія відноситься до психічних переживань, специфічних для осіб:

- а) зрілого віку
- б) похилого віку
- в) дітей
- г) підлітків
- д) всі відповіді вірні

10. Для демонстративного типу акцентуації характеру найбільш типові такі варіанти відношення до хвороби:

- а) індіферентність, іпохондрія
- б) нозофілія,
- в) маніпуляція, драгівливість
- г) іпохондрія, тривога
- д) заперечення, депресія

Еталони відповідей до завдань

Завдання 1. д	Завдання 6. б
Завдання 2. д	Завдання 7. а
Завдання 3. б	Завдання 8. в
Завдання 4. в	Завдання 9. г
Завдання 5. в	Завдання 10. в

Задачі.

Визначить тип ставлення до захворювання:

1. Хворий Г., 19 років, має незначний шкірний дефект в ділянці носа – внаслідок перенесеного в дитинстві абсцесу. Хворий має відчуття власної неповноцінності, не може зосередитись на навчанні. Хірурги відмовляються робити пластичну операцію, тому що дефект є зовсім незначний.

2. Хворий з паралічем лівої кінцівки заспокоює себе поясненнями, вважає, що лівий бік завжди слабший і менш вправніший. Він навіть вважає, що «раніше був хворий, а тепер усе гаразд». Свою точку зору він нав'язує родичам.

3. Хвора Н., вік 10 років. Діагноз: Бронхіальна астма. На жодний крок не відпускає свою маму. Боїться, що як тільки вона залишиться насамоті, то в неї виникне напад. Не може спати у зв'язку із страхом виникнення нападів вночі. Постійно думає про своє захворювання. Мати була змушена звільнитися з роботи. Постійний страх дівчинки перед нападами заважає їй

у навчанні та спілкуванні з друзями. Дівчинка не може ходити до школи, не запрошує в гості друзів (боїться підхопити простуду, яка спровокує напад).

4. Лікар, який хворіє на епілепсію, відмовляється приймати протиепілептичні препарати і взагалі не вважає себе хворим.

5. Хвора М., вік 26 років. За фахом лікар. Потрапила в лікарню з нападом апендициту. Після успішного оперативного втручання хвора почала вимагати призначення великих доз антибактеріальних препаратів, хоча об'єктивних показів для цього не було. Хвора вирішила, що в неї сепсис, виникли звинувачення на адресу лікарів. Неприємні відчуття в організмі, які були пов'язані з періодом відновлення в післяопераційному періоді, хвора сприймала як ознаки інфекційного процесу.

Контрольні питання.

1. Розкриття сутності понять індивід та індивідуальність.
2. Визначення поняття особистості.
3. Основні структурні компоненти особистості.
4. Визначення поняття „темперамент”. Теорії механізмів темпераменту людини.
5. Розкриття сутності поняття функціональної конституції. Теорії Кречмера та Шелдона.
6. Визначення характеру, та акцентуацій характеру. Типологія акцентуацій, класифікація акцентуацій характеру по К. Леонгарду, М.С. Личко.
7. Фактори, які впливають на формування акцентуації характеру.
8. Особистість, її складові.
9. Розкриття сутності поняття „внутрішня картина хвороби.”
10. Характеристика рівнів сприйняття хворим свого захворювання.
11. Фактори, які впливають на формування ВКХ.
12. Характеристика преморбідних та особистісних факторів.
13. Характеристика природи самого захворювання, його етапу, можливих наслідків.
8. Типи реакції на захворювання (класифікації Р. Конечного, М. Боухала та Л.С.Личко, Н.Я. Іванова) та їх корекція.
9. Симуляція, дисимуляція, агравація.

Література.

1. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.

2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.: «Здоров'я». – 1994. – С. 76-89.

3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд. - М.: „МЕДпресс-информ”, 2002. – С.3-61.

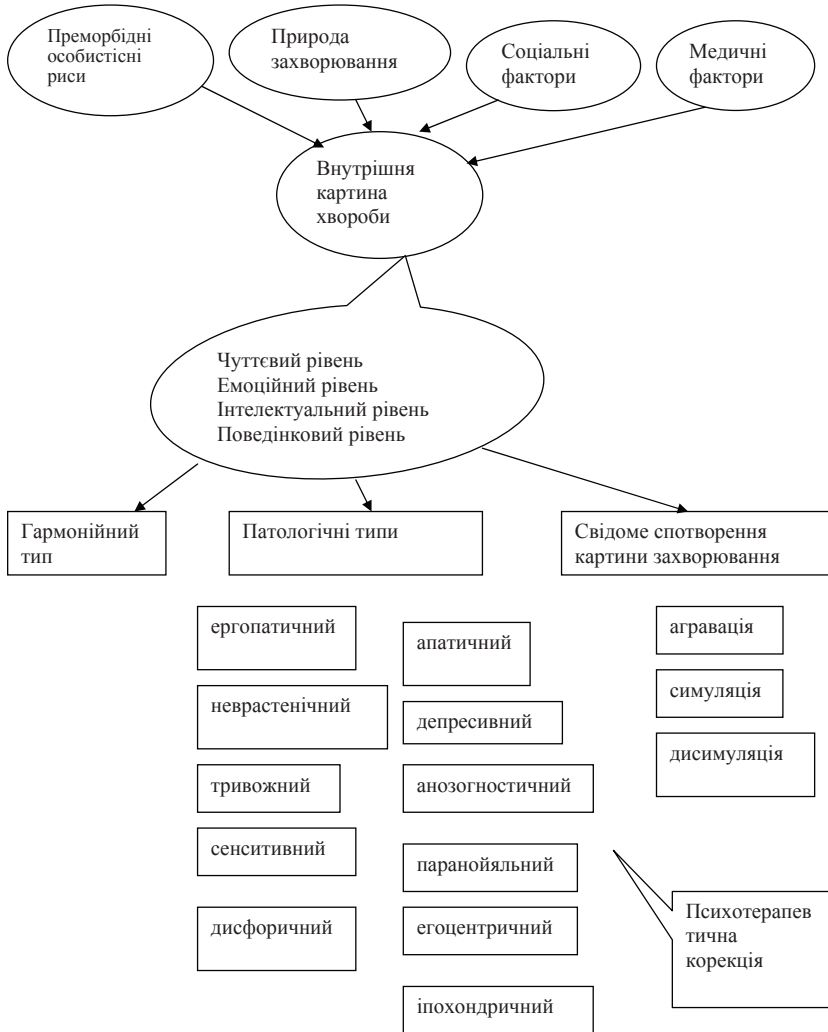
4. Клиническая психология: учебник /Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – С. 116-169.

5. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Колчев А.И., Лытаев С.А. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – С. 85-102.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми «Психологія особистості. Внутрішня картина хвороби.»



РОЗДІЛ 4

Психологія медичних працівників.

Актуальність теми:

З точки зору соціальної цінності, здоров'я – найважливіший фактор розвитку виробництва і підвищення продуктивності праці, умова економічного прогресу. Здоров'я – це суспільне багатство, суспільне надбання. От чому для медицини істотними є питання про те, хто є лікар, якими повинні бути його поведінка і ставлення до хворих, їх родичів, взаємини лікарів між собою, тобто ланцюг взаємозалежних і взаємообумовлюючих понять, що визначають професію лікаря.

Успіх лікування хворого, догляд за ним в більшості випадків визначається змістом та формою ділових взаємин медичних працівників між собою. Зрозуміло, що більш легко, а відповідно, і більш ефективно працювати, коли колектив дружній, із здоровим психологічним кліматом, коли існує загальне прагнення виконувати свій обов'язок з максимальною віддачею сил, знань, досвіду.

До того ж, успіх лікування в значній мірі залежить від взаємовідносин лікаря та пацієнта. Ці інтерперсональні взаємини досить складні та розвиваються лише тоді більш успішно, коли більш лікувальні питання вирішуються швидко та оперативно.

Мета заняття – знати основні питання медичної етики та деонтології, вимоги до особистості лікаря, причини та види лікарських помилок.

Зміст заняття:

1. Основні вимоги до особистості медичного працівника.
2. Визначення поняття „лікарський обов'язок” та „лікарська таємниця”.
3. Причини та види лікарських помилок.
4. Ознаки „синдрому вигорання” та шляхи його попередження.

Інформаційний матеріал

Лікарська етика – це філософська дисципліна, що вивчає мораль, моральність. Лікарська етика – розділ етики, що висвітлює роль моральності

та моралі в діяльності медичних працівників, гуманне ставлення до хворого. Професійна медична етика впливає на розвиток особистості лікаря в цілому.

Медична деонтологія – це сукупність етичних норм виконання медичними працівниками своїх професійних обов’язків. Тобто деонтологія передбачає переважно норми взаємовідносин з хворим. Медична етика передбачає більш широке коло проблем – взаємовідносини з хворим, мед-працівниками між собою, з родичами хворого, іншими людьми. Ці два напрямки діалектично пов’язані між собою.

Термін “деонтологія” ввів на початку минулого століття англійський філософ І. Бентам (1748-1832), як позначення науки про професійну поведінку.

Історія розвитку медицини показує, що початки деонтології в медицині йдуть у глибоку давнину. Мислитель і лікар давнини Гіппократ (близько 460-370 р. до н.е.) уперше визначив морально-етичні й моральні норми професії лікаря у своїй знаменитій "Клятві". Весь текст клятви Гіппократа пронизаний гуманізмом, тому що він вважав людину вінцем природи. Саме Гіппократ сформулював цілісне уявлення про лікаря, єдиною задачею якою повинно бути служіння стражденному.

Сучасний рівень розвитку теоретичної і клінічної медицини дозволяє нам визначити медичну деонтологію, як знання основних принципів поведінки медичного персоналу (від академіка до санітарки), спрямованих на попередження хвороби, а при виникненні такої – на найшвидше видужання і відновлення працездатності. Відповідно до вимог медичної психології кожен лікар повинен знати основні закономірності пізнавальної діяльності, які психічні процеси лежать в основі його лікувальної діяльності та які умови визначають надійність і ефективність цієї діяльності.

ДЕОНТОЛОГІЯ ВЗАЄМОВІДНОСИН МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Важливою проблемою є нейтралізація деяких негативних сторін диференціації медицини на спеціальності. Лікар, зрозуміло, не може мати рівні знання усіх розділів медицини, тому необхідні своєчасні консультації з лікарями інших спеціальностей. Якщо виявляються помилки лікарів, які раніше спостерігали хворого, то в присутності хворого обговорювати ці помилки абсолютно неприпустимо. Їх треба виправляти конструктивно, з великим тактом і, звичайно, не біля ліжка хворого.

Розмови між лікарями повинні завжди базуватися на взаємоповазі і взаємодопомозі. Недопустимі критичні зауваження консультанта в адресу лікуючого лікаря в присутності хворого або проведення консультації за

відсутності лікуючого лікаря. Не можна говорити хворому, що його раніше лікували неправильно; – цим можна підірвати віру в медицину взагалі. Більш деонтологічною є консультація не хворого, а лікаря.

Стосунки між лікарями, сестрами, молодшими медпрацівниками повинні бути бездоганними і базуватися на абсолютній взаємній довірі. Недозволено до сестер звертатися на «ти» і робити їм зауваження в присутності хворого. В очах хворих це знижує авторитет лікувального закладу. Неприязність і зарозумілість керівника, низькопоклонництво і доглядливість підлеглих виключають можливість виправлення помилок і прогресу в роботі.

ДЕОНТОЛОГІЯ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ

Основною відмінністю роботи хірурга від усіх інших спеціальностей є необхідність застосування оперативного втручання, яке, навіть бездоганно виконане, завдає хворому фізичну і психічну травму. Неминучий елемент ризику, пов'язаний з операцією, робить працю хірурга напруженою. Хірург повинен брати до уваги темперамент і настрої хворого, тип вищої нервової діяльності, щоб визначити адекватну тактику премедикації, оперативного втручання і ведення хворого в післяопераційному періоді.

Існують загальні правила належної поведінки хірурга (М.І.Пирогов):

1. Впевненість в розпізнанні хвороби і хворого.
2. Вчасно розпочати операцію, справляючи сприятливий моральний вплив на пацієнта, подати йому надію, усунути його страх і сумніви.
3. Не тільки зробити операцію майстерно, але і зуміти попередити ускладнення.
4. Провести наступне післяопераційне лікування із відповідним доглядом, що інколи важливіше за проведену операцію.

Обов'язком хірурга є задовго до операції почати підготовку хворого до правильної поведінки в операційній. Необхідно перебороти у хворого два почуття: страху і болю. Прояви страху іноді приховані глибоко під різними масками – байдужості, бравади, та ін. Крім застосування медикаментозних засобів, суттєвим терапевтичним засобом є тепле людське слово: по ефективності бесіда може перевищити сильні седативні препарати.

Така ж пильна увага повинна бути приділена і зніманню болю в малій хірургії. Порушенням норм деонтології є відмова від знеболювання при амбулаторних операціях і обстеженнях болючих вогнищ. Погано, коли крик хворого подавляється криком хірурга. Небезпека операції не повинна перевищувати небезпеки самого захворювання. У важких ситуаціях, коли єдиним засобом врятування є операція, залишається непохитний

деонтологічний принцип: хірург вирішує питання в інтересах хворого, відсуваючи на останній план другорядні міркування і турботи про власну репутацію.

Лікар – «оптиміст» зображує хворому будь-яку операцію як дріб'язкову, а «песиміст», навпаки, підкреслює небезпеку операції. Необхідно керуватися наступним: чим важчим і небезпечнішим є захворювання, тим більше відхилення від істини допустиме і навіть обов'язкове для лікаря, який ознайомлює хворого; чим легше захворювання і кращий прогноз, тим менше підстав приховувати істину.

Багато гінекологічних операцій пов'язані з наступним порушенням менструальної і дітородної функцій. Тому необхідно дуже серйозно вирішувати питання про показання до операції і методи оперативного втручання, враховуючи не тільки найближчі результати, але і віддалені наслідки. Якщо для користі хворої операцію треба робити провідному хірургові, він повинен запросити асистентом вибраного хворою лікаря. Повідомлення про радикальне видалення матки чи придатків треба зробити перед випискою зі стаціонару. У випадку неможливості народжування дітей внаслідок природжених чи набутих змін статевої сфери, про це необхідно повідомити хворій. З позиції медичної деонтології проведення малих гінекологічних операцій без знеболювання недопустимо.

Найважливішим законом акушерського і гінекологічного відділення є таке виховання персоналу, коли інформацію про проведене лікування і прогнози дають тільки лікуючий лікар або завідуючий відділенням. У дуже важкому становищі опиняється лікуючий лікар чи завідуючий відділенням, коли про характер проведеної операції запитує чоловік хворої. Треба дотримуватися правила: не повідомляти чоловікові конкретного об'єму проведеної операції. Краще, коли сама хвора розповість чоловіку, яка саме операція їй зроблена, вибравши для цього найбільш зручний для неї варіант.

Хвора дитина потребує особливого підходу лікаря. Тут провідну роль відіграє емоційний вплив. Педіатр із суто медичним досвідом і знанням повинен поєднувати і педагогічні знання, і знання з дитячої психології. Педіатр повинен уміти налагоджувати добрий контакт з дітьми. При обстеженні, лікуванні і, особливо, при підготовці до операції, лікар повинен прагнути не обманювати дітей, не спокушати їх невиконуваними обіцянками.

Необхідно, щоб кожен член колективу формував свою поведінку з малим пацієнтом за типом відносин між матір'ю і дитиною. Дитині допомагає стати на ноги сердечне тепло людей у білих халатах. Лікар не повинен жаліти часу на роз'яснення родичам про стан здоров'я дитини і про можливість прогнозу.

При розмові слід обходити як елементи зайвого оптимізму, так і залякування. Особливої уваги потребують сім'ї, де дитина одна, де дітей вже більше не буде.

Серед населення розповсюджена думка, що злоякісні пухлини невиліковні. Тому саме направлення в онкологічне відділення трагічно сприймається хворим і його близькими. Медична деонтологія зобов'язує лікаря-онколога з перших хвилин спілкування з хворим раком примусити його повірити в надійність лікування. Необхідно, щоб лікар та інші медпрацівники у бесіді з хворим не вживали слово «рак», і щоб хворий не прочитав це слово в жодному з документів, виданих йому на руки. Слово «рак» краще замінити словами «органічне захворювання» або іншими, які не будуть насторожувати і непокоїти хворого. Хворі з початковими формами раку, поступаючи у стаціонар для радикального лікування, не повинні зустрічатися з хворими із такою ж локалізацією пухлин, з повторно поступаючими із метастазами, рецидивами тощо.

Хворих, які потребують систематичного лікування, слід госпіталізувати до лікарень загального профілю і лікувати так, як лікують усіх хворих у такому стані. Протилежним до медичної деонтології є віднесення хворих із генералізованими формами раку до «некурабельних» – тих, що не піддаються лікуванню. Приймання променевої та хіміотерапевтичних засобів дозволяє одержати деяку регресію процесу, добитися поліпшення загального стану, ремісії. Хворі іноді повертаються до праці. У цьому поліпшенні велика особиста заслуга лікаря, його деонтологічного виховання і спрямування. Невиліковність не означає некурабельності, і надання допомоги хворим на рак у найтяжчих стадіях захворювання є одним із головних деонтологічних принципів.

Протиріччям до деонтологічних правил є спроби прогнозувати термін життя онкологічних хворих. Лікарі зобов'язані передбачати усі можливі варіанти продовження життя, але не передбачати день настання смерті. Такі «передбачення» не правдиві за суттю. Сказане вище цілком стосується і випадків не завжди виправданого застосування складних діагностичних і лікувальних маніпуляцій, пов'язаних із ризиком для хворого і високою мірою відповідальності для лікаря (електрошок, ангіографії, ендоскопічні методи спостереження, біопсія печінки, нирок і т.ін.).

ДЕОНТОЛОГІЯ І МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

В усіх випадках поінформованість хворого про тяжке захворювання загострює його симптоми, знижує ефективність радикального і паліативного лікування. Віддаючи до рук хворих документи, непотрібно вживати на-

зву тяжкої хвороби. Суперечить деонтології практика видачі хворим результатів аналізів на бланках, в яких друкарським способом вказані нормальні показники обстеження і поруч записані показники обстеження самого хворого. Різниця показників завжди травмує хворого, який у кожній розбіжності бачить загрозу для здоров'я і підтвердження виниклої у нього підозри про тяжке захворювання.

Рентгенологічний діагноз повинен завдавати найменше шкоди психіці хворого. Ті лікарі-рентгенологи, які видають хворим на руки рентгенологічні описання обстежуваного органа, не рахуються із правилами деонтології. Описання будови і функцій навіть здорового органа інколи має вигляд злоякісного для хворого.

Поняття лікарського обов'язку представляє найважливішу частину лікарської етики. Лікарська деонтологія також входить у лікарську етику. Найважливіші етичні категорії: обов'язок, совість, честь, гідність, мораль, такт, право.

Лікарський обов'язок – це комплекс історично сформованих норм і вимог, що регулюють стосунки лікаря і хворого, лікарів між собою, лікаря і суспільства. Лікарський обов'язок служить проявом головного принципу лікарської моралі – гуманізму. Лікар нікому не повинен відмовляти в медичній допомозі, ніколи і ні під яким приводом не повинен брати участь у діях, які спрямовані проти фізичного і психічного здоров'я людей чи загрожують їх життю. Лікар зобов'язаний допомагати усім хворим, незалежно від статі, національної і расової належності, політичних і релігійних переконань.

Найважливішою вимогою лікарського обов'язку є необхідність збереження **лікарської таємниці**. У статтях 16 і 17 Основ законодавства України про охорону здоров'я сформульовані обов'язок і відповідальність медичних працівників за збереження в таємниці "відомостей про хворобу, а також про інтимну і сімейну сторони життя хворого, що стали їм відомими в силу виконання професійних обов'язків". Але якщо те, про що довідався лікар, загрожують життю чи здоров'ю інших людей, торкається інтересів держави, то лікар повинен вжити необхідних заходів, щоб хворий не став джерелом поширення небезпечного захворювання, не завдаючи пацієнтові шкоди.

Почуття професійної гідності й честі особливо чітко виражаються в лікарській етиці. З давніх часів суспільна й особиста гідність лікаря і дотримання ним честі своєї гуманної професії цінувалося високо. Гідність і честь пов'язані не тільки зі сферою моралі, але і з дотриманням звичайного такту, а також правил етикету. Такт обумовлений, насамперед, внутрішньою культурою людини, рівнем її моральності, свідомості, чуйним став-

ленням до оточуючих її людей. Лікарська етика, тактовність обов'язкові в лікарській діяльності: як зустріти хворого, як привернути його до себе, завоювати довіру, як розмовляти з родичами. Слово лікаря, його зовнішній вигляд, манери поведінки – все має значення.

Лікар повинен дотримуватися таємниці до тих пір, доки вона не може призвести до великих збитків для громадськості. Під лікарською таємницею розуміють не підлягаючі розповсюдженню відомості про хворобу, інтимне життя хворого, одержані від нього або виявлені протягом його обстеження або лікування, при виконанні медпрацівниками своїх обов'язків. Не підлягають розповсюдженню не тільки дані про хворобу, але й дані про функціональні особливості організму, фізичні недоліки, шкідливі звички, особливості психіки, нарешті про матеріальне становище, коло знайомств, інтересів, захоплень тощо. Метою охорони лікарської таємниці є запобігати випадкам можливого нанесення хворому та іншим особам морального, матеріального і медичного збитку.

Не можна також згадувати прізвище хворого в наукових працях і в доповідях, а також показувати фотографії хворого, не ховаючи його обличчя.

Разом з тим, лікар повинен попереджати санітарно-епідеміологічну службу про випадки інфекційних захворювань і отруєнь, слідчі органи – про вбивство і тяжкі ушкодження, одного з подружньої пари – про захворювання іншого. Лікар повинен також повідомити керівників підприємств про захворювання людей, яким протипоказана робота на даному підприємстві, наприклад, про епілепсію при водінні машини, праці на харчовому підприємстві або у дитячому закладі і т.ін.

Високогуманні принципи лікарської діяльності нерідко з нестримною силою залучали до медицини людей, що мали раніше зовсім інші поривання і плани. Так, відомий терапевт Сергій Петрович Боткін у молодості мріяв про математичний факультет, але присвятив себе цілком медицині. Творець хірургічної ендокринології радянський учений професор Володимир Андрійович Оппель після довгих коливань пожертвував заради медицини музичною кар'єрою. Прекрасним художником був професор-окуліст В.П. Філатов, який потім став всесвітньою популярністю, і таких прикладів багато.

Історія медицини знає багато імен самовідданих діячів науки, які заради блага людей жертвували своїм здоров'ям і навіть життям. Ще в 1802 р. англійський лікар А. Уайт, намагаючись з'ясувати шляхи передачі чуми, прищепив собі гній із залози жінки, хворої бубонною формою цієї хвороби, і загинув. У 70-х роках XIX століття з тією ж метою одеський лікар О.О. Мочутковський кілька разів вводив собі кров хворих висипним ти-

фом. Вже в наш час (1926) директор першого у світі Інституту переливання крові А. А. Богданов на собі зробив дослід обмінного переливання крові, у результаті якого загинув. Цей короткий нарис відбиває притягальну силу і високий гуманізм лікарської професії. Лікарська професія вимагає не тільки професійної грамотності, але і належного виховання відповідно до вимог усієї системи охорони здоров'я.

Отже, лікар повинен мати **обов'язкові якості**:

- Усвідомлення обов'язку і відповідальності.
- Сумлінне ставлення до своїх службових обов'язків.
- Доброзичливе, уважне ставлення до хворого зі співчуттям до нього.
- Привітність, витримка і самовладання.
- Терпіння і наполегливість у досягненні результатів лікування.
- Сполучення обачності й рішучості в прийнятих рішеннях по обстеженню і лікуванню хворого.
 - У спілкуванні з хворим лікар повинен посідати належне місце, тобто бути лідером протягом усього періоду лікування.
 - Вміння керувати своєю поведінкою в інтересах хворого.
 - Навіть при втомі, пригнобленому настрої, роздратованому стані лікар зобов'язаний бути бадьорим, привітним із хворим, родичами, персоналом.
 - Привітність і теплота в спілкуванні з хворим прихиляють його до більш відвертого діалогу, тобто сприяють гарному контакту.

Цей далеко не повний комплекс рис особистості лікаря і ступінь їхнього прояву формуються в процесі навчання у вузі, шляхом самовиховання студента, а також у міру накопичення досвіду практичної роботи. Лікар повинен мати велику працездатність, уміння розподілити по значущості свої службові функції, а студент повинен розвинути в собі організаторські здібності.

До особистості лікаря пред'являються **вимоги** і загального порядку:

- Загальна висока культура.
- Культура лікарської діяльності.
- Організованість у роботі.
- Акуратність і охайність (як зовнішні атрибути).
- Порядність і безкомпромісність (як внутрішні атрибути).

Лікарські помилки. На жаль, не всі випадки захворювання закінчуються видужанням. Усі дії лікарів, пов'язані з несприятливими наслідками для хворого, прийнято поділяти на три групи:

- лікарські помилки;
- нещасні випадки;
- кримінально карані недогляди і професійні злочини.

Лікарські помилки – одна з частих причин несприятливого результату. Дійсно, помилки можливі в діяльності будь-якого фахівця, однак на помилки медика, пов'язані зі здоров'ям і життям людини, суспільство реагує набагато гостріше. На думку Н. Давидовського (1941), основними критеріями лікарської помилки є хибні думки, що витікають з певних об'єктивних умов, засновані або на недосконалому сучасному стану медичної науки та її методів дослідження, або на особливому перебігу захворювання в конкретного хворого, через брак знань і досвіду лікаря без елементів неохайності, недбалості, професійного неуцтва. Існують кілька класифікацій лікарських помилок.

Лікарські помилки за причинами виникнення:

- діагностичні лікарські помилки – нерозпізнані чи помилково розпізнані хвороби;
- тактичні лікарські помилки – неправильно визначені показання до операції, помилковий вибір часу її проведення, обсяг і т. ін.;
- технічні лікарські помилки – неправильно використана медична техніка, діагностичні засоби і т. ін.

Необхідно доповнити цю класифікацію деонтологічними помилками, що можуть служити причиною не тільки конфліктів між лікарем, хворим і його родичами, але і побічно діагностичних помилок, тактичних і технічних.

Причини лікарських помилок можуть носити відповідно об'єктивний і суб'єктивний характер.

- Об'єктивно утруднення в діагностиці ряду захворювань виникають через прихований, атипичний перебіг хвороби, що нерідко може поєднуватися з іншими видами недуги чи стимулювати інші захворювання. Симптоматика важких захворювань і травм живота часто затушовується картиною алкогольного сп'яніння, через що захворювання своєчасно не розпізнається, симптоматика його помилково пов'язується зі станом важкого сп'яніння й час для надання ефективної медичної допомоги прогаєний.

- Неправильна поведінка медичного працівника може мати несприятливий вплив на психіку хворого, внаслідок чого в нього виявляється ряд нових хворобливих відчуттів і проявів, які можуть переходити навіть у самостійні форми захворювань. Часто це залежить не стільки від недосвідченості чи незнання лікаря, скільки від його неухважності, безтактності й навіть відсутності достатньої загальної культури.

Нещасні випадки в медичній практиці. Іноді несприятливий результат від того чи іншого лікарського втручання відбувається випадково, і лікар не в змозі запобігти нещастю. Такі випадки одержали назву нещасних випадків у медичній практиці. Під нещасним випадком у медичній практиці слід розуміти несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний з випадковими обставинами, які лікар не може передбачити і запобігти, хоча діє правильно і вчасно, у повній відповідності з прийнятими в медицині методами лікування.

Медична діяльність завжди пов'язана з певним ризиком для здоров'я і життя хворого, ступінь же професійного ризику може бути різним. Один – для пацієнта, який потрапив на планову операцію вчасно, інший – при наданні екстреної допомоги хворому в критичному стані. Слід мати на увазі, що певний ризик є і при лікуванні досить нескладних поширених захворювань, наприклад, апендициту. Зворотна тенденція, пов'язана з небажанням виправдано ризикувати, мужньо боротися за життя і здоров'я хворих, приводить до нерішучості, байдужості та є ознакою професійної непридатності. Боязкий лікар може завжди знайти привід уникнути негайної активної боротьби за життя хворого, мотивуючи власну бездіяльність доцільністю додаткових аналізів, консультацій з іншими фахівцями і т. ін.

Особливо сильно ризикувати приходиться лікарю у випадку так званої "терапії розпачу", коли шанси на успіх малі, а "зволікання смерті подібно", хоча при несприятливому результаті це може викликати скарги рідних і навіть спроби порушити кримінальну справу. Однак при таких обставинах життя і здоров'я хворого повинні стати вище, ніж погроза покарання за обґрунтовану спробу порятунку життя.

Професійні злочини. В основі професійних злочинів медпрацівників лежить недобросовісність. До таких порушень прийнято відносити:

- ненадання допомоги хворому;
- незаконне учинення абортів;
- незаконне лікування;
- неохайне, недбале ставлення до своїх обов'язків;
- порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил;
- складання і видача підроблених медичних документів;
- недопустимі експерименти на людях;
- вимагання й одержання хабара;
- порушення правил виробництва, збереження, відпуску, обліку і перевозу, пересилання сильнодіючих і наркотичних речовин.

З вищезазначеного видно, що в основі професійних злочинів лежить саме недобросовісність, часто пов'язана з низьким моральним рівнем фахівця, і саме вона служить критерієм покарання. В основі професійних злочинів лежить діяльність, яка йде врозріз із прийнятими в медицині правилами. Правильність чи неправильність лікарських дій установлюється відомчими комісіями і судово-медичною експертизою.

Таким чином, відмінною рисою лікарських помилок від професійних злочинів є сумлінне прагнення лікаря допомогти хворому, хоча по суті його дії можуть бути і помилковими. Багаторічна експертна практика показує, що переважна більшість "лікарських справ" у процесі попереднього судового розгляду припиняється за відсутністю складу злочину. Це говорить про те, що більшість несприятливих результатів не пов'язані з діями чи бездіяльністю медичних працівників або пов'язані побічно, і є лікарськими помилками, і тому не караються карним законодавством. Однотипний характер деяких помилок часто не доводиться до відомості широкої медичної громадськості, хоча навіть мінімальна інформація могла б попередити їх повторення в майбутньому.

Професійні деформації. Професійна деформація відноситься до випадків недостатньої компетентності, низького рівня знань і навичок в області професійної діяльності лікаря. З етичних позицій інтерес представляє розширення меж компетентності, коли в професійно проведений аналіз включаються поряд із традиційними клінічними феноменами, психопатологічними симптомами і синдромами неправильно трактовані психологічні прояви. І навпаки, коли в опис характерологічних особливостей особистості з позиції "навішаних ярликів" додаються поняття психіатрії. Досить часто подібні явища мають місце в середовищі лікарів інших спеціальностей при спілкуванні з людьми, що мають різні акцентуації особистості. При цьому, як правило, відбувається відповідна гіпердіагностика з доданням звичайним психологічним феноменам характеру явної патології. Це добре ілюструється прикладом, коли смуток і сум називають субдепресією, гнів - дисфорією, захопленість - гіпопаранойальністю, ворожість - гіпопараноїдністю і т. ін.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – являє собою стан емоційного, психічного, фізичного виснаження, який розвивається в результаті хронічного невіршеного стресу на робочому місці. Розвиток даного синдрому характерний для альтруїстичних професій, при яких домінує турбота про людей (соціальні працівники, лікарі, психологи, вчителі та ін.).

Основні симптоми СЕВ:

- погіршення відносин з колегами та родичами;
- наростаюче негативне відношення до пацієнтів (колег);
- зловживання алкоголем, нікотином та кофеїном;
- втрата почуття гумору, постійне відчуття невдачі та провини;
- підвищена роздратованість;
- постійне бажання змінити місце роботи;
- порушення сну;
- підвищена сприйнятливність до інфекційних захворювань;
- підвищена втомлюваність.

Профілактика та усунення СЕВ:

- не боятися допустити помилку в роботі;
- не приймати на свій рахунок образливу поведінку пацієнта;
- уникати надмірних емоцій;
- бути стриманим у словах та почуттях;
- притримуватись скромності у зовнішності;
- прагнути бути корисним;
- демонструвати зацікавленість до пацієнта;
- сприймати пацієнта таким, яким він є;
- бути гарним слухачем;
- демонструвати повагу до пацієнта;
- уникати суперечок з пацієнтом;
- допомагати пацієнту відчувати власну значимість та ін.

Завдання для самостійності роботи.

1. Вчення про належну поведінку медичного працівника в процесі виконання ними професійних обов'язків – це:

- а) профілактика;
- б) деонтологія;
- в) правила хорошого тону;
- г) інструкція головного лікаря лікарні;
- д) ні одне із перерахованих вище.

2. Термін „деонтологія” ввів:

- а) Гіппократ;
- б) Фрейд;
- в) Якобі;

- г) Бентам;
- д) Уїтмер.

3. Хвороба– це:

- а) порушення самопочуття;
- б) обмеження життєдіяльності організму;
- в) відхилення від норми будь-якої функції організму;
- г) ні одне з перерахованих вище;
- д) все разом.

4. Діагностичні лікарські помилки – це:

- а) нерозпізнані чи помилково розпізнані хвороби;
- б) неправильно визначені показання до операції;
- в) неправильно використана медична техніка;
- г) неправильно використані діагностичні засоби;
- д) все разом.

5. До основних симптомів синдрому емоційного вигорання відноситься все, крім:

- а) порушення сну;
- б) стан душевного благополуччя;
- в) підвищена роздратованість;
- г) зловживання алкоголем, ніотином та кофеїном;
- д) підвищена сприйнятливність до інфекційних захворювань.

Еталони відповідей до завдань

- Завдання 1. б
- Завдання 2. д
- Завдання 3. д
- Завдання 4. а
- Завдання 5. б

Контрольні питання.

1. Визначення понять медична етика та деонтологія.
2. Важливі професійні якості лікаря.
3. Основні вимоги до особистості медичних працівників.
4. Визначення понять „лікарський обов’язок та лікарська таємниця”.
5. Лікарські помилки: причини та види.
6. „Синдром емоційного вигорання”, його ознаки та шляхи попередження.

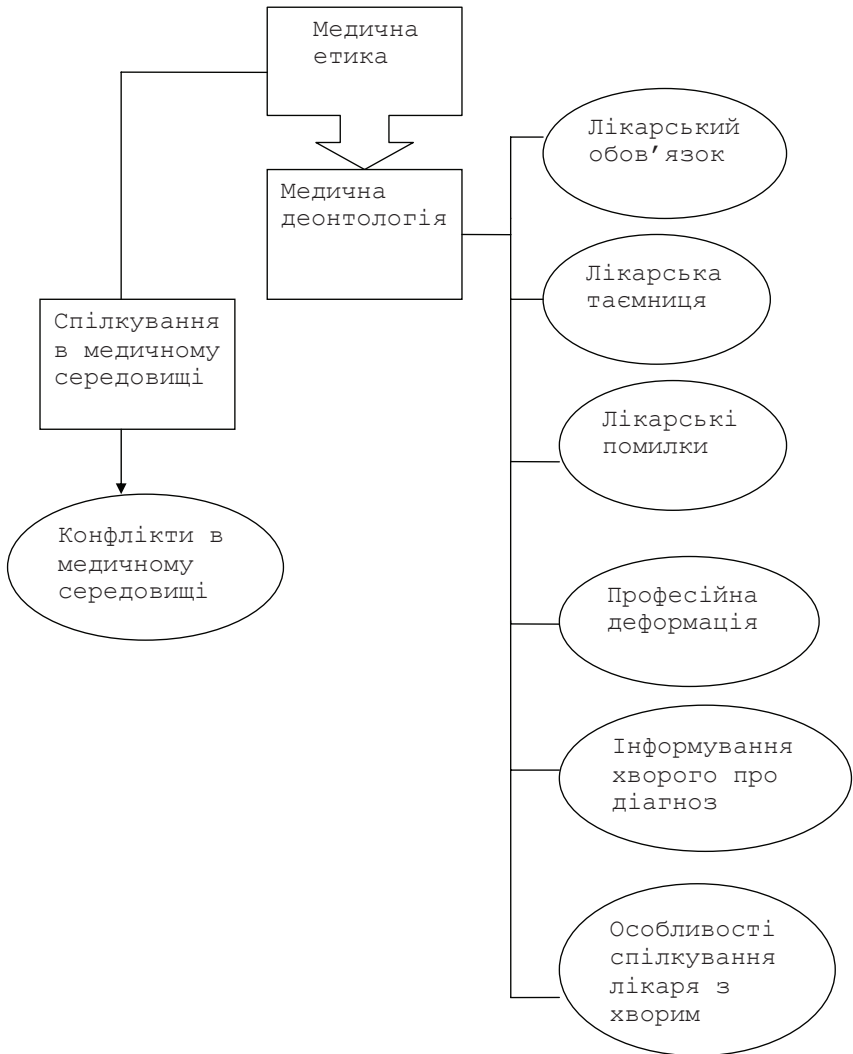
Література.

1. Абрамова Г.С., Юдичиц Ю.А. Психология в медицине: Учебное пособие. – М.: ЛПА „Кафедра – М”, 1998.
2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.: «Здоров'я». – 1994. – С.76-89.
3. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов /Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.
4. Клиническая психология: учебник /Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – С. 116-169.
5. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. – Будапешт, 1988.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми: „Психологія медичних працівників”.



РОЗДІЛ 5

Психологія лікувально-діагностичного процесу. Спілкування в медичному середовищі.

Актуальність теми:

Здатність знаходити специфічні закономірності у складному патологічному процесі – це одна із форм пізнавальної діяльності людини, до якої можна застосувати усі загальні закони пізнання. Правильне діагностування є найбільшою цінністю у роботі лікаря, а також активним пізнавальним, цілеспрямованим, творчим процесом. Саме ця форма інтелектуальної роботи лікаря називається клінічним мисленням, а розвинуте клінічне мислення досвідченого спеціаліста є одним із найважливіших компонентів «майстерності лікаря».

Необхідність виявити та проаналізувати всілякі різноманітні відомості, вибрати із них суттєві для побудови логічно обгрунтованої діагностичної схеми, при цьому враховуючи й індивідуальні особливості хворого, історію та умови життя, в найкоротший строк виробити на цій основі план лікарської тактики – уся ця складна інтелектуальна робота є творчим підґрунтям лікарської діяльності.

Діагноз – це лікарське заключення щодо сутності хвороби і стану хворого, яке відображається у загальноприйнятій медичній термінології та ґрунтується на різнобічному систематичному вивченні хворого.

Сучасний діагноз повинен відповідати цілому ряду вимог. Передусім він має бути загальнозрозумілим і в той же час індивідуальним у кожному конкретному випадку, відображати особливості перебігу захворювання і особливості особистості хворого. Він має бути сформульований так, щоб його структура містила вказівку на прогноз захворювання і відповідала вимогам лікарської експертизи.

Мета заняття – знати основні питання медичної деонтології, причини та види ятрогенії та ятропатій, знати основи конфліктології, засоби спілкування, його види, функції спілкування та вміти користуватись нами на практиці.

Зміст заняття:

1. Основні вимоги до особистості медичного працівника.
2. Психологічні особливості етапів діагностичного процесу.
3. Інформування хворого про його діагноз.
4. Основні види ятропатій.
5. Основні види спілкування.
6. Засоби та види спілкування.
7. Вплив зовнішніх умов міжособистісного контакту на ефективність спілкування.
8. Ознаки конфліктної ситуації.
9. Способи вирішення конфліктів та вміння їх попереджувати.

Інформаційний матеріал**Роль психологічних особливостей лікаря і медичної сестри.**

Взаємини лікарів один з одним і з обслуговуючим медичним персоналом значною мірою визначають психологічний клімат лікувальної установи і є запорукою продуктивної роботи. Основоположник вітчизняної психіатрії професор С.С. Корсаков писав: "Весь лікарський персонал лікувальної установи повинен бути проникнутий загальним напрямком... Як у стрункому хорі могутнім рухом є об'єднуюче почуття гармонії й естетичне прагнення, так і в основі дії персоналу повинне бути почуття спільності обов'язку і свідомості того, що тільки гармонійним сполученням сил справа може триматися на гідній висоті".

Стиль роботи лікаря, стиль керівництва медичним персоналом, характерологічний підбір і розміщення кадрів, регламентованість режиму лікувальної установи, спільність інтересів, уміння підтримувати ентузіастів у роботі визначають ефективність лікувально-діагностичної і консультативної роботи лікувальної установи.

Соціально-психологічною основою ефективного етико-деонтологічного виховання медичних працівників повинне бути формування і розвиток відповідної мотиваційно-потребової сфери. Такі необхідні моральні якості як співпереживання і милосердя – повинні стати внутрішнім духовним змістом, моральним кредо і лікар повинен виражати цю потребу у своїх вчинках і в повсякденній поведінці. Це складний, трудомісткий процес, у якому лікар як педагог і як співробітник виступає в ролі того, хто навчає.

У цьому складному психологічному процесі необхідно поставити за мету зробити доброту, співчуття до тих, хто потребує твоєї допомоги, милосердя своєю усвідомленою, соціально і професійно значущою мораль-

ною потребою. Прискорюють досягнення цієї мети систематичний самоконтроль, критична самооцінка своїх вчинків і результатів трудової діяльності. У повсякденній роботі медичного працівника етико-психологічні переконання, моральний вигляд знаходять своє вираження в спілкуванні з хворими, їх родичами, з колегами, установлюється система відносин, що працює за принципом зворотного зв'язку: лікар – сестра – хворий.

Медична сестра, виконуючи призначення лікаря, повинна прагнути до встановлення контакту з хворим. У цьому психологічно складному процесі відіграють роль не тільки рівень професійної підготовки медичної сестри, її належні для цієї професії якості особистості, але і визначена сталість у поведінці сестри, тобто уже певний стиль роботи, який сприяє прихильності та довірі хворих до неї.

Першим кроком у встановленні контакту з хворим є форма звертання до хворого (по імені, по батькові, а не фамільярно), настрої медичної сестри, тобто позитивна емоційна настроєність і доброзичливість, зовнішній вигляд (форма одягу, охайність і акуратність).

Наступним кроком у встановленні контакту з хворим є прагнення зрозуміти його, тобто насамперед знати його (інтелектуальний рівень, характер, соціальний стан і т. ін.). У діалозі з хворим бажано, щоб він більше говорив, відповідав на питання, задані медичною сестрою.

Таким чином, медична сестра одержує додаткову інформацію від хворого, що для лікаря має значення при уточненні діагнозу і вибору лікування. У цьому елементі контакту з хворим лікар орієнтує медичну сестру в професійному і деонтологічному аспектах. Тобто, у психолого-педагогічному (навчальному) спілкуванні лікар грає головну і визначальну роль, як і у всьому діагностичному і лікувальному процесі.

Із приведених вище даних стає очевидним, що лікар зобов'язаний розібратися не тільки в хворобі, але й в особистості хворого, психологічно грамотно керувати психоемоційним станом хворого, коректувати його характерологічні риси, що загострюються в зв'язку з соматичною хворобою. І для виконання таких складних задач важливим аспектом лікарської діяльності є вміння спілкуватися.

Ятрогенні захворювання.

З професійним вмінням лікаря спілкуватися пов'язана проблема ятрогенних захворювань. Ще швейцарський психіатр і психолог Еуген Бленлер широко використовував термін ятрогенний, щоб позначати пагубні наслідки для психіки хворого, що виникають від дій лікаря. Бумке у своїй статті "Лікар як причина душевних розладів" закріпив за такими психогенними

захворюваннями назву ятрогенії. Він вважав, що "різні недисципліновані форми медичного мислення при розпізнаванні ранніх проявів хвороби, що відбуваються на фоні стурбованості хворого своїм станом, можуть привести до неправильного трактування хворим свого стану...".

Російський терапевт Захар'їн Г.А. і німецьким інтерніст Бергман також вказували, що дані, отримані в результаті психічного контакту, нерідко мають більшу цінність, ніж інші, отримані якимось іншим, наприклад, діагностичним шляхом, але вони, на жаль, можуть бути використані на шкоду хворому.

В цілому всі пагубні впливи середовища називають мілеогеніями, що включають егогенії, дидактогенії, ятрогенії та соррогенії, ятропатії.

Сам термін **ятрогенні захворювання** (або ятрогенії) являє собою окремий випадок психогенії і обумовлений необережними висловленнями чи поведінкою медичних працівників, що створюють у людини необґрунтоване уявлення про наявність у нього якогось захворювання чи особливо важкої форми вже існуючої хвороби. Ятрогенії – це несприятливі зміни психіки хворого, що розвиваються в результаті помилок лікаря, зокрема неправильного використання ним словесних форм спілкування. Тобто, під ятрогенією можна розуміти слова лікаря, що ушкоджують, ранять психіку хворого.

Основа ятрогенії – психологічний конфлікт із втягненням у нього всіх осіб, що мають контакт із хворим. Тому створення атмосфери, що виключає виникнення психотравмуючих ситуацій, які супроводжуються страхом і побоюваннями, особливо необхідне. І саме тому медичні працівники, а також інші особи, що мають безпосередній контакт із хворою людиною, несуть особливу відповідальність за виникнення ятрогенії.

Ятрогенії, викликані діями середнього медичного персоналу, називаються соррогеніями.

Підвищена навіюваність, яка сприяє виконанню рекомендацій доповідненого лікаря в інших випадках, коли не беруться до уваги принципи деонтології, може викликати реактивні стани. Тривожна помисливість сенситивних осіб, астенизованих соматичними й інфекційними захворюваннями, у таких випадках отримує часто характер іпохондричного марення, нав'язливих страхів, надзвичайно цінних ідей, реактивної депресії.

Ятрогенні реакції можуть виникати й у членів родини хворого, тому що вони нерідко вважають себе винними у виникненні у своїх родичів нервово-психічних розладів і переживають з цього приводу.

Ятрогенії можуть привести до особливих видів лікарських помилок. Наприклад, відсутність повної інформації про стан свого здоров'я може по-

родити у хворого так звані німі ятрогенії, як наслідок формування в нього неправильного уявлення про нібито наявне важке захворювання. Так, при неповідомленні хворому результатів проведених консультацій і аналізів, чи, тим більше, про призначення активного лікування він звертається за роз'ясненнями до сторонніх некомпетентних осіб чи інших хворих, або переходить до читання спеціальної медичної літератури, одержуючи при цьому перекручену неадаптовану інформацію, що служить джерелом додаткових ятрогеній, у даному випадку названих егогеніями. Таким чином, під егогенією (від лат. "ego" – "Я") розуміють пагубні самовпливи, виразність яких може бути зменшена за рахунок так званого "зцілювального мовчання" мікрооточення, зміст якого полягає в уникненні розмов про стан здоров'я кого-небудь у присутності дітей, хворих і старих осіб.

Особливо легко виникають ятрогенії в дитячому віці, через вразливість і боязкість дітей. Недаремно Б. Шоу писав: "Самий гірший вид рабства – рабство страху". Недопустимо загрожувати дитині у випадку його неслухняності важкою хворобою чи навіть смертю.

Особливістю ятрогеній у старечому віці є легкість їхнього виникнення на тлі соціальних коренів безвихідності, остраху самотності, страху перед безпорадністю, погіршенням загального стану, ускладненого процесом інволюції.

Ятрогенії спілкування є складовою частиною деонтології. Людина, наділена підвищеною чуттєвістю, емоційністю, ранима може загинути від гострої ішемії серця, покінчити життя самогубством чи убити кривдника в результаті впливу слів. Своїми діями і висловленнями лікар повинен навчити хворого бути здоровим, не викликати "заглиблення у хворобу", а тим більше не повинен виявитися причиною ятрогенії.

У медичній психології виділяють і ятропатії, які є несприятливими наслідками дій медпрацівників, що необгрунтовано використовують лабораторні й інструментальні методи дослідження та завдають шкоди здоров'ю хворого. Наприклад, помилкове трактування лікарем функціонального шуму на верхівці серця, як ознаки пороку серця, породжує ятрогенію в хворого, а через наступне неадекватне лікування – ятропатію.

Виділяють наступні види **ятропатій**:

а) ятропатії травматичного походження. Сюди відносяться випадки травм дитини під час пологів, наслідки неправильно виконаних операцій, спинномозкових пункції, анестезії, результати порушення техніки виконання ін'єкцій і т. ін.;

б) ятропатії інтоксикаційного походження – уведення препарату з не дооцінкою його токсичного впливу. Усе це приводить до порушення гоме-

остази, так званої лікарської хвороби (по С.М. Тарєєву). Особливо це видно на прикладах нераціонального використання антибіотиків, у т.ч. сульфаніламідів;

в) ятропатії інфекційного походження. Сюди можуть бути віднесені лікарські порушення асептики й епідеміологічного режиму, наприклад, поява після щеплення поствакцинального інфільтрату.

г) ятропатії організаційного походження: це випадки неправильної організації обстеження, лікування і догляду за хворими.

Усі форми негативних виховних впливів, викликаних помилками вихователя і педагога, називають дидактогеніями.

Психологічні процеси діагностування

Процес діагностування варто розуміти як цілеспрямований, активний, пізнавальний, творчий. У зв'язку з цим до лікаря пред'являються відповідні вимоги: як до його особистості, так і до його психоемоційного стану в процесі його роботи з хворим на всіх етапах лікування (амбулаторного, стаціонарного і т. ін.).

Основними, що обумовлюють якість діагностики, є наступні фактори:

а) повноцінне фізичне і психічне здоров'я лікаря;

б) високий рівень професійної підготовки в питаннях теоретичної, клінічної медицини й у даній спеціальності;

в) максимальна концентрація уваги і позитивна емоційна настроєність при вислуховуванні скарг хворого, його анамнезу життя й анамнезу хвороби;

г) з урахуванням індивідуальних особливостей хворого (його особистості, характеру і важкості соматичного захворювання, яке виникло) лікар зобов'язаний побудувати план бесіди, прагнучи в процесі її досягти максимальної довіри, прихильності до себе, тобто установити належний контакт, від якого залежить об'єм і якість інформації, яку видає хворий у скаргах, анамнезі й т. ін.;

д) у діалозі з хворим лікар повинен бути лідером;

е) емоційний стан лікаря у вигляді співпереживання, співчуття повинен зовні (мімікою, жестом) виражатися не в поведінці, а в готовності допомогти, що можливо при належному самовладанні, тобто високому рівні виховання емоційно-вольових якостей лікаря;

ж) відповідно до вимог психології, питання лікаря повинні бути зрозумілі хворому, темп мови не повинен перевищувати 120-160 слів за хвилину; якщо відповіді нема, лікар повинен повторити питання;

з) приймаючи інформацію від хворого (скарги, дані анамнезу життя і хвороби), лікар її переробляє у певній послідовності та визначає відповідну робочу схему передбачуваного діагнозу соматичного захворювання.

Процес діагностування поділяється на 2 типи: а) постановка діагнозу на підставі основного симптому чи більш вираженого синдрому і б) методичний тип, що включає дані анамнезу, клінічну картину захворювання, результати лабораторних та інструментальних досліджень і т. ін.

Перший тип діагностування можна розглядати як попередній діагноз, що має короткий термін існування.

Другий тип діагностування формує клінічний діагноз, вірогідність якого підтверджується результатами зробленої медичної допомоги: позитивною динамікою захворювання, відновленням функцій хворого органа, організму в цілому, а також відновленням працездатності.

Таким чином, у рішенні діагностичної задачі, вибору лікувальної тактики, психічна діяльність лікаря повинна бути організована в плані концентрації уваги, активності й гнучкості мислення зі здатністю зіставляти наявну симптоматику з аналогами соматичної патології, уміння моделювання по наявних ознаках (характер скарг хворого, його фізичний стан, колір обличчя, вираз обличчя, забарвлення слизових, поза, дані анамнезу хвороби і т. ін.) з метою постановки попереднього діагнозу. Така маневреність психічної діяльності лікаря досягається за рахунок сформованих (у процесі навчання) клінічного мислення, спостережливості, тренованості пам'яті, максимального розвитку оперативної пам'яті, а також практичного досвіду.

Хворий і діагноз.

З перших хвилин спілкування хворого і лікаря виникає цілий ряд питань, що стосуються діагнозу. Хворий, звертаючись до лікаря, за всяку ціну хоче знати свій діагноз, характер хвороби, прогноз, можливість лікування. Цей процес "дізнання" діагнозу хворим, повідомлення діагнозу лікарем є складним процесом, дуже важливим для хворого.

Лікарю важливо знати, як соматично хворий переживає свою хворобу, які зрушення й особливості виникають у його психічній діяльності. Мова йде про психічно здорових людей, у яких ні до хвороби, ні під час, ні після неї не розвинувся психоз.

Соматична хвороба змінює сприйняття і ставлення хворого до оточення, подій, до самого себе. В основному це перебудова інтересів від зовнішнього світу до власних відчуттів, до функцій власного тіла, до обмеження інтересів. При цьому відбуваються різні зміни всіх сторін особистості:

змінюються афективна настроєність, моторика, мова. Велике значення для хворого має уявлення його про хворобу, засноване на найрізноманітніших знаннях. Психіка хворого з початку захворювання опиняється в незвичному стані, тому що через хворобу порушується звичний життєвий стереотип. Виразність і якість змін психічної діяльності при соматичних захворюваннях перебувають в залежності від багатьох причин і в першу чергу від природи самого захворювання, гостроти розвитку хвороби, що супроводжують каліцтва і т. ін. З іншого боку, не менш значну роль відіграють реактивність організму, особливості особистості, її звичні форми реагування на навколишні події.

"Хотілося б звернути увагу лікарів на те, що лікування – це не тільки лікування (це те, що усі знають), але і навчання чи медична педагогіка (це те, що не усі знають).

Не буде перебільшенням, якщо ми скажемо, що в педагогічну задачу лікування входить навчити хворого хворіти і лікуватися.

Мова йде тут про те, щоб керувати хворою людиною, навчити її правил необхідного раціонального режиму, розвіяти упередження, якими часто визначається "внутрішня" чи аутопластична картина хвороби.

Подібно досвідченому вчителю, що виховує не тільки безпосередньо, а й опосередковано, лікар, як педагог, повинен впливати на хворого і через його родичів, і через його найближче оточення" (Федотов Д.Д.).

Кожний хворий, чим би він не хворів, має уявлення про свою хворобу – власну "внутрішню" картину хвороби.

Для хворого, що вже утворив свою внутрішню картину хвороби, своє ставлення до хвороби, дуже важливо довідатися про діагноз свого захворювання.

При спілкуванні з хворим у лікаря повинно бути чимало якостей: знання, терпіння, вміння уважно слухати хворого, співчуваючи його болю і стражданню. На питання, повідомляти діагноз хворому чи ні, не можна відповісти однозначно. Треба вміти сказати правду, але так, щоб не "убити" хворого. Тактовно, з витримкою й умінням лікар повинен пояснити в доступній формі хворому суть його хвороби, спростувати сумні думки, помилковість побудованої ним концепції хвороби, обов'язково залишивши хворому надію. При роз'ясненні хворому його діагнозу інтонація, манера поведінки повинні бути продумані лікарем відповідно до особливостей особистості хворого. Неприпустимі як категоричний тон, який не терпить заперечення, так і "сюсюкання" із хворим, іронія, тон, глузливі зауваження; необхідне мінімальне вживання специфічних медичних термінів. Якщо стан хворого вкрай важкий, не варто йому сповіщати про це, а також і про

смерть, що наближається. Адже хворий, вимагаючи від лікаря правди, хоче почути сприятливу оцінку і втішний прогноз. У ряді випадків, як наприклад, при туберкульозі легень, варто повідомити хворому діагноз з урахуванням його особистості, але ще і тому, щоб він розумів, що це – інфекційне захворювання і треба дотримуватись правил гігієни, щоб не занедужали оточуючі.

СХЕМА ПРОВЕДЕННЯ СПІВБЕСІДИ ІЗ ХВОРИМ:

1. Вислухати скарги хворого.
2. Зібрати інформацію про анамнез захворювання і життя.
3. Послідовно розпитати та обстежити органи і системи.
4. Надати хворому попередню інформацію щодо характеру його захворювання.
5. Аргументувати проведення необхідних лабораторних та клінічних досліджень.
6. Надати інформацію про існуючі оптимальні способи лікування.
7. Надати хворому можливість задавати питання.
8. Визначити індивідуальну тактику лікування.
9. Пояснити механізми дії та способи вживання медикаментів.
10. Попередити про можливі небажані ефекти.
11. Підвести резюме співбесіди, метою якого є створення у хворого відчуття психологічного комфорту.

На якість лікувально-діагностичного процесу можуть впливати такі психологічні фактори:

З БОКУ ХВОРОГО:

1. Особливості особистості хворого у преморбідний період: в залежності від сили, рухливості, урівноваженості процесів вищої нервової діяльності, характеру та інших функцій психіки необхідно по-різному проводити опитування хворого, прогнозувати динаміку хвороби, призначати лікування.

2. Нинішній емоційний стан хворого: побоювання, фантазії, надцінні реакції, проєкції та інші підсвідомі захисні механізми можуть не тільки спотворювати картину захворювання, а й бути головними у клінічній картині.

3. Усвідомлення хворим факту свого захворювання, реакції особистості, що формуються під час захворювання, внутрішня картина хвороби.

4. Урахування анамнестичних відомостей (залишки минулого впливають на сучасне). Цікавлячись історією життя та хвороби, лікар визначає вплив мікросоціальних, психогенних, спадкових чинників, прагне виявити

основні та другорядні передумови патології, з'ясувати обставини, що призвели до переходу чинника у хворобу. Великий вплив справляє минулий досвід хворого – позитивний чи негативний (що хворий побачив, почув та прочитав про захворювання).

5. Взаємовідношення психосоматичного та соматопсихічного компонентів. Серед складових синдромальних картин хвороби ознаки соматичного здоров'я постійно співіснують із симптомами зміненої психіки. Кожна окрема хвороба, крім типових для неї клінічних проявів, завжди супроводжується більш чи менш вираженими порушеннями психіки хворого, що пояснюється універсальними механізмами порушення вісцероцеребральної (соматопсихічної) рівноваги. Факт зміненої психіки хворого, у порівнянні зі здоровими, завжди слід враховувати лікарю, від початку першого контакту із хворим на амбулаторному прийомі і протягом усього лікувально-діагностичного процесу.

6. Симуляція та диссимуляція. **Симуляція** – вдавана поведінка, за допомогою якої прагнуть створити враження про наявність захворювання та її ознак. Частіше до неї звертаються примітивні особи, у яких її можна відносно легко виявити. Симулянт завжди прагне до певної користі, яку рано чи пізно виявляють (вихід з неприємної ситуації, отримання співчуття та поліпшеного обстеження, отримання матеріальної користі). Частіше зустрічається **агравация** – перебільшення ознак захворювання та суб'єктивних скарг. Таке перебільшення може бути повністю свідомим, але часом швидше зумовлюється емоційними мотивами більш глибокого походження, наприклад, підсвідомим страхом, недовірою, відчуттям, ніби лікар йому не вірить тощо. **Диссимуляція** – свідоме приховування хвороби та її ознак. Зазвичай, зустрічається у психіатрії, а також при захворюваннях, наслідки яких небажані для хворого (наприклад, тривале перебування у лікарні при туберкульозі, повідомлення про захворювання на сифіліс, можливість оперативного втручання в хірургії).

З БОКУ ЛІКАРЯ:

1. Повноцінне фізичне і психічне здоров'я лікаря.
2. Висока культура лікаря: поєднання якомога більш повної, поглибленої та досконалої освіти і постійного самовиховання із прагненням до активної, продуктивної, корисної діяльності. Для досягнення максимального ефекту своєї діяльності лікар має поглиблювати свої знання та вдосконалювати моральні звички, які повинні переважати аналогічні якості його хворих.

3. Високий рівень професійної підготовки: сумлінний лікар усе своє життя вдосконалює оперативні навички, поглиблює свої знання щодо діагностики, фармакології та лікування. Важливим є принцип колегіальності, який відображає необхідність і цінність співвідношення свого досвіду і знань із досвідом колег.

4. Характер контакту із хворим: враховуючи діагностичні особливості хворого, слід досягти максимальної довіри до себе, від якої буде залежати кількість та об'єктивність скарг і симптомів.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ СПІВБЕСІДИ З ХВОРИМ

Типи взаємодії лікаря і пацієнта:

1. *Керівний (директивний)*: лікар «отримує гору» над пацієнтом, приймає необхідні рішення, повністю керує бесідою, і бере на себе усю відповідальність за одужання пацієнта. Зазвичай, такий стиль домінує у роботі із пацієнтами психіатричної лікарні, у терапії невідкладних станів, при інструктажі.

2. *Наставницький (патерналістичний)*: лікар працює із пацієнтом за зразком співучасті: володіючи тією інформацією, якою не володіє пацієнт, і бажаючи поділитися з ним знаннями. Бере до уваги психологічний тип особистості, тип відношення до хвороби, і допомагає розвинути компенсаторно-адаптивні можливості, ділячись своїми знаннями.

3. *Взаємодії (партнерства)*: пацієнтам – сформованим, зрілим особистостям, що мають достатньо розвинений культурно-інтелектуальний рівень, гармонійну внутрішню картину хвороби, дозволяється самостійно створювати і впроваджувати методи одужання, з урахуванням знань лікаря. При цьому до пацієнта звертаються як до рівного собі.

Потрібно пам'ятати, що лікар із першого моменту контакту із хворим, бажає він того чи ні, справляє певне враження, на якому ґрунтується ефективність усього лікувально-діагностичного процесу. Лікаря завжди завдяки його суспільному становищу, незалежно від усвідомлення ним цього, сприймають психотерапевтично – позитивно чи негативно. Відомим є вислів: «Якщо хворому не стало краще після першої ж зустрічі з лікарем, то це поганий лікар».

Збираючи анамнез, важливо уміти вислухати розповідь хворого, не задаючи запитань; при цьому оцінюються інтелект, пам'ять та рівень розвитку хворого, деякі особливості його характеру, що дозволяє вибрати тон наступної співбесіди. Через 3-5 хвилин, якщо розповідь малоінформативна та неясна, слід почати задавати додаткові запитання, які треба формулювати логічно і цілеспрямовано, ясно і просто. Мова повинна бути помірного

темпу, виразною, із паузами. За підозри, що хворий не зрозумів запитання, його необхідно повторити. Важливими є максимальна концентрація уваги і позитивний емоційний настрій при вислуховуванні хворого (скарги, анамнеза життя і хвороби). У розмові із хворим лікар повинен бути лідером. Слід уміти спокійно, впевнено, врівноважено, правильно і швидко зрозуміти хворого, проблеми, які його хвилюють, його хворобу і вибрати таку тактику лікарської поведінки, яка могла б забезпечити найбільш швидке і повне одужання пацієнта.

Спілкування – складний, багатоплановий процес встановлення зв'язку між людьми, в ході якого виникає психічний контакт, що проявляється в обміні інформацією, взамовпливі, взаємопереживанні, взаєморозумінні.

Функції спілкування: інформаційно – комунікативна, регуляційне комунікативна, афективне – комунікативна.

У процесі спілкування виділяють такі взаємопов'язані сторони: комунікативну (полягає в обміні інформацією), інтерактивну (полягає в обміні діями), перцептивну (передбачає взаємсприймання і встановлення взаєморозуміння партнерів спілкування).

Залежно від характеристик партнерів спілкування може бути:

- міжособистісним,
- індивідуально – груповим,
- колективно – індивідуальним,
- груповим.

Комунікативний бік спілкування пов'язаний з виявленням специфіки інформаційного процесу між людьми як активними суб'єктами, тобто з врахуванням відносин між партнерами, їх установок, цілей, намірів, що приводить не тільки до "руху" інформації, але й до уточнення і збагачення тих знань, думок, ідей, якими обмінюються люди. Засобами комунікативного процесу є різні знакові системи, зокрема мова, а також немовні засоби: міміка, жести, пантоміміка, положення партнерів один відносно іншого, пара- і екстралінгвічні системи (інтонація, немовні вкраплення в мову, наприклад, паузи), система організації простору і часу комунікації, на кінець, система "контакту очима". Важливою характеристикою комунікативного процесу є намір його учасників впливати один на одного, вплинути на поведінку іншого забезпечити свою ідеальну представленість в іншому (персоналізацію), необхідною умовою чого виступає не просто використання єдиної мови, але і однакове розуміння ситуації, в якій відбувається спілкування.

Інтерактивна сторона спілкування уявляє собою побудову загальної взаємодії. Розрізняють декілька типів взаємодії між людьми, перш за все кооперацію та конкуренцію. Абстрактна характеристика цих типів як простої "згоди" або "конфлікту" приводить до формального описання даного процесу. В цій області проведено ряд досліджень, але формальний характер описання досліджуваних стратегій і той факт, що аналізується взаємодія лише двох людей, перешкоджають використанню отриманих даних при аналізі різних видів взаємодії людей в реальному житті.

Перцептивна сторона спілкування включає в себе процес формування образу іншої людини, що досягається "прочитуванням" за фізичними характеристиками людини його психологічних властивостей і особливостей його поведінки.

Основними механізмами пізнання іншої людини є ідентифікація (уподоблення) і рефлексія (усвідомлення того, як сприймають суб'єкта пізнання інші люди). В процесі міжособистісного сприйняття і пізнання виникає ряд "ефектів": первинності, недавності (новизни), ореола. Велику роль грає також явище стереотипізації і каузальної атрибуції. Зв'язок спілкування з певним характером відносин між людьми проявляється і при еволюційній регуляції перцептивного процесу, а саме в явище аттракції, тяготіння. Спілкування в цілому є важливою умовою оптимізації сумісної діяльності людей і їх відносин.

Однією із задач соціальної психології є розробка засобів коректування і оптимізації спілкування, розвиток здібностей та навиків даного процесу. Серед різних форм навчання мистецтва спілкування суттєве місце займає соціальне – психологічний тренінг (оволодіння різними формами спілкування за допомогою програм).

Спілкування розглядають також як взаємодію, обмін інформацією, сприймання одне одного (перцепція), вплив одне на одного.

Взаємодія виявляється у формі почуттів, що проявляються в спілкуванні, серед яких розрізняють :

- кон'юнктивні (зближують людей),
- диз'юнктивні (роз'єднують людей).

Інтенсивність виявлення почуттів впливає на ефективність діяльності членів групи і є одним з показників соціально-психологічного клімату групи.

Характеристика спілкування як форми діяльності людини.

Людину оточує не лише предметний світ, а й інші люди. І з тим, і з іншими вона перебуває у безпосередньому взаємоз'язку. Ці взаємини вста-

новлюються і розвиваються через працю, спілкування, навчання, тобто через діяльність. Спільна діяльність неможлива без налагодження контактів між людьми і обміну інформацією, тобто без спілкування. Головною характеристикою спілкування як діяльності є те, що через спілкування людина формує свої стосунки з іншими людьми. Спілкування включає в себе численні духовні і матеріальні форми життєдіяльності людини і є її потребою. Тільки психічно хворі відмовляються від реальних зв'язків з людьми, але при цьому задовольняють свою потребу в спілкуванні за рахунок патологічної фантазії.

Об'єднуючись в малі групи, спілкуючись у процесі спільної діяльності, люди обмінюються інформацією. Спілкування завжди визначається системою суспільних відносин, але в структурі й динаміці спілкування не можна різко відокремити особисте від громадського. Тому нерозривно пов'язано соціальне та індивідуальне у найважливішому засобі спілкування – мові, індивідуальним проявом і механізмом якої є мовлення.

Спілкування і мовлення.

Головним засобом спілкування між людьми є слово. Мова – це система знаків, які мають певне значення і використовуються для передавання і зберігання інформації. Мовлення, або словесна мова, належить до мовних знаків, що будуються за певними граматичними правилами.

Немовні знаки – це знаки – символи; знаки копії, система знаків, що регулюють вуличний рух.

Крім словесної (вербальної) мови існує як засіб спілкування ще й невербальна мова (мова жестів, міміки, поз).

Знаки спілкування поділяються на знаки:

- штучних мов – це мова міміки та жестів, телеграфний код, мова спеціальних знаків, що вживаються в фізиці, математиці, мова шифровок, мова мистецтва;

- природних мов – це слова, речення усного і писемного мовлення.

У своїй діяльності людина використовує різні види мовлення:

- усне монологічне мовлення – це мовлення однієї людини (доповідача, лектора, оповідача),

- розмовне мовлення (діалогічне) відбувається у формі розмови між двома або кількома особами,

- писемне мовлення використовує письмові знаки і має свої конструктивні особливості,

- внутрішнє мовлення існує тільки в нашому мозку, це звернення до самих себе.

Функції спілкування.

Функції спілкування різноманітні. Елементарна функція спілкування - досягнення взаєморозуміння на формальному, попередньому, зовнішньому рівнях. Це може бути посмішка, кивок, жест.

Основними функціями спілкування є соціальні, оскільки ми живемо в суспільстві і виконуємо завдання колективної праці. Ми виконуємо службові функції (начальник, підлеглий, лікар, учень), життєві функції (клієнт, покупець, сусід), сімейні функції (чоловік, дружина, родичі).

Виконання соціальної функції означає : робити те, що необхідно на даному місці, за даних обставин відповідно до законів, з одного боку, та існуючих звичаїв – з іншого.

Соціальні функції спілкування поділяються на функції керування і контролю, вони пов'язані з організацією діяльності груп і колективів.

Форми міжособистісного спілкування багато в чому залежить від почуттів, які людина переживає щодо своїх близьких, співпрацівників, незнайомих людей. На основі цих почуттів вона виробляє стратегію спілкування . У формуванні ставлення людей до праці, до колективу, одне до одного і до самих себе важлива роль належить психологічній функції емоційного задоволення від контакту.

У прагненні діяти разом з іншими на шляху до мети, у посиленні свого особистого впливу на інших полягає функція самоактуалізації особистості.

Розвиток спілкування

З моменту народження дитини дорослі спонукають її до спілкування. Потреба в спілкуванні розвивається в дітей поетапно. Дитина різноманітними способами привертає увагу дорослих ще до того, як почне говорити, (крик, плач, посмішка, жести).

При правильних методах виховання дитина від спілкування, яке полягало в прагненні уваги дорослих, переходить до співробітництва з ними. Під кінець 2-го місяця діти у відповідь на зверненні до них слова починають агукати, у 5-6 місяців у них виникає лепет. Перші слова дитина вимовляє приблизно в 1 рік . З розвитком мовлення спілкування дітей стає набагато ефективнішим.

Міміка, жести, пантоміміка.

Важливим компонентом зовнішнього вигляду людини, крім анатомічних ознак, є функціональні ознаки – міміка, жестикуляція, пантоміміка, хода, постава, голос, що являють собою сигнальний комплекс, який інформує людину про психічні процеси і стани іншої людини, з якою вона

пов'язана діяльністю. Більшість людей у процесі спілкування найчастіше концентрують свою увагу на обличчі партнера, особливо на очах (в ділянці обличчя і голови розміщені дистантрецептори). Скорочення м'язів змінює вираз обличчя і за ним можна передбачити дії партнера у спілкуванні. Характер розпізнавання людиною емоційних станів може мати діагностичне значення. На характер інтерпретації мимічних рухів свій вплив справляє ситуація.

Одяг і значення його для ефективності спілкування.

Старе прислів'я "одяг робить людину" не втратило своєї актуальності і в наш час, безсумнівно, перше враження про людину складається саме з її одягу, зачіски, манери поведіння. У партнера за спілкуванням може скластися негативне ставлення до іншої людини ще до того, як вона вимовить перше слово, якщо людина одягнена неакуратно і неохайно, і, навпаки, приємне враження справляє людина, одягнена зі смаком, акуратно. В одязі також виявляються суперечності в поглядах молодого і старшого поколінь.

Одяг людини впливає не лише на тих, з ким вона спілкується, а й на неї саму. Якщо людина гарно і зручно вдягнена, то це додає їй впевненості. Не останнє місце в уміті одягатися посідає мода. Вона підказує людині як одягатися, щоб мати гарний і сучасний вигляд. Мода швидко змінюється і тому кожна людина повинна прагнути до свого стилю в одязі.

Цей стиль має виявляти індивідуальність, приховувати вади, підкріплювати переваги.

Особливості прихильності людей один до одного.

Для процесу спілкування потрібно не менше двох людей. У процесі спілкування найважливішими механізмами міжособистісного сприймання є рефлексія, стереотипізація та ідентифікація.

Рефлексія – усвідомлення сприймання своєї особистості партнером по спілкуванню і корекція власної поведінки залежно від поведінки іншої людини.

Стереотипізація – сприйняття, класифікація і оцінка особистості партнера на основі певних уявлень.

Ідентифікація – процес упізнавання тієї якості, на основі якої особистість партнера можна віднести до певного класу, типу.

Ідентифікація і рефлексія здебільшого здійснюються підсвідомо, і тому часті помилки в оцінюванні іншої людини, що ведуть до стереотипних уявлень.

Культура спілкування.

Для встановлення нормальних взаємин між людьми, особливо в трудовій діяльності і побуті велике значення має культура спілкування. Культура спілкування передбачає наявність таких рис характеру як терпимість, доброзичливість, повага до людей, тактовність, чемність. Моральні якості характеру людини, рівень її культури оцінюються вчинками її щодо інших людей.

Культура спілкування людей у різних ситуаціях ґрунтується на додержанні певних правил, що їх виробило людство протягом тисячоліть. Ці правила визначають форми спілкування, регламентовані суспільством, і мають назву етикет. Він містить як технічні аспекти спілкування, тобто правила, що стосуються лише зовнішнього боку поведінки, так і принципи, невиконання яких тягне за собою осуд і навіть покарання. Багато правил етикету стали невід'ємними елементами культури спілкування.

Зовнішній бік ділових стосунків регламентує службовий етикет. Так, складовими медичного етикету є: додержання правил благопристойності, правил хорошого тону, відповідного зовнішнього вигляду (чистота одягу, білий, гарно випрасуваний халат).

Людина, яка володіє справжньою культурою спілкування, виявляє її всюди: на роботі, на відпочинку, в сімейному колі і в громадських місцях. Уміння людей передавати свої думки і почуття іншим людям, уміння не лише говорити, а й слухати, виявляють розуміння і доброзичливість, співчуття і увагу складають культуру повсякденного спілкування.

Справжню культуру міжособистісних стосунків визначають етичні норми поведінки особистості. У повсякденних стосунках з іншими людьми в процесі спілкування велику роль відіграють самооцінка особистості, концентрація уваги, здатність людини стати на позиції партнера.

Однією з важливих характеристик особистості є самооцінка, тобто уміння оцінити себе, своє ставлення до інших. Самооцінка дає можливість людині аналізувати свої дії і вчинки. Вона залежить від вихованості і культури. Якщо в людині немає прагнення до самооцінки, вона не може правильно розбиратись в інших та формувати свої взаємини, виявляти такі якості спілкування, як тактовність і делікатність.

Спілкування людей починається із сприймання одне одного. При цьому велике значення має концентрація уваги, що допомагає сприйманню людини людиною з урахуванням психологічних особливостей. Спілкування буде розвиватися ефективно, якщо перше враження викликає почуття симпатії. У випадку антипатії можуть виникнути психологічні

утруднення спілкування. В будь – якому разі спілкування має будуватись із урахуванням індивідуальних особливостей особистісних рис тих, хто спілкується.

Конфлікт в медичному середовищі

Конфлікт – це суперечливий, протиборствуючий стан, який супроводжується негативними емоціями внаслідок зіткнення протилежно направлених позицій, інтересів, цілей, поглядів, думок. Об'єктом конфлікту може бути все, що створює умови для конфліктної ситуації. Конфлікти бувають міжгрупові, міжособові та внутрішні (наприклад, невротичні). Багатьом складним ситуаціям можна запобігти, якщо володіти правилами попередження конфлікту і дотримуватися їх. Правильна поведінка у конфліктній ситуації є могутнім чинником профілактики неврозів та інших психічних розладів.

Деякі рекомендації конфліктології (вчення про конфлікти) щодо правил розв'язання конфлікту:

1) не реагувати на конфлікт, який щойно виник, зачекати деякий час. Оцінка конфлікту як можливої несправедливості збуджує людину, робить її агресивною, заважає реально оцінити ситуацію та прийняти оптимальне для себе рішення. Негайна реакція за силою може перевищити подразник, що спричинив її, і тим самим ще більш поглибити конфлікт;

2) намагатися поставити себе на місце кривдника і знайти для нього виправдання; побачити у ньому конкретну особистість зі своїми образами, проблемами, захисними підсвідомими механізмами;

3) поступитися у конфлікті – ознака не слабкості, а сили. Нападник є слабшим вже тим, що спричинив конфлікт. Якщо ви при цьому понесли збитки, намагайтеся відшкодувати їх у майбутньому, коли ви спокійно розберетеся в ситуації. Якщо конфлікт не вирішився або вирішився не на вашу користь і залишив по собі відчуття збитку, слід розрядити ці негативні емоції. Для цього також існує цілий ряд засобів:

- а) інтенсивна фізична діяльність або заняття спортом;
- б) багаторазовий переказ психотравмуючої ситуації своїм друзям, знайомим, після чого вона поступово почне здаватися менш значною;
- в) переключення на якусь складну інтелектуальну задачу, бажано суб'єктивно приємну, і т. ін.

Конфлікт – це зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, думок, поглядів опонентів чи суб'єктів взаємодії. В основі будь-якого конфлікту лежить конфліктна ситуація.

Стадії конфлікту:

- інкубаційна, латентна
- відкритий конфлікт, конфліктна поведінка

Різновиди конфлікту:

- внутрішньоособовий
- міжособовий
- міжгруповий
- міжорганізаційний
- міждержавний
- міжнаціональний

Схема розвитку конфлікту:

1. Причина
2. Реакція сторін
3. Ключове питання: “А що Ви пропонуєте?”
4. Пропозиція
5. Згода з пропозицією – конфлікт не розвивається
6. Незгода з пропозицією – конфлікт розвивається
7. Управління конфліктом
8. Наслідки конфлікту

В залежності від терміну перебігу конфлікти поділяють на нетривалі, тривалі та затяжні.

Стили розв'язання між особистісних конфліктних ситуацій:

- ухиляння
- згладжування
- примушування
- компроміс
- вирішення проблеми

Існує п'ять способів регулювання міжособистісних конфліктів (за К.Томасом):

1. Змагання – конкуренція, прагнення домогтися задоволення своїх інтересів на шкоду іншому;
2. Пристосування – на противагу суперництву, принесення в жертву власних інтересів заради іншого;
3. Компроміс – згода на основі взаємних поступок;
4. Уникання – небажання до кооперації як і до досягнення власних інтересів і цілей;
5. Співробітництво – пошук альтернативного рішення, що цілком задовольняє інтереси обох сторін.

Завдання для самостійності роботи.

1. Спілкування може бути:

- а) міжособистісним,
- б) індивідуально – груповим,
- в) колективно – індивідуальним,
- г) груповим.
- д) все перераховане вище вірно

2. Спілкування – це:

- а) обмін інформацією
- б) взаємовплив
- в) взаємопереживання
- г) взаєморозуміння
- д) все перераховане вище

3. Комунікативна сторона спілкування – це

- а) взаємоприйняття
- б) взаєморозуміння
- в) обмін діями
- г) міміка та жести
- д) обмін інформацією

4. Засоби комунікативного процесу:

- а) мова
- б) міміка та жести
- в) пантоміміка
- г) положення партнерів
- д) все перераховане вище

5. Інтерактивна сторона спілкування – це:

- а) взаємоприйняття
- б) взаєморозуміння
- в) міміка та жести
- г) обмін діями
- д) обмін інформацією

6. Перцептивна сторона спілкування – це:

- а) обмін діями

- б) обмін інформацією
- в) жести та пантоміміка
- г) мова
- д) взаємospриймання та взаєморозуміння

7. Основними механізмами спілкування є:

- а) ідентифікація
- б) рефлексія
- в) стереотипізація
- г) каузальна атрибуція
- д) все перераховане вище

8. Які є види мовлення?

- а) монологічне
- б) діалогічне
- в) внутрішнє
- г) писемне
- д) все перераховане вище

9. Що відноситься до знаків спілкування природних мов?

- а) міміка
- б) жести
- в) коди
- г) слова
- д) все перераховане вище

10. На прийомі у лікаря-психотерапевта молоде подружжя, яке скаржиться на проблеми у взаємовідносинах. Який провідний вид спілкування у даному випадку?

- а) дружнє
- б) професійне
- в) ділове
- г) сімейне
- д) ні одне із перерахованого вище

Еталони відповідей до завдань

- | | |
|---------------|---------------|
| Завдання 1. д | Завдання 6. д |
| Завдання 2. д | Завдання 7. д |
| Завдання 3. д | Завдання 8. д |

Завдання 4. д

Завдання 9. г

Завдання 5. а

Завдання 10. г

Контрольні питання.

1. Роль психологічних особливостей лікаря і медичної сестри.
2. Інформування хворого про діагноз.
3. Ятрогенні захворювання їх попередження.
4. Види ятропатій.
5. Головна характеристика спілкування як діяльності.
6. Основні функції спілкування.
7. Вплив міміки, жестів та одягу на ефективність спілкування.
8. Найважливіші механізми міжособистісного сприйняття.
9. Роль культури спілкування у професії лікаря.
10. Конфлікти в медичному середовищі, їх різновиди.
11. Способи вирішення та попередження конфліктів.

Література.

1. Абрамова Г.С., Юдциц Ю.А. Психология в медицине: Учебное пособие. – М.: ЛПА „Кафедра – М”, 1998.
2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.: «Здоров'я». – 1994. – С.76-89.
3. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.
4. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – С. 116-169.
5. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. – Будапешт, 1988.

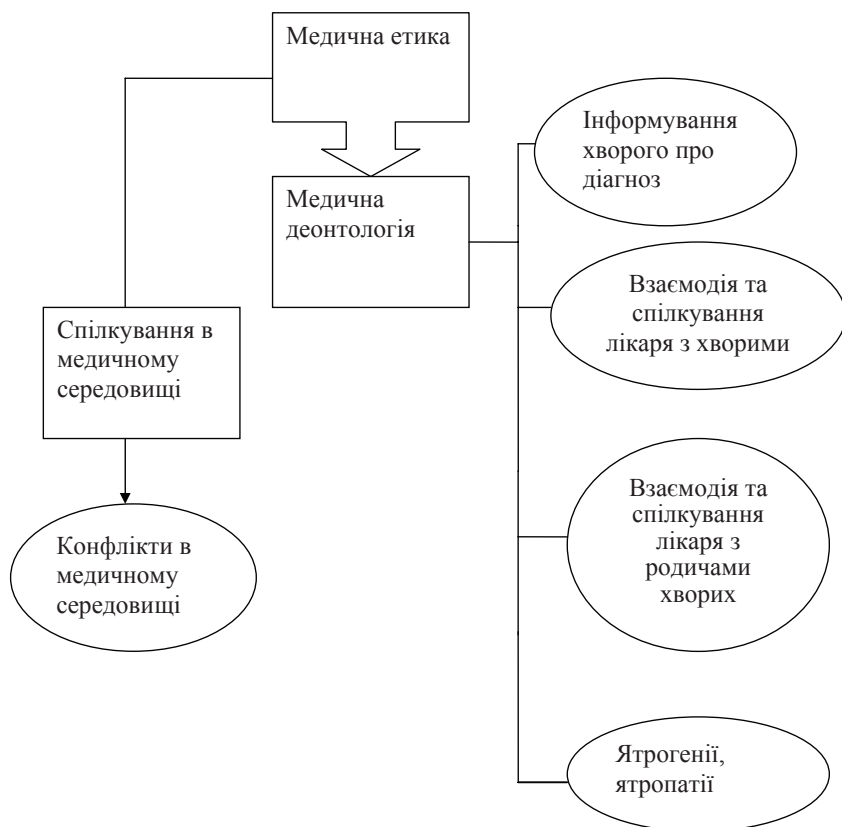
Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата

Продовж.

3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми: «Психологія лікувально-діагностичного процесу. Спілкування в медичному середовищі».



РОЗДІЛ 6

Психосоматичні розлади.

Актуальність теми:

Психосоматична медицина є міждисциплінарним напрямком, який розкриває та використовує в клінічній практиці взаємовпливи психіки та тіла. Разом з тим з часів Платона, який відділив „душу від тіла”, мала місце недооцінка ролі психосоматичних механізмів у виникненні та динаміці соматичної і психічної патології. Науково-медичні дослідження в цій галузі отримали свій розвиток порівняно недавно. Зв'язок соматичних розладів не тільки з певними функціональними та структурними змінами тих чи інших органів та систем, але і з психічними проявами, який був встановлений за допомогою експериментальних та клінічних досліджень, призвів до перегляду в медицині ХХ сторіччя однобічних органокалістичних поглядів.

Психосоматичні розлади зустрічаються частіше, ніж невротичні. У відповідності з останніми епідеміологічними даними за останні 10 років відмічається значний приріст осіб, які страждають на різні психосоматичні захворювання. При цьому найбільш поширеними є психосоматичні розлади серцево-судинної та травної систем.

Мета заняття – уміти трактувати поняття „психосоматика”, знати основні закономірності взаємовпливу психічної і соматичної складової в організмі людини та уміти пояснювати механізми впливу гострого емоційного стресу на стан психічного здоров'я людини.

Зміст заняття:

1. Патогенетичні механізми виникнення великих психосоматичних захворювань.

2. Основні клінічні прояви та сучасні погляди на механізми виникнення психосоматичних хвороб.

3. Основні теорії психосоматичних співвідношень.

4. Диференціально-діагностичні критерії психічного здоров'я, стану фізіологічної адаптації, емоційної напруги, дезадаптації з метою напрацювання стилю поведінки конкретної людини.

5. Роль емоційного стресу в етіопатогенезі психосоматичних захворювань.
6. Механізми психологічного захисту особистості.
7. Діагностичні критерії та «маски» прихованих депресій.
8. Психологічні особливості хворих з різними психосоматозами.

Інформаційний матеріал

Із давніх давен відомо, що існує вплив психіки на роботу внутрішніх органів та відповідний зворотній зв'язок. Однак останнім часом ця проблема набула особливого значення, тому ми її сьогодні спробуємо ретельно розглянути. Підставою для цього слугують, в першу чергу, пошуки шляхів наукової оцінки механізму і ролі таких впливів. Психосоматичні взаємовпливи, так само як психосоматичні захворювання, є об'єктивною реальністю. Тому необхідно правильно розуміти їхні механізми, хоча багато хто з них наукою ще не розкриті.

Дані психосоматичні та соматопсихічні взаємовпливи можна розглянути на таких досить простих прикладах.

Складні життєві ситуації і відповідні їм переживання людини можуть істотно змінювати функцію шлунка. Страх, важкі психічні потрясіння, депресивні переживання призводять до його гіпофункції. Навпаки, роздратування, гнів надмірно підсилюють різні сторони діяльності шлунка. На хворих, яким у силу тих чи інших обставин була накладена фістула шлунка, були вивчені зміни, що відбуваються в його слизовій оболонці при певних порушеннях психіки. Виявилось, що в стані глибокого розчарування і при важких душевних потрясіннях підвищення активності діяльності шлунку супроводжується гіперемією і набряком слизової оболонки.

З клінічної практики відомі численні факти зміни при душевному хвилюванні частоти і наповнення пульсу, артеріального тиску, частоти й обсягу дихання, швидкості кровотока, інтенсивності потовиділення і багатьох інших вегетативних реакцій. Не менш переконливими є значні порушення обміну речовин, особливо секреції адреналіну. Такі зміни носять минучий, або ж різко виражений стійкий характер.

Психосоматичні та соматопсихічні впливи іноді перетворюють звичну дійсність людини, вступаючи в протиборство навіть з інстинктом самозбереження. Сила творчої уяви настільки велика, що може призводити до складних тілесних змін, які чітко фіксуються і точно ідентифікуються уявою людини. Відомо, як французький письменник Флобер у запалі творчого натхнення, охоплений описом отруєння героїні свого роману миш'яком,

так яскраво уявив появу в неї ознак отруєння, що багато з цих ознак виникли в нього самого.

Таким чином, факти не тільки переконливо підтверджують існування психосоматичних та соматопсихічних впливів, але і наближають нас до пізнання складних закономірностей, що лежать у їх основі. Не випадково в нових визначеннях хвороби все частіше підкреслюється роль психічного фактору.

Термін «психосоматика» уперше був застосований на початку XIX в. J. Heinroth (1818). Майже через сто років після цього в лікарський лексикон було введене поняття «психосоматична медицина».

Психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, що виникають на основі взаємодії психічних і соматичних факторів і виявляються соматизацією психічних порушень; психічними розладами, що відображують реакцію організму на соматичне захворювання, або розвитком соматичної патології під впливом психогенних факторів.

Роль стресу у виникненні психосоматичних розладів.

В даний час інтерес до психосоматичної проблеми особливо великий, оскільки з другої половини XX в. різко зросло навантаження на нервову систему людини, на його психіку. Це пов'язано з тим, що більшість людей проживає у великих містах, одержуючи величезну кількість надлишкової інформації. Бурхливий розвиток науки і техніки, насиченість міжособистісних відносин, збільшення темпу життя вимагають від людини підвищеної психоемоційної напруги. Часті стресові ситуації можуть стати причиною порушень нервово-психічного здоров'я.

У сучасній науці велике місце належить проблемі стресу.

Стрес – це сформована в процесі еволюції загальна неспецифічна адаптаційна реакція у відповідь на дію стресогенних факторів (Selye H., 1936). Хронічний стрес супроводжується зниженням неспецифічної резистентності і є неспецифічною основою цілого ряду захворювань.

Моделлю, яка допомагає пояснити розвиток біологічної декомпенсації в умовах стресу, є **загальний адаптаційний синдром** – поняття, яке було введено Г. Сельє. Він стверджував, що розвиток реакції організму на тривалій та надмірний стрес зазвичай включає три фази:

1) Реакція тривоги, при якій активується захисні сили організму шляхом підвищення тону вегетативної нервової системи.

2) Стадія опору, на якій біологічна адаптація сягає максимуму з точки зору задіяних ресурсів організму.

3) Стадія виснаження, коли ресурси організму виснажені і здатність до опору знижується на стільки, що подальше перебування в умовах стресу може закінчитись хворобою, або ж смертю.

Взаємовідносини між людиною та оточуючим світом здійснюються по механізмам психологічної адаптації, що мають наступні стадії:

1. Фізіологічна адаптація, що характеризується адекватним реагуванням на навколишні події, причому мотиви зрозумілі, а мета є досяжною.

2. Напружена адаптація виникає у відповідь на будь-які сильні подразники, є короткочасною, при цьому людина відхиляється від поставленої мети, відбувається зміщення мотивів. Це проявляється емоційною напругою, загостренням рис особистості, безсонням, втратою апетиту, зниженням настрою. Ця адаптація не є хворобливим станом.

3. Патологічна адаптація (дезаптація) виникає в надзвичайних обставинах. Це завжди розлад, конфлікт, серйозна психічна травма. Такий зрив адаптації може викликати суїцидальні дії, психогенні та психосоматичні захворювання.

В залежності від характеру дії на людину, виділяють:

1) біологічний стрес, або системний – виникає при отруєннях, фізичних травмах, запальних процесах, соматичних захворюваннях,

2) психологічний стрес – виникає внаслідок негативних переживань і завжди охоплює емоційну сферу – це емоційний стрес, що нерідко сприяє зниженню життєдіяльності організму. Це призводить до розвитку психосоматичних захворювань та психогенних розладів. Основні причини психогенного стресу: інтраперсональні та інтерперсональні конфлікти, соціальні чинники.

Однією з форм стресу є **фрустрація** – психічний стан гострого переживання, що виникає внаслідок нездоланих перешкод на шляху до своєї мети. Таким чином, фрустрація – це завжди конфлікт між актуально значимою потребою і неможливістю її здійснити. Це один з найбільш поширених і важких станів, що призводить до депресії, тривоги, суїцидальних вчинків. При розвитку психосоматичних порушень важливу роль відіграє те, що при емоційному стресі відбуваються зміни у всій багаторівневій системі регулювання психофізичних співвідношень. На різних рівнях цієї системи регулювання здійснюється переважно психологічними або фізіологічними механізмами. При формуванні психосоматичних розладів істотні зміни відбуваються на кожному із взаємозалежних рівнів.

Вплив стресу на діяльність внутрішніх органів, у тому числі на імунні й обмінні процеси, підтверджено даними численних клінічних і експериментальних досліджень. Однак, психотравмуючі події є лише однієї скла-

довою патогенезу психосоматичних розладів. Значима роль у формуванні психосоматичних захворювань належить також особистісним властивостям.

Під впливом психотравми виникає альтернатива:

- Стресостійка людина залишається здоровою
- Захворіє невротичним розладом
- Захворіє психосоматичною хворобою (якщо не може дозволити собі невротичний тип реагування, демонстрацію тривоги і страху).

Історичний підхід і теорії виникнення психосоматичних розладів.

Термін «психосоматика» запропонував у 1818 році J. Heinroth, який пояснював значну кількість соматичних хвороб як психогенні, насамперед в етичному аспекті. Так, причини туберкульозу, епілепсії і рака він розглядав як результат переживання почуття злості і сорому, а особливо – сексуальних страждань. Через 10 років М. Якобі ввів поняття «соматопсихічне» як протилежне і в той же час доповнююче стосовно «психосоматичного».

Хоча термін «психосоматика» є новим, концепція, яку він відображає, так само стара, як і лікарське мистецтво.

Гіппократ першим у своєму вченні про темпераменти сформулював положення про єдність душі і тіла. Він висловив також думку про те, що хвороба являє собою особливу реакцію індивідуума на умови його життя в середовищі.

Для Гіппократа уявлення про хвору людини було важливіше ніж уявлення про діагноз хвороби. В ті ж часи існувала протилежна точка зору, постулатом якої була теза про те, що хвороби являють собою враження окремих частин організму і що, зокрема, причиною таких пошкоджень є «проникнення» в організм чогось стороннього. У душу може вторгнутися диявол, а в тіло – мікроб. Ці дві конфронтуючі точки зору з'явилися вихідним пунктом усіх медичних концепцій: одна – більш людяна, а інша – більш «об'єктивна»; одна прагнула до того, щоб виявити індивідуальні особливості хворої людини; інша за допомогою наукових висновків прагнула визначити діагноз хвороби; з погляду одних – індивідуум хворий; з погляду інших – в індивідуума хвороба. В період наукових відкриттів ХІХ сторіччя і верховенства експериментальної медицини, що зібрала великі етіологічні (причинні) факти, вчення про хвороби взяло верх над вченням про хвору людину, а вчення про патологічні процеси – над вченням про «грунт», на якій ці процеси розгортаються.

В лікарський лексикон термін «психосоматика» був уведений віденським психоаналітиком F. Deutsch у 1922 р.

Повернення до гіппократичної точки зору позначився наприкінці XIX – початку XX сторіччя. і був обумовлений досягненнями в області нейрофізіології і психіатрії.

Результати нейрофізіологічних досліджень сприяли отриманню важливих фактів про зв'язки нервової системи з різними соматичними системами організму.

Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції S. Freud, який довів, що «витіснений афект», «психічна травма» шляхом «конверсії» можуть виявлятися соматичним симптомом. S. Freud зауважував, що необхідна певна «соматична готовність» – фізичний фактор, що має значення для «вибору органа». У психіатрії S. Freud показав можливість лікування соматичних розладів при неврозах за допомогою психотерапії.

Його дослідження по істеричному (конверсійному) неврозі показали можливість прояву зовні хворобливих розладів не психічними, а соматичними симптомами. Найбільше часто конверсійні симптоми зустрічаються при істеричному характері, але вони можуть виникати і при будь-якому іншому характерологічному складі. Якщо в період створення вчення S. Freud найбільш частими конверсійними розладами були рухові – напади, паралічі, парези, астазія-абазія, анестезія, гіперестезія і т.д., то до дійсного часу конверсійні розлади виявляються насамперед у формі болю або респіраторних порушень (задишка).

Конверсійні симптоми, що є невротичними відрізняються від психосоматичних, тому що вони «вирішують» психологічні проблеми, виражаючи конфлікт символічним образом; як правило, фізичний розлад не відповідає анатомічному розподілові сенсомоторної іннервації. При неврозах відсутні вегетативні розлади, первинні пошкодження тканин організму, метаболічні порушення, а також існує позитивний ефект від психоаналітичної психотерапії, що при психосоматозах відсутній.

У зв'язку з цим більшість авторів стали дотримуватись тієї думки, що механізм враження тілесних функцій при психосоматичних розладах не може бути пояснений психоаналітичною концепцією.

Творчо розвиваючи ідею З. Фрейда, Р. Alexander (1943 р.) запропонував теорію емоційних конфліктів, які принципово впливають на внутрішні органи. Він спробував зв'язати специфіку психосоматичного захворювання з типом емоційного конфлікту. Емоційна напруга не може пригнічуватись,

тому що зберігаються вегетативні порушення, які супроводжують її. Надалі можуть наступити зміни тканин і незворотне органічне захворювання.

Наприклад, у пацієнтів з тиреотоксикозом виявляється глибинний страх перед смертю. Дуже часто у таких хворих в ранньому віці мала місце психологічна травма, наприклад втрата коханої людини, від якої вони залежали. Тому після цього вони намагалися компенсувати імпульс залежності спробами раннього дорослішання, наприклад, спробами опікувати когонебудь, замість того щоб самим залишатися в залежному положенні. Тому в пацієнта, що прагне до якнайшвидшого досягнення зрілості, вражується орган, який виділяє секрет, що прискорює обмін речовин.

Хронічно готові до боротьби «гіпертоніки» мають дисфункцію апарату кровообігу. Інтрапсихічний конфлікт у таких особистостей полягає у тому, що вони прагнуть усім подобатись та бути любимими та при цьому вони придушують вільне вираження неприязні та ворожості стосовно інших людей. Їхні ворожі емоції вирують, але не мають виходу. В юності вони можуть бути забіяками, але з віком зауважують, що відштовхують від себе людей своєю мстивістю і починають придушувати свої емоції.

«Артритик» – це людина, яка, завжди готова атакувати, але придушує в собі це прагнення. Існує значний емоційний вплив на мускульне вираження почуттів, що при цьому винятково сильно контролюється.

Пацієнт із нейродермітом має виражене прагнення до фізичного контакту, пригнічене стриманістю батьків, тому він має порушення в органах контакту.

Хворий на виразку шлунку мріє добре поїсти, і тоді з'являється ушкодження в тканинах верхнього відділу шлунково-кишкового тракту. Шлункові функції порушуються в людей, які сором'язливо реагують на своє бажання отримати допомогу або прояв любові з боку іншої людини, бажання обпертися на когонебудь. В інших випадках конфлікт виражається в почутті провини через бажання відібрати силою що-небудь в іншого. Причина, що пояснює, чому шлункові функції настільки уразливі для подібного конфлікту, полягає в тому, що їжа являє собою перше явне задоволення рецептивно-узагальнюючого бажання. У думках дитини бажання бути улюбленим і бажання бути нагодованим пов'язані дуже глибоко. Коли в більш зрілому віці бажання отримати допомогу від іншого викликає сором або сором'язливість, що нерідко в суспільстві, головною цінністю якого вважається незалежність, бажання це знаходить регресивне задоволення в підвищеному потязі до їжі. Цей потяг стимулює секрецію шлунку, а хронічне підвищення секреції в схильного індивіда може призвести до утворення виразки.

За даними Р. Alexander (1943 р.) є три аспекти формування психосоматичних розладів:

I. Специфічний конфлікт сприяє розвитку визначених захворювань у пацієнтів тільки тоді, коли при цьому існують інші генетичні, біохімічні і фізіологічні фактори.

II. Визначені життєві ситуації, у відношенні яких пацієнт сенситивізований в силу своїх ключових конфліктів, реактують і підсилюють ці конфлікти.

III. Сильні емоції супроводжують цей активований конфлікт і на основі автономних гормональних і нервово-м'язових механізмів діють таким чином, що в організмі виникають зміни в тілесній структурі і функціях.

У 1943 р. Данбар, яка мала тривалий клінічний досвід роботи в загальносоматичній лікарні, сформулювала теорію «профілів особистості», що полягає в тому, що люди, які страждають однією і тією ж хворобою, схожі за особистісними особливостями, які саме є відповідальними за виникнення захворювання. При складанні профілів враховувалися не тільки особистісні особливості, але й анамнестичні дані, наприклад, такі, як частота захворювання, нещасних випадків у близьких родичів, кількість розлучень, втрата батьків, відносини з рідними, історія минулих хвороб, операції, освіта, соціальний статус, відношення з навколишніми і т.д. Тільки взяті разом, вони могли дати повну характеристику особистості в цілому.

Автор описала профілі особистості для восьми хвороб (ішемічна хвороба серця, ревматоїдний артрит, склеродермія, бронхіальна астма, артеріальна гіпертензія, серцева аритмія, виразкова хвороба, анорексія) і дала їм назви: «виразкова особистість», «коронарна особистість», «артритична особистість» і т.д. Наприклад, у відношенні хворих ІХС була описана «коронарна особистість» з характерними агресивно-компульсивними особистісними особливостями, із прагненням багато часу проводити в роботі і завойовувати авторитет. До недоліків характерологічно-орієнтованих теорій можна віднести:

- фатальну зумовленість виникнення тих або інших захворювань у зв'язку з якостями особистості;
- відсутність опису патогенетичних механізмів розвитку хвороби під впливом особистісних рис;
- відсутність виділення значимості визначених якостей для патогенезу захворювання, тому що вони можуть бути проявами самого захворювання або наслідком психологічної ситуації, викликаного хворобою;
- недостатня увага дослідженню глибоких шарів психіки.

Також існує теорія алекситимії. *Алекситимія* – порушення в афективній і когнітивній сферах, що виявляється труднощами у визначенні й описі емоцій, загальним обмеженням власного афективного життя і фантазій.

Термін запропонований Р. Sifneos (1972, 1973 р.), який допускав, що алекситимічний негативний стиль (чітко знижене або відсутнє символічне мислення, спонукання, що невиявляються) специфічний для пацієнтів із класичними психосоматичними захворюваннями. У той час як невротичні пацієнти скаржаться на психологічні труднощі і емоційні симптоми, алекситиміки скаржаться на соматичні скарги, часом не пов'язані з якими-небудь фізичними (соматичними) хворобами, які у них є. Алекситиміки виявляють виражені утруднення в оцінці й описі своїх власних почуттів, а також здатності відрізнити емоційні стани від тілесних сенсацій. Іноді вони переконані в наявності в себе якого-небудь рідкісного і важкого захворювання і наполягають (припускаючи некомпетентність лікаря) на численних обстеженнях в медичних установах непсихіатричного профілю.

В числі клінічних ознак алекситимії відзначається нескінченний опис фізичних симптомів, часто не пов'язаних із супутніми захворюваннями. Мають місце скарги на напругу, дратівливість, нудьгу, порожнечу, непосидючість, нервозність. Відзначається виражена відсутність фантазій і складний опис тривіальних дій навколишніх. Характерні виражені труднощі в підборі відповідних слів для опису почуттів; бувають сльози, часом значні, але не пов'язані з відповідними почуттями (сум, злість). Сновидіння бувають рідко; афект звичайно невідповідний, неадекватний.

Інтерперсональні зв'язки звичайно бідні, з тенденцією до вираженої залежності або перевагою самотності, уникненням людей. Особистісний склад нарцисичний, пасивно-агресивний або пасивно-залежний, психопатичний. Моторика ригідна; терапевт звичайно знаходять пацієнта нудним і жахливо «тупим». Зв'язки із соціальним, освітнім, економічним і культурним фоном відсутні. Причина алекситимії дотепер невідома.

І остання теорія, про яку хотілося сьогодні згадати, це фізіологічна теорія, теорія «умовних рефлексів» Павлова. Вона бере свій початок від ідей Сеченова про рефлекторні основи психічної діяльності. Так, експериментально було показано, що напади бронхіальної астми на введення антигену у тварин вдавалося рефлекторно викликати акустичним сигналом вже через кілька підкріплень.

Пусковим механізмом психосоматичних розладів можуть бути фактори зовнішнього і внутрішнього середовища або порушення екстеро- та інтероцептивної сигналізації, що призводять до конфліктної ситуації між збудженням та гальмуванням у корі і підкірці. Був зроблений висновок про

те, що в більшості випадків постачальниками психосоматичних розладів є особистості зі слабкими і сильним неврівноваженим типами нервової системи. Вибірковість локалізації хворобливого процесу зв'язувалася з функціональним станом органа, його підвищеною реактивністю і зниженою опірністю.

Недоліки:

- недостатньо враховується роль особистісних факторів у розвитку психосоматичних розладів
- не вирішується питання як психічний початок впливає на тілесні функції
- дана теорія не з'ясує, за допомогою яких конкретних механізмів психічні переживання змінюють діяльність внутрішніх органів.

Сучасна системно-динамічна концепція виникнення психосоматичних захворювань.

Проведений аналіз концепцій психосоматичної медицини показує, що жодна з розроблених теорій не може бути основною, тому що не дозволяє вірогідно пояснити усі ланки в етіології і патогенезі психосоматичних захворювань.

Тому в даний час прийнято враховувати складність патогенезу психосоматичних розладів, що складається з ряду факторів:

1) спочатку виникають напруга і дисбаланс у багаторівневій системі соціуму (дія макро- мікросоціальних факторів). Серед даних факторів виділяється стресор, специфічний для особистості. Специфічність визначається тим, що стресовий фактор збігається зі значимою життєвою сферою. Формування «значимої життєвої сфери» залежить від виховання і соціального оточення людини в ранньому дитинстві.

2) надалі стресор взаємодіє з психофізіологічними особливостями особистості. Для того щоб виникли психосоматичні порушення, необхідним є наявність таких психофізіологічних особливостей: слабкий або середньо слабкий неврівноважений тип нервової системи, емоційна нестійкість, низька активність і деяка перевага процесів гальмування, висока тривожність. Від психофізіологічних характеристик залежить виразність фізіологічної відповіді на стресор.

3) спадкової схильності до психосоматичних розладів, що виявляється в хворих АГ у 22,7–62,5%; БА – 65,5–85,0%; нейродермітом – 66,0%; екземом – 61,0% випадків, а також при інших психосоматичних захворюваннях;

4) Те, який з органів буде слабшим, пов'язано зі спадковою схильністю, а також з додатковим фактором, яким є соматичний стан на момент впливу стресового фактору (гостре респіраторне захворювання, гастрит, дуоденіт, ВСД і т.д.) У результаті збігу всіх цих факторів виникає функціональний психосоматичний розлад, яке можна розглядати як зворотній стан. Протягом цього часу психосоматичні симптоми нестійкі і як правило пацієнти не звертаються за медичною допомогою. Між впливом стресора і початком органічного соматичного захворювання завжди проходить визначений функціональний період. Його тривалість різна, але частіше це інтервал від 1-2 міс до 1 року.

Складові психосоматичних розладів.

Виходячи зі структури психосоматичних співвідношень, за класифікацією Смулевича виділяється 4 групи станів:

- *Соматизовані психічні (соматоформні) реакції*, що формуються при невротичних або конституціональних розладах (неврози, невропатії).
- *Психогенні реакції (нозогенії)*, що виникають у зв'язку із соматичним захворюванням (останнє виступає в якості психотравмуючого фактору) і відносяться до групи реактивних станів.
- *Реакції по типу симптоматичної лабільності* – психогенно провована маніфестація або екзацербация соматичного захворювання (психосоматичні захворювання в традиційному їхньому розумінні).
- *Реакції екзогенного типу (соматогенії)*, які маніфестують внаслідок впливу соматичної шкідливості на психічну сферу і відносяться до категорії *симптоматичних психозів*, тобто до категорії екзогенних психічних порушень.

Про поширеність психосоматичних розладів з точністю судити важко (показники хворобливості звичайно занижені), оскільки ці хворі нерідко випадають з поля зору лікарів (звертаються до знахарів, цілителів). Проте частота психосоматичних розладів досить висока і коливається серед населення від 15 до 50%, а в загальномедичній практиці – від 30 до 57%. Епідеміологічні дослідження показують, що до психосоматичної патології більш схильні люди похилого і середнього віку, а також з низьким прожитковим рівнем. Ця патологія частіше відзначається у жінок. Таким чином, частота психосоматичних захворювань залежить від багатьох факторів (стать, вік, місце проживання, наявність або відсутність шкідливих звичок і т.д.).

Масковані депресії

Під соматизованими (маскованими) депресіями прийнято розуміти депресії, в клінічній картині яких на перший план виступають соматичні симптоми, а психопатологічні прояви залишаються в тіні, тобто депресивний афект ховається за різноманітними тілесними відчуттями. Такі депресії називають соматизованими оскільки їхня клініка обмежується розладами, звичайно характерними для соматичних захворювань, і маскованими, тому що власне депресивного настрою як такого майже непомітно: він як би ховається за проявами соматичних захворювань.

Дослідники, які займались вивченням подібних станів, позначали їх, як депресії, даючи їм різні назви (ларвірована, маскована, прихована, латентна, стерта, вегетативна, соматизована депресія, депресивні еквіваленти, депресія без депресії і т.д.), така різноманітність термінів свідчить про надзвичайну складність проблеми атипичних депресій, що пов'язана з питаннями етіопатогенезу, клінічної диференціації, нозологічної належності, терапії і т. д. При вивченні соматовегетативних розладів в рамках так званих м'яких, атипичних форм депресивних станів було відзначено, що клінічна картина захворювання характеризується домінуванням соматичних симптомів і порушень вегетативної нервової системи, що можуть цілком перекривати ознаки депресії, що лежать в їхній основі. Незважаючи на це, варто підкреслити, що усі вони являють собою «соматичні еквіваленти депресії», іншими словами, є вираженням «латентного депресивного стану».

По частоті соматизовані депресії перевершують класичні, або «явні», депресії. Хворі із соматизованими депресіями спостерігаються практично лікарями всіх спеціальностей. Однак дані про їхню частоту не відбивають дійсної картини поширеності цих станів, оскільки не є результатом цілеспрямованих епідеміологічних досліджень. На основі аналізу даних по звертаємості до сімейних лікарів афективні розлади були виявлені у 87% хворих. Серед них хворі із соматизованими депресіями складають від 7 до 31%. Порівняно більш високі показники поширеності соматизованих депресій відзначаються серед хворих так званого граничного профілю і загально медичної практики – до 22%.

Актуальність проблеми депресії добре ілюструє описаний більш 30 років тому Watts (1966 р.) «феномен айсберга». Як відомо, надводна частина айсберга – лише незначна (приблизно одна десята) його частина.

У широкій клінічній практиці особи з депресією, що звертаються до фахівців-психіатрів, – це і є надводна частина айсберга, а велику («прихо-

вану під водою») частину складають особи, що звертаються до інтерністів з різними соматичними скаргами, до яких «приклеюються» різні діагнози, – ревматологічні, гастроентерологічні, кардіологічні, неврологічні й інші (часто – «нейроциркуляторна», або «вегетативна», дистонія).

З метою своєчасного діагностування прихованих депресивних станів може бути запропонований комплекс ознак, що представляється досить надійним:

- початок захворювання часто не пов'язаний з впливом психогенних, соматогенних і екзогенно-органічних факторів;
- фазний перебіг: в анамнезі можна зустріти вказівки на повторюваність періодів нездужання, слабкості, нервовості, зниженого настрою, виражених порушень сну й інших розладів, властивих даному варіантові депресії. Тривалість фаз складає місяці і роки. Можуть мати місце епізоди легкої гіпоманії;
- спадкова обтяженість по лінії афективних психозів. Симптоматика захворювання може мати значну подібність із хворобливими розладами, що спостерігаються в найближчих родичів;
- добові коливання настрою і самопочуття (погіршення зранку, в першій половині дня, зі спонтанним поліпшенням у другій половині дня, до ночі – «вечірні інтервали»);
- вітальний відтінок зниженого настрою («важкість на душі, серце ниє, щемить, здавлює») із стійкими порушеннями сну, анорексією, зниженням лібідо, відчуттям упаду сил. У дітей і підлітків спостерігається дратівливість;
- помітне зменшення або збільшення маси тіла без використання дієти (більш 5% на місяць), тривала втрата апетиту; діти в масі тіла не додають;
- помітна втрата інтересу до усіх (майже) занять (робота, хобі, домашні справи), (так звана ангедонія);
- наявність у психічному стані вказівок на явища ідеаторного і психомоторного гальмування, порушення репродуктивної пам'яті, симптоми хворобливої психічної анестезії, деперсоналізації, дереалізації;
- нав'язливі думки про смерть (не тільки страх смерті), повторні думки про самогубство з планом або без нього або спроба самогубства;
- загальносоматичні і вегетативні розлади при прихованій депресії не укладаються в клінічну картину жодного визначеного соматичного захворювання. Проте існують форми прихованої депресії, що виявляють значну подібність із проявами соматичних захворювань. Термін «маскована» адекватний саме для цих форм.

П'ять перерахованих симптомів повинні відзначатися як мінімум протягом двох тижнів.

Лікарі загальної практики, до яких в першу чергу попадають хворі зі стертими афективними розладами, нерідко вважають, що депресія повинна бути «нормальною», тобто типовою. У зв'язку з цим не враховується безліч «масок», що приймають афективні розлади. Те, що більшість депресивних станів не розпізнається, не дивно, оскільки пацієнти звертаються до терапевта зі скаргами на соматичні симптоми. Як підкреслювалося вище, при соматизованих депресіях виявляється розрив між поліморфізмом соматоформних проявів і потребою в медичній допомозі, з одного боку, і відсутністю ознак, що об'єктивно виявляються, соматичного захворювання – з іншої.

Варіанти депресії

По ознаці домінуючих феноменів, які частіше бувають ізольованими, виділяють і варіанти маскованих депресій (за А. Б. Смулевичем):

I. «Маски» у формі психопатологічних розладів:

- тривожно-фобічні (генералізований тривожний розлад, панічні атаки, агорафобія);
- obsесивно-компульсивні (нав'язливості);
- іпохондричні;
- неврастенічні.

II. «Маски» у формі порушення біологічного ритму:

- безсоння;
- гіперсомнія.

III. «Маски» у формі вегетативних, соматизованих і ендокринних розладів:

- синдром вегетосудинної дистонії, запаморочення;
- функціональні порушення внутрішніх органів;
- нейродерміт, шкірна сверблячка;
- анорексія, булімія;
- імпотенція, порушення менструального циклу.

IV. «Маски» у формі алгій:

- цефалгії;
- кардіалгії;
- абдоміналгії;
- фіброміалгії;

- невралгії (трійчастого, лицьового нервів, міжреберна невралгія, попереково-крижовий радикуліт);
- спонділоалгії.

V. «Маски» у формі патохарактерологічних розладів:

- розлади потягів (дипсоманія, наркоманія, токсикоманія);
- антисоціальна поведінка (імпульсивність, конфліктність, спалахи агресії);
- істеричні реакції (вразливість, плаксивість, схильність до драматизації ситуації, прагнення привернути увагу до свого поганого самопочуття, прийняття ролі хворого).

Як вказувалост раніше, депресії, що приймають соматичні «маски», частіше зустрічаються в загальномедичній мережі. За даними S. Lesse (1980), від 1/3 до 2/3 усіх пацієнтів, що спостерігаються у лікарів широкого профілю і вузьких фахівців, страждають депресією, яка маскована іпохондричною або соматизованою симптоматикою.

Психосоматози

В їх етіопатогенезі значення психічного фактору суттєве або головне. Психічний фактор виступає у вигляді особистісної пре диспозиції, виборі специфічних способів переробки конфліктів.

Класично виділяють:

- есенціальна гіпертонія
- виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки
- бронхіальна астма
- цукровий діабет
- нейродерміти
- ревматоїдний артрит
- виразковий коліт

Особистість хворого на гіпертонічну хворобу (ГХ).

У пацієнтів з ГХ відмічаються такі особистісні риси:

- емоційна лабільність
- інтровертованість
- істероїдні риси
- підвищений рівень нейротизму
- підвищений рівень тривоги
- зниження фрустраційної толерантності
- песимізм, страх
- прагнення домінувати

- авторитарність
- прагнення до незалежності
- сором'язливість, невпевненість.

У таких осіб в структуру особистості входить інтраособистісний конфлікт між агресивними імпульсами та відчуттям залежності, тобто бажання відкрито виразити ворожість і потреба в адаптивній пасивній поведінці. Людина стримує власне роздратування, пригнічує бажання відповісти тим, хто його образив. Пригнічення негативних емоцій в період стресу призводить до погіршення стану і фіксації підвищеного АТ.

Особистість хворого на виразкову хворобу.

Характерні риси (які виникли внаслідок захворювання):

- педантизм
- інтровертованість
- афективна лабільність
- тривожність
- демонстративність
- песимізм
- депресивність
- ригідність мислення

Хворого на виразкову хворобу шлунку характеризує типова конфліктна ситуація. Бажання залишитись в інфантильній залежній ситуації – бути любимим та отримувати турботу – вступає у конфлікт із бажанням дорослого ЕГО до незалежності, досконалості та самодостатності.

Особистість хворого на бронхіальну астму (БА):

Риси особистості при БА:

- схильність до зниженого настрою
- підвищена тривожність
- часті фобії
- замкненість
- зниження працездатності

Окремі вчені в симптомі бронхоспазму бачать символічний вираз особистісного конфлікту між потребою пацієнта в ніжності та страхом перед нею. Основне значення в розвитку БА відводять пригніченню матір'ю емоційних проявів у дитини в ранньому віці – крику та плачу.

Сім'ї хворих на БА характеризуються стриманістю у проявах емоцій, батьки намагаються контролювати та пригнічувати ініціативу своїх дітей, блокувати несанкціоновані емоційні прояви.

Особистість хворого на цукровий діабет (ЦД):

- загальне зниження настрою
- емоційна лабільність
- байдужість
- неможливість самостійно прийняти рішення
- роздратованість
- підозрілість
- конфліктність
- почуття хронічної незадоволеності.

Нейродерміти (екзема і псоріаз)

Пасивність, важко дається самоствердження.

Виразковий коліт

Занижена самооцінка, підвищене прагнення до захисту та опіки

Ревматоїдний артрит

Демонстрація підвищеного рівня самоконтролю, тенденція до самопожертви і підвищена готовність допомогти іншим.

Завдання для самостійності роботи.

1. Термін „психосоматика” ввів:
 - а) Хейнрот ;
 - б) Уітмер;
 - в) Якобі;
 - г) Крепелін;
 - д) Менделєвич.

2. До психосоматичних захворювань відносять:
 - а) психічні порушення із соматичними проявами;
 - б) психічні порушення, як реакція організму на соматичне захворювання;
 - в) соматичні захворювання в етіопатогенезі яких психічний фактор відіграє одну із провідних ролей;

- г) соматоформні розлади;
- д) всі відповіді вірні

3. До психосоціальних факторів, які впливають на розвиток психосоматичних захворювань відносять всі, крім:

- а) гостра психічна травма;
- б) несприятливі життєві події і зміни;
- в) темперамент та характер людини;
- г) мінімальна мозкова дисфункція;
- д) надмірно фіксоване відношення до свого захворювання.

4. Термін „соматопсихіка” ввів:

- а) Аліксандер;
- б) Фрейд;
- в) Якобі;
- г) Хейнрот;
- д) Уітмер.

5. Психоаналітична концепція Фрейда має в своїй основі положення:

- а) конверсії витісненого афекту на орган;
- б) профілю особистості;
- в) символічної мови органів;
- г) алекситимії;
- д) психофізіологічні механізми.

6. За теорією Александра у хворих на тиреотоксикоз спостерігається емоційний конфлікт у вигляді:

- а) потреби у мускульному вираженні почуттів та її пригніченням;
- б) потреби у визнанні та вільним вираженням неприязні та ворожості стосовно інших людей;
- в) потреби у фізичному контакті, яка пригнічується стриманістю батьків у дитинстві;
- г) потреби в незалежності та швидкому дорослішанні;
- д) потреби в опіці.

7. Данбар описала профілі особистості для таких хвороб, крім:

- а) бронхіальна астма;
- б) артеріальна гіпертензія;
- в) тиреотоксикоз;

- г) ревматоїдний артрит;
- д) ІХС.

8. Термін „алекситимія” запропонований:

- а) Уїтмером;
- б) Павловим;
- в) Мудровим;
- г) Сіфнеосом;
- д) Хейнротом.

9. До особливостей алекситимічних особистостей відносять все, крім:

- а) ускладнення в описі своїх власних почуттів;
- б) знижене абстрактне мислення;
- в) уникнення людей;
- г) слабка здатність відрізняти емоційні стани від тілесних сенсацій;
- д) виражена відсутність фантазій.

10. Концепція Ф. Александра має в своїй основі положення:

- а) алекситимії;
- б) психофізіологічні механізми;
- в) символічної мови органів;
- г) конверсії витісненого афекту на орган;
- д) профілю особистості.

Еталони відповідей до завдань

- | | |
|---------------|----------------|
| Завдання 1. а | Завдання 6. б |
| Завдання 2. в | Завдання 7. в |
| Завдання 3. б | Завдання 8. г |
| Завдання 4. в | Завдання 9. б |
| Завдання 5. а | Завдання 10. в |

Контрольні питання.

1. Основні сучасні концепції взаємовпливу психіки і соми.
2. Роль стресу у виникненні психосоматичних розладів.
3. Психологічні і соматичні компоненти стресу.
4. Стадії адаптаційного синдрому.
5. Види психологічного захисту.
6. Поняття адаптації та дезадаптації. Порушення адаптації, дістрес.
7. Теорії психосоматичних співвідношень.

8. Проблема соматизованих депресій, їх основні клінічні прояви.
9. Психосоматичні розлади при захворюваннях різних органів та систем організму людини.
10. Поняття про психосоматози.

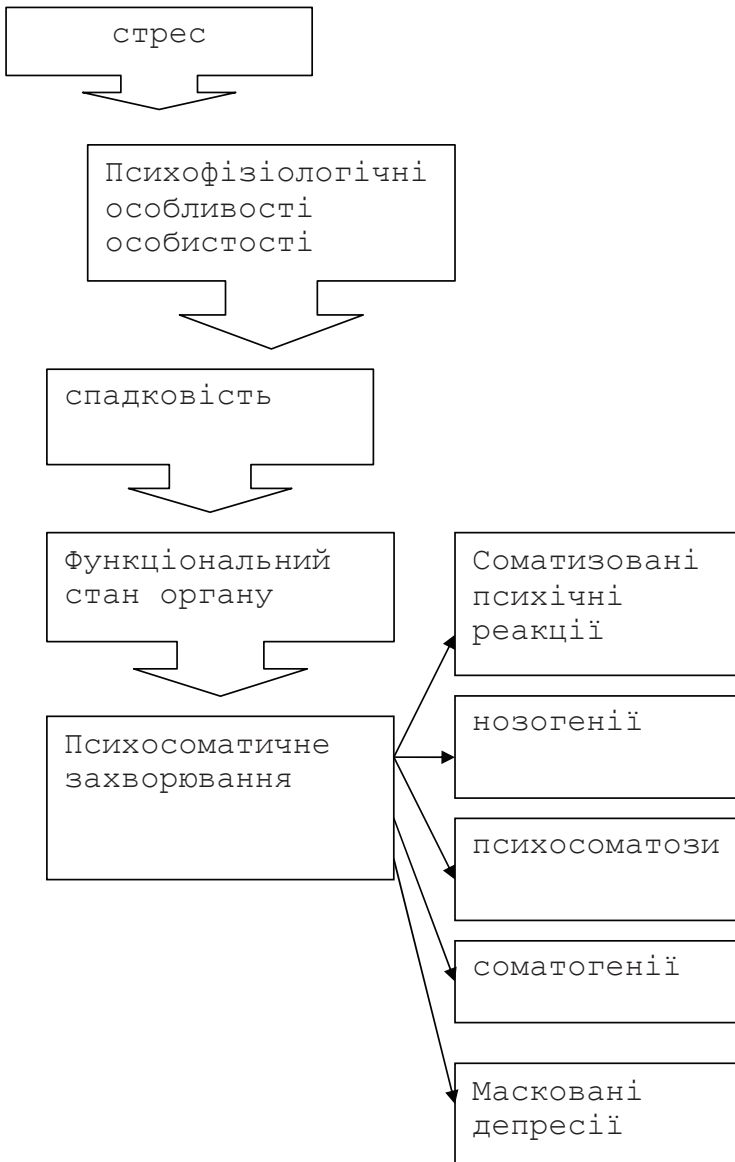
Література.

1. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.
2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.: «Здоров'я». – 1994. – С.76-89.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд. - М.: „МЕДпресс-информ”, 2002. – С.3-61.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми: «Психосоматичні розлади»



РОЗДІЛ 7

Психологічні особливості хворих з різними захворюваннями.

Актуальність теми:

Вітчизняна медицина при вивченні хвороб виходить із визнання єдності соматичного та психічного, організму та особистості у всій складності їх співвідношень. М.Я. Мудров, С.П. Боткін, Г.А. Захарьїн та інші підкресливали необхідність врахування особистісних особливостей хворих, як у діагностиці, так і при терапії захворювань.

При соматичних захворюваннях дуже часто зустрічаються неврозоподібні стани, які при цілій низці захворювань проявляються різними клінічними феноменами. Окрім неврозоподібних проявів соматичного захворювання, психічних реакцій на ту, або іншу хворобу, складні соматопсихічні переплетення створюють своєрідний колорит невротичних нашарувань. Вони являють собою різноманітні аутогенні реакції особистості хворого на хворобу, які, в свою чергу поширюючись, можуть навіть перекрити основну симптоматику соматичного захворювання.

Мета заняття – знати основні риси особистостей хворих при різних захворюваннях, типи реакції на хворобу, які найчастіше зустрічаються при тому чи іншому захворюванні та особливості психотерапевтичної корекції патологічного типу реагування в залежності від нозології.

Зміст заняття:

1. Особливості психіки хворих в терапевтичній клініці.
2. Особливості психіки хірургічного та онкологічного хворого в залежності від етапу лікування.
3. Психологічні зміни у хворих при ендокринній патології.
4. Особливості психіки хворих при інфекційних захворюваннях.
5. Зміни психіки хворих при вадах розвитку та пошкодження обличчя та тіла.
6. Психологічні зміни особистості вагітних жінок в залежності від триместру вагітності та психічні розлади періоду вагітності та пологів.
7. Особливості психіки хворих дітей та осіб похилого віку.

Інформаційний матеріал

Вся історія медицини відбиває тісний взаємозв'язок самопочуття з психічним станом, але, насамперед, з настроєм самого індивідуума. "Внутрішня мова емоцій – це функція органів" (С.К. Краснушкін), тобто кожен психічний вплив одержує те чи інше відображення в тілесних відчуттях і процесах як у нормі, так і при патології. Хворий відрізняється від здорової людини тим, що в нього поряд зі змінами функціонування внутрішніх органів і фізичного самопочуття якісно змінюється психічний стан. Хвороба змінює сприйняття і ставлення людини до подій, які відбуваються, до самої себе, створює особливе її становище серед близьких людей, у суспільстві. Спостерігається орієнтація уваги від зовнішнього світу до власних відчуттів, функцій власного тіла, обмеження інтересів. Психіка хворого з початку захворювання виявляється в незвичайному стані, тому що через хворобу порушується звичний ритм життя, праці, відпочинку, сну.

Психологія хворих із серцево-судинного патологією

При прогресуванні хронічної хвороби змінюється вся система стосунків хворих. Значущими стають тільки ті події, що не суперечать знову виділеному змістоутворюючому мотиву збереження життя. Внаслідок цього з'являється замкнутість, відчуженість, збіднення контактів з людьми, пасивність. Виділення мотиву збереження життя веде до формування обмежувальної поведінки, інертності, зниженню активності.

Стан психіки хворих з різними захворюваннями серця давно привертав до себе увагу лікарів. Це пояснюється сформованим у свідомості людини уявленням про те, що порушення серцевої діяльності являє собою загрозу для життя.

Кардіофобії – один з найбільш частих і найбільш значущих психовегетативних синдромів у широкій лікарській практиці. Почуття перекардіального дискомфорту і незвичайні відчуття в лівій половині грудної клітки, що виникають спочатку в умовах психотравмуючої ситуації чи навіть при її відсутності, після тривалої астенізації обумовлюють наростаючу тривогу і сторожкість хворих, фіксацію на діяльності серця, все більшу впевненість у наявності в них серйозного серцевого захворювання, що формує страх смерті.

Невизначене, спочатку дифузне занепокоєння, афективна напруга, тривожність, помисливість і страхи, що зростають, стають основою для розвитку гострого кардіофобічного приступу.

Хворобливий, вітальний страх, якого зазнає хворий через серцево-судинні розлади, несумірний ні за інтенсивністю, ні за характером зі звичайними людськими почуттями і переживаннями. Почуття не загрози, а

близькості "смерті, що насувається", стає для хворого єдиною реальністю. І той очевидний факт, що десятки вже перенесених ним раніше подібних приступів не привели ні до інфаркту міокарда, ні до серцевої недостатності, не мають для нього ніякого значення. Давно відомо, що страшно не вмерти, а страшно вмирати. Доля цих хворих, що "умирають з ночі в ніч чи зо дня в день, воістину трагічна". Зазнаючи страху за своє серце й у міжприступному періоді, такі хворі постійно рахують у себе пульс, ретельно аналізують будь-які зміни серцевої діяльності. З езоповим педантизмом вони підкоряють безперестанній боротьбі "за підтримку свого серця" не тільки усе своє життя, але і життя оточуючих.

Деякі лікарі не приділяють достатньої уваги стражданням таких хворих і не враховують вищенаведених явищ. Найважливіший засіб лікування цих станів – психотерапія.

Інфаркт міокарда. Серед гострих серцево-судинних захворювань, що загрожують життю людини, на першому місці стоїть інфаркт міокарда. Як важке соматичне захворювання, він робить інтенсивний психотравмуючий, стресовий вплив на психіку, насамперед своєю гостротою, несподіванкою, суб'єктивною вагою, невизначеністю та ймовірністю трагічного результату, можливістю інвалідності.

Психічні порушення при інфарктах міокарда різноманітні, складні й можуть розвиватися гостро, підгостро чи поступово. Одною з частих змін психічної діяльності, що розвиваються слідом за гострим періодом інфаркту міокарда, є тривале безсоння, на фоні якого можуть виникати психотичні епізоди з ілюзорно-галюцинаторними розладами і руховим неспокоєм, із утратою критичного осмислення оточення й оцінки власного стану. У **гострому** періоді інфаркту міокарда можуть бути афективні зміни у вигляді вираженої тривоги, пригніченості. Хворий, охоплений передчуттям лиха чи катастрофи, що наближається, мечеться, не знаходить собі місця. З'являється несвідомий страх смерті. Іноді в гострому періоді спостерігається підвищений настрій, переконаність у відсутності будь-якого соматичного захворювання і, насамперед, інфаркту міокарда. У цьому періоді хворі скаржаться, що "кольори потьмяніли", усі явища дійсності втратили свою яскравість і придбали якийсь особливий, здебільшого повільний ритм. Описана симптоматика постійно поєднується із симптомами загальної анестезії, зниженням спонукань, виснаженістю психічних функцій.

У **підгострому** періоді інфаркту міокарда частіше зустрічаються більш помітні зміни психічного вигляду людини. Досить часто виявляються стійкі іпохондричні порушення: колись активна особистість вкрай обмежує коло своєї діяльності, інтересів, намагаючись уникнути навіть необхідних

медичних рекомендацій, занять лікувальною гімнастикою, віддає перевагу ліжковому режиму перед виконанням фізичної чи інтелектуальної праці. У бесіді з такими пацієнтами звертає на себе увагу зайва зосередженість на темі хвороби, її результаті.

В інших після перенесеного інфаркту міокарда з'являється іпохондрична фіксація насамперед на діяльності серця, що часто має фобічний відтінок: хворі схильні перераховувати пульс, з будь-якого незначного приводу вони звертаються за порадами до лікаря і навіть до осіб немедицинської спеціальності. Мають місце також затяжні невротичні реакції з плаксивістю, ранимістю, дратівливістю.

Питання співвідношення особистості й хвороби залишаються в центрі уваги при вивченні проблеми реадаптації хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Подальша адаптація хворого в соціальному і трудовому аспекті визначається, головним чином, правильним аналізом, усвідомленістю хворим факту свого захворювання.

При цьому немає прямого співвідношення між типологічними особливостями особистості та її пригніченості хворобою. Особистість зі стійкими вольовими якостями іноді ставала нездатною до адекватно стійкого, правильного аналізу змін, які відбулися в соматичній сфері, адекватній оцінці фізичного благополуччя. У цих випадках астено-депресивні реакції виявлялися стійкими, незважаючи на позитивну динаміку соматичного захворювання.

Такі хворі мають потребу в постійних психотерапевтичних бесідах. Основою для їхньої психотерапії служить добрий контакт між лікарем і хворим. Цей контакт допомагає хворому вірити своєму лікарю, бути упевненим у правильності лікування, сформуванню належне ставлення до свого захворювання.

Для профілактики інфаркту міокарда рекомендується враховувати преморбідні особливості хворих, які відрізняються особливими рисами характеру, такими як прагнення досягти поставленої мети, відсутність чи наявність задоволення в роботі й у відпочинку. Важливо також і усунення "факторів ризику" – зменшення негативних емоційних впливів.

Необхідно знати зміну психології хворих вже в **продромальному** періоді інфаркту міокарда, що мають "сигнальне значення": відчуття "неясної затуманеної голови", нечіткість сприйняття оточуючого, неможливість зосередитися при розумовій діяльності. Зазначені відчуття супроводжуються, як правило, змінами в емоційній сфері – з'являються передчуття небезпеки, тривога, туга, іноді – ейфорія. Лікар повинен знати, що подібні зміни в психології людини слугують провісником інфаркту міокарда.

Гіпертонічна хвороба. Однією з найважливіших проблем медицини є гіпертонічна хвороба. При гіпертонічній хворобі в початковій стадії більшість хворих адекватно оцінюють свій стан здоров'я, правильно сприймають рекомендації та призначення лікаря. Частина хворих із тривожно-помисливими рисами у преморбіді підвищення артеріального тиску сприймають як "трагедію", катастрофу. Настрій стає зниженим, увага фіксована на хворобливих відчуттях, коло інтересів звужується.

В іншій групі хворих діагноз гіпертонічної хвороби не викликає якої-небудь реакції, вони ігнорують захворювання, відмовляються від лікування. Таке ставлення до хвороби спостерігається переважно в осіб, що зловживають алкоголем (Лакосіна Н.Д., Ушаков Г.К., 1976).

Хворі, що тривало страждають на гіпертонічне захворювання, можуть звикатися з ним і перестають звертати увагу на серйозність хвороби, необхідність лікування.

Прогресування хвороби може призводити до наростання вираженого астенічного симптомокомплексу, що передує органічній зміні психічної діяльності, яка виражається в порушенні пам'яті, коливаннях настрою, легкодухості, стомлюваності. Хворі стають вразливими, ранимими, з'являється іпохондрична фіксація на різних хворобливих відчуттях.

У якості **преморбідних** особливостей особистості, що схиляють до розвитку гіпертонічної хвороби, фігурує звичайно виражена афективна нестійкість: тривожність, помисливість, підвищена вразливість, ригідність у переживанні неприємних вражень і обмежена здатність до переживання позитивних емоцій.

Найтісніший взаємозв'язок між сомою і психікою на всіх етапах розвитку гіпертонічної хвороби робить її однією з найбільш яскравих представників психосоматичних страждань.

Основними патогенетичними факторами гіпертонічної хвороби стають, за Г.Ф. Лангом (1958), психічна травматизація і психічна перенапруга. Саме емоції, як ланка, яка сполучає психічне і соматичне, сприяють гіпертонії.

Тому велике значення мають при гіпертонічній хворобі бесіди лікаря, спрямовані на роз'яснення і заспокоєння хворого з урахуванням його індивідуальних особистісних особливостей. Певний ефект дає навчання хворого прийомам аутогенного тренування.

Деонтологічними принципами в терапії серцево-судинних захворювань є: 1) досягнення максимального довірливого контакту з хворим, що дозволяє одержати повноцінне уявлення про особистість пацієнта, історію його захворювання, скарги; 2) здійснення раціональної психотерапії, яка

знімає в хворого зайву напругу, вселяє в нього надії на благополучне лікування. Розглядаючи питання використання діагностичних методів і засобів лікування з позиції деонтології, варто виходити з того, що розробка методів дослідження і лікування диктується вимогами практичної медицини і прогресом науки. Це неминуче веде до зсуву акцентів у професійній орієнтованості лікаря, ставленні до оцінки значущості низки сучасних діагностичних методів і підходів у лікуванні, які змінюються за складністю виконання і ступеню ризику. Безперечно, використання цих методів спрямовано на одержання важливої діагностичної інформації, від чого й залежить вибір ефективної лікувальної тактики, але лікар не повинен призначати складних, а часом небезпечних для хворого досліджень без вагомих на те підстав.

Захворювання шлунково-кишкового тракту. Для *виразкової хвороби* характерні дратівливість, гарячковість і конфліктність, депресія, апатія, фобії, істеричні реакції. Часто трапляється сенситивний тип особистості з переживаннями страху і внутрішньої тривоги. Хворі шлунково-кишкового профілю часто проявляють роздратованість, образливість, стомлюваність. Вони часто вступають в конфлікт вдома та у лікарнях з персоналом, чим значно затруднюються взаємостосунки з ними. У багатьох пацієнтів розвивається канцерофобія і патологічна впевненість в онкозахворюванні.

Бронхолегеневі захворювання. При *бронхіальній астмі* емоційне напруження у хворих сприяє виникненню нападів задухи, і реакція при цьому значною мірою залежить від особливостей нападу. При хронічному перебігу бронхіальної астми характер хворих змінюється за іпохондричним, істеричним типом ставлення до хвороби.

Психологія хворих з ендокринною патологією

Однією з найбільш важких ендокринних патологій є цукровий діабет. Роль психічного параметра (стресу) у виникненні цукрового діабету в даний час є доведеною. Були описані "діабет біржовиків" і "діабет банкірів", як захворювання, у генезі яких роль професійних психічних перенапруг виділялася особливо.

Більшістю медиків розділялася точка зору про те, що гостра емоційна травма чи тривалий психологічний стрес можуть лише спровокувати латентний діабет, перевівши його в клінічний стан.

Психічні фактори можуть прямо і непрямо впливати на рівень цукру в крові у хворих на цукровий діабет. Непрямий вплив психічних факторів на рівень цукру визначається їхньою схильністю. Хворі сьогодні самі активно беруть участь у своєму лікуванні. Щоденний контроль за рівнем цукру в крові, ін'єкції інсуліну і виконання запропонованої дієти вимагають не

тільки професійної підготовки, але і пристосування всього способу життя до виконання цієї програми самостійного лікування.

Психічні фактори й емоційні конфлікти можуть істотно впливати на індивідуальну здатність до виконання цих процедур і рекомендацій.

Хворі цукровим діабетом – хронічно хворі люди, які можуть важко реагувати на своє захворювання і лікування. Ці реакції можуть бути обумовлені усвідомленням хронічного характеру хвороби з гострими і тривалими ускладненнями та необхідністю самостійного лікування.

Первісна постановка діагнозу є шоком для багатьох хворих, особливо для дітей та підлітків, їхніх родин. Наслідком цього можуть бути депресії, розлади самооцінки і затримка розвитку ідентифікації.

Цукровий діабет пов'язаний з рядом гострих і тривалих ускладнень. Гіпо- і гіперглікемії – це гострі порушення обмінних процесів, які можуть стати джерелом не тільки первинних, фізичних, але і вторинних, психічних, ускладнень (наприклад, страх гіпоглікемії). Тривалі несприятливі порушення обмінних процесів можуть приводити до важких ушкоджень нервів і дрібних чи великих кровоносних судин (макро- і мікроангіопатії, невротії). Хворі зазвичай знають про можливість таких важких ускладнень, як сліпота, поразка нирок з необхідністю діалізу, ампутації ніг. Страх перед такими ймовірними ускладненнями- найбільш сильне і часте психічне обтяження хворих.

Поряд із самою хворобою та її ускладненнями ще одним джерелом емоційних перевантажень є усвідомлення необхідності перебудови всього життя, що стає підпорядкованим вимогам самостійного лікування.

Хворі на цукровий діабет мають особливу особистісну структуру, яка відрізняє їх як від хворих з іншими хронічними захворюваннями, так і від здорових людей. Такі риси як егоцентризм, дратівливість, примхливість і нестриманість часто зустрічаються у хворих діабетом. Також, серед хворих діабетом частіше, ніж у середньому серед населення, зустрічаються люди інтелігентні й енергійні.

Подібна категоричність можливо й не відбиває реальної ситуації, однак є численні свідчення на користь існування певних характерологічних і особистісних особливостей хворих діабетом. До них найчастіше відносять поєднання шизоїдних рис характеру з "паранояльною готовністю", властиву дітям ще до хвороби, явну чи приховану тривожність, занепокоєння, риси нервозності. Крім того, багато дослідників відзначали, що діти, які страждають на цукровий діабет, до захворювання відрізнялися підвищеною сумлінністю, серйозністю, відсутністю дитячої безтурботності. У них

часто відзначаються порушення контактів з дорослими, конфлікти з родичами.

На формування психічних розладів впливає тип цукрового діабету, його тривалість і ступінь ваги, а початок захворювання в дитячому і підлітковому віці та тривалий (більше 8-9 років) перебіг хвороби створюють передумови для патологічного розвитку особистості хворих. Доведеним можна вважати той факт, що частота зустрічаємості психопатологічних синдромів залежить також від типу цукрового діабету. При цукровому діабеті I-го типу (інсулінзалежному) переважно присутні астено-депресивний та істероформний синдроми й істеричний варіант розвитку особистості, а при цукровому діабеті 2-го типу (інсуліннезалежному) частіше зустрічаються астеничний і астено-іпохондричний синдроми, а також обсесивний, експлозивний і психосоматичний варіанти патологічного розвитку особистості.

Психотерапевтичні заходи показані на всіх рівнях психофізичної взаємодії, оскільки лише медикаментозне лікування не в змозі змінити стан хворого і тільки сприятиме хронізації захворювання.

Психологія хворих при інфекційних захворюваннях

На поведінку хворого інфекційним захворюванням нерідко впливає саме виявлення інфекційного захворювання ("заразного"), госпіталізація в інфекційну лікарню, ізоляція від близьких, почуття страху і сорому, що він "заразний і небезпечний для оточуючих". Багато хворих, які поміщені в інфекційні відділення, відчувають страх заразитися від інших, виявляють почуття гидливості. У деяких це може переходити в стан тривоги, помисливості, внаслідок чого порушується сон, з'являються нав'язливі страхи.

У продромальній стадії інфекційної хвороби оцінка хворим свого стану залежить від психотравмуючої ситуації. У стадії розпалу хвороби переважають симптоми загальнотоксичного характеру, іноді порушення свідомості. У стадії видужання переважають різні астеничні прояви.

У хворих на особливо небезпечні інфекції вага захворювання висока, контагіозність, сумнівний прогноз нерідко викликають гострі психологічні реакції, що нагадують поведінку людей під час масових стихійних лих.

При грипі необхідно уважно ставитися до скарг хворих на тужливий стан, безсоння, схильність переоцінювати все життя в плані ідей самозвиначення. Ці порушення не завжди йдуть паралельно гостроті й виразності загальносоматичних розладів і, залишені без уваги лікаря, переростають у тугу, депресію, суїцидальні висловлення. Тоді увага до таких хворих по-

винна бути подвійною: індивідуальний пост, призначення психіатром снодійних і антидепресантів.

Трохи інакше реагують на захворювання хворі на туберкульоз. Це пов'язано з тим, що лікування даної патології обумовлено тривалою госпіталізацією і наявністю великої кількості упереджень і неправильних уявлень про туберкульоз, як про важке, "заразне", невиліковне захворювання. Повідомлення про це захворювання деякими хворими сприймається як катастрофа, як трагедія. У таких хворих виникає депресія (депресивний стан) як реакція на хворобу, на поміщення в лікарню, на чекання складних обстежень, на відрив від звичної обстановки. У багатьох хворих виникає страх, що після захворювання вони можуть опинитися в ізоляції, їх будуть остерігатися співробітники, родичі, сусіди.

Усі зазначені сумніви повинен розвіяти лікар при перших бесідах і при повідомленні про діагноз і необхідність лікування в умовах стаціонару.

У більшості випадків хворі належним чином сприймають факт хвороби, незважаючи на більш-менш виражену психогенну реакцію, приймають необхідне лікування. Іноді спостерігається повне заперечення хвороби. Такі хворі представляють великі складності, тому що відмовляються від обстеження і лікування, не дотримують санітарно-гігієнічних правил і можуть стати джерелом зараження своїх близьких.

Часто родичі через помилковий сором і страх скривдити хворого члена родини також не дотримують гігієнічних норм, піддаючи себе і своїх дітей небезпеці зараження туберкульозом.

Психологічні особливості хворих, інфікованих СНІДом

Реакція людей на діагностику в них СНІДу – цієї найстрашнішої хвороби, «чуми 20 століття» – прояв психологічного стресу зі зниженням настрою, ідеями самозвинувачення, суїцидальними думками і тенденціями. У хворих виникає нав'язливий страх смерті, уявлення про процес помирання, деяких хвилює думка про можливість зараження родичів побутовим шляхом. Надалі може з'явитися симптом зниження інтелекту. В осіб із групи ризику, куди входять уражені вірусом СНІДу і найбільш піддані небезпеці зараження, з'являється тривога, дратівливість, занепокоєння, знижується працездатність. Вони концентруються на своєму здоров'ї, читають багато літератури про це захворювання, шукають у себе його симптоми. Чимало людей розривають свої сексуальні зв'язки. Деякі ж виявляють відверті антисоціальні тенденції, прагнучи до передачі вірусу СНІДу іншим людям.

Психологічні особливості хворих зі шкірними і венеричними захворюваннями

Шкіра – це частина людського організму, яка забезпечує людині нормальне спілкування з людьми так само, як і фігура. Вони мають велике психологічне значення. Психічні реакції на поразку шкіри містять у собі більш широке коло розладів, обумовлених негативними естетичними уявленнями: бридливістю з боку оточуючих, соромом, почуттям власної неповноцінності і непевністю у майбутньому з боку хворого. Найсильніше спотворює зовнішній вигляд псоріаз, екзема, акне, колоїди, гіпертрихоз. Особливо в пубертатному періоді хворі на ці захворювання впадають у депресію, яка часто, з об'єктивної точки зору, не відповідає характеру захворювання, наприклад, при непомітних акне чи при помірному випаданні волосся. Особливу проблему являє собою свербіж при деяких шкірних захворюваннях, що породжує дратівливість, безсоння і депресію. Хворий скоріше подякує за усунення свербіння, ніж за усунення шкірних проявів захворювання.

Хворим притаманні відчуття сором'язливості, скутості, особливо з висипанням на відкритих частинах тіла, причому ці відчуття посилюються нездоровим інтересом до них оточуючих. Хворі усамітнюються, стають дратівливими, неврівноваженими. Особливо важко переносять хворобу молоді люди, у яких формуються думки про власну неповноцінність. Венеричні захворювання мають глибоко психотравмуючий характер і викликають у хворих страх перед прогнозом захворювання, необхідністю тривалого лікування.

Психологічні особливості хворих з органічним ураженням головного мозку

Неврологу нерідко доводиться мати справу з пухлинами мозку і важкими церебропатіями при менш важких захворюваннях, наприклад, при головних болях іншої етіології. Обстеження психолога може допомогти у визначенні ступеня розладу вищої нервової діяльності й психіки при органічній поразці головного мозку. Психогенні фактори іноді провокують екстрапірамідні симптоми при органічних поразках (наприклад, при хворобі Паркінсона), а в деяких провокують великий судорожний припадок чи приступи мігрені. Захворювання, особливо пов'язані з обмеженням рухливості, викликають депресію і пригніченість. Більше уваги варто було б приділяти розвитку реабілітації наслідків мозкових крововиливів. Йдеться про індивідуальну школу для дорослих, котрі мають потребу у відновленні порушених знань і здібностей, таких, як мова, читання, рахування.

Особливості спілкування з психічно хворими

Ставленню до хворих на психічні захворювання має бути таким самим, як і до інших хворих: коректним, ввічливим, доброзичливим, привітним і милосердним. У бесіді з цими хворими необхідно уважно вислуховувати їхні скарги, якими б абсурдними вони не здавалися, як до проявів хвороби. Не можна допускати брутальності, зневаги, глузувань над хворими. Лікарю необхідно рятуватися від ще існуючих у суспільстві забобонів стосовно психічно хворих. Потрібно пам'ятати, що в деяких хворих відсутня свідомість хвороби, і їх доводиться невідкладно госпіталізувати до психіатричного стаціонару і лікувати без їхньої згоди, а нерідко і всупереч їм. Це вимагає від лікаря і персоналу психіатричної лікарні великого такту і терпіння. З родичами хворих необхідно проводити заспокійливі бесіди, переконувати їх у необхідності стаціонарного чи амбулаторного лікування. У психіатричному стаціонарі необхідно дотримуватися пильності, уважно стежити за тим, щоб хворі не робили нічого, що загрожує як власному здоров'ю і життю, так і іншим. У спілкуванні з психічно хворими слід бути коректним і не обманювати.

ПСИХОЛОГІЯ ЖІНКИ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Багато століть допомога і лікування жінок знаходилися в руках повитух, знахарок, пізніше – акушерок, які часто не мали достатніх медичних знань. Забобони вимагали, щоб до жінки, особливо вагітної і під час пологів, не доторкалися руки чоловіка, у родопомочі могла брати участь тільки жінка. Історії відомі випадки, коли лікарі за акушерську діяльність були покарані на смерть. В даний час усі досягнення науки використовуються лікарями, і все менше залишається забобонів і марновіств.

Поряд з терапією і хірургією акушерство і гінекологія належать до числа основних медичних дисциплін. Цей вид медичної допомоги є масовим, його надають усім жінкам, які мають таку потребу, у містах і сільській місцевості нашої країни.

Вагітність є фізіологічним станом, природним для жіночого організму. У період вагітності жінки знаходяться під дистанційним спостереженням акушера, їм усім забезпечується проведення пологів в умовах акушерського лікарського стаціонару – пологового будинку; технічно оснащеного і готового, при необхідності, до проведення екстрених оперативних втручань, порятунку життя породіллі та немовляти.

Потреба мати дітей існує в кожній здоровій жінки і пов'язана з інстинктом збереження людського роду, доповнюючись чинниками осо-

бистого чи морального ряду. Реалізуючи інстинкт продовження роду, жінка знаходить себе у шлюбі і стає щасливою завдяки материнству. Пригнічення природних бажань (створення сім'ї, материнства), навіть спричинене професійним самоутвердженням, егоцентризмом та ін., зумовлює біологічні, психічні та моральні конфлікти у сім'ї, суспільстві.

Вагітність і пологи є дуже чутливим, етапним періодом у житті жінки і з точки зору психології можуть розглядатися як кризовий стан. Перша вагітність, як правило, є більш важкою за другу. Душевний стан жінки в цей період, психічні та психосоматичні ускладнення вагітності та пологів залежать від преморбідних властивостей особистості (особливостей темпераменту, характеру, стану соматичного та психічного здоров'я), умов життя, від перенесених захворювань та вражень. Із соціальних факторів мають значення професія, життєвий рівень суспільства в цілому і конкретної особистості, сімейний статус, взаємовідносини з чоловіком та іншими членами сім'ї, юридичні гарантії захисту інтересів матері та дитини. Для нормального перебігу вагітності і розвитку здорової дитини необхідними є не тільки біологічне здоров'я батьків та гідні матеріальні умови, але й спільність ідеалів сім'ї (соціальних, моральних, професійних).

Бажана вагітність для гармонійної особистості у сприятливому життєвому середовищі може слугувати джерелом її розвитку та дозрівання. Окремою проблемою є небажана вагітність з ворожим до неї ставленням. Деякі жінки бажають мати дитину як компенсацію невдалому шлюбу чи своїй самотності (як ланка, що укріплює шлюб, здійснює недосяжні мрії матері), що завжди призводить до наступних невротичних конфліктів, психологічної розплати за егоцентризм. Зустрічається хибна вагітність, що викликається невротичними, психогенними факторами (частіше у істеричних особистостей).

Жінки, які мають позашлюбну вагітність, по-різному переживають цей факт. Одні з них активні, впевнені у позитивності ситуації, що склалася, і майбутнього. Інші – можуть бути пасивними, знаходитися у депресивно-подавленому стані, з ідеями провини та гріховності; треті – можуть легко-важно жити по принципу «нехай, як небудь». Психотерапевтична тактика лікаря у цих випадках буде різною, але за будь-яких умов необхідно роз'яснити, що материнство є призначенням жінки, і воно не може бути ганебним.

Протягом розвитку вагітності, частіше при невротичному складі особистості, у жінки можуть виникнути психологічні проблеми, які повинні бути своєчасно виявлені й відкореговані методами психотерапії.

У першому триместрі можуть виникнути сумніви, пов'язані із втратою жіночності, привабливості у взаємовідносинах з чоловіком, сомато-ендокринними змінами. Можливий розвиток реактивної депресії. Підвищується чутливість до різних запахів, з'являються сонливість та втома, невротичні розлади, часто у вигляді нудоти та блювання.

У другому триместрі можуть актуалізуватися почуті раніше зауваження, враження, забобони, які призводять до появи страхів та тривожності за здоров'я майбутньої дитини (можливість вад розвитку, спадкових хвороб) – це так звані ситуаційні страхи чи боязнь очікування.

Під кінець вагітності приєднуються страхи, пов'язані з майбутніми пологами: страх невідомості, смерті, різних ускладнень (розриву промежини, накладання швів, крововтрати, хвороб дитини), нездатності до материнства, своєї невірності та ін. Реалізується рефлекс, що закріпився у людства, при якому пологи пов'язуються із болем. В цей період у деяких може виникнути стан психомоторного збудження, звуженої свідомості, у випадку яких необхідна як психіатрична, так і психотерапевтична допомога.

Сучасними дослідженнями встановлено, що домінуючими факторами формування больового синдрому при пологах є негативні емоції, страх, тривога за сприятливий наслідок пологів, у комплексі з реакцією на периферійні подразнення. З 1920 року в країні використовується методична розробка знеболення пологів за принципами вчення І.П.Павлова з використанням сугестивних та гіпнотичних методів (К.І. Платонов). Метою методу є: досягти активної та свідомої участі жінки у пологах, усунути негативні емоції, в першу чергу – емоцію страху, та виявити нові радісні емоції у зв'язку з материнством, також запевнити жінку в безболісності та безпечності пологів, як нормального фізіологічного акту.

Основні правила психопрофілактики болей при пологах:

1. Позбавлення жінки – майбутньої матері від незнання. За допомогою лекцій, анатомічних малюнків, моделей та кінофільмів про пологи, створюється реальне враження про пологи.

2. Курси індивідуальної та групової психотерапії в поєднанні із загальноосвітніми заходами (аутогенне тренування, раціональна психотерапія, гіпноз, лікарські препарати) з метою зниження рівня тривоги, виховання активності, наполегливості, полегшення самопочуття при ускладнених пологах.

3. Заняття психогігієнічною гімнастикою, яка містить вправи з укріплення стінок тазу, м'язової релаксації, регулювання дихання.

4. Засвоєння методів знеболення, які складаються із психологічних, рухових та дихальних компонентів і полягають у вивченні засобів економної витрати сил, седативного типу дихання та декількох анальгезуючих варіантів самомасажу і пальпації.

У нашій країні охорона здоров'я матері та дитини, особливо охорона періоду вагітності, передбачається рядом законодавчих актів. Кожна жінка знаходиться під диспансерним наглядом. Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи послідовно розділені між жіночою консультацією та пологодопоміжними закладами і повинні проводитися із дотриманням етичних норм і всіх принципів медичної деонтології. Допологова психопрофілактична підготовка включає загальну підготовку, що починається із першого відвідування жіночої консультації, та спеціальну, що проводиться під час допологової відпустки.

Психопрофілактику поєднують зі спеціальними фізичними вправами для кожного періоду вагітності.

У післяпологовому періоді у більшості жінок спостерігається підвищена психічна лабільність, яка зумовлена соматоендокринними змінами. Можуть виникати стани легкої депресії зі «сльозливими днями», невмотивованою стурбованістю про дитину, інших членів сім'ї або надмірна ейфорія із запереченням свого фізичного виснаження та необхідності спокою. Сім'ю породіллі необхідно попередити щодо коректного ставлення до таких станів, які зникають зазвичай при відновленні гормональної рівноваги.

До небезпечних післяпологових ускладнень належать так звані «психози лактації», або післяпологові психози. Вони виникають на 3-8-й день після пологів і супроводжуються станом збудження, недовіри, хибної інтерпретації окремих фактів, появою егоїзму, галюцинаціями, агресивними діями по відношенню до власної дитини, тяжкими депресіями та суїцидальними спробами. Після виписки з пологового будинку такі жінки можуть скаржитися на слабкість, безсоння, загальне погане самопочуття, страхи. Як правило, вони безпорадні і дезорганізовані, не можуть як слід доглядати за дитиною. Такі стани потребують негайного психіатричного лікування.

З метою попередження післяпологових ускладнень акушерсько-гінекологічна служба проводить так званий післяпологовий патронаж, коли в домашніх умовах здійснюється контроль за інволюцією матки, проводяться роз'яснювальні бесіди з приводу фізіологічного та психологічного стану жінки із корекцією проблем, що виникають. У цей час жінку вдома

відвідує лікар-педіатр, контролюючи стан дитини, пояснюючи та навчаючи матір правильному догляду за ним.

Психологія жінки при гінекологічних захворюваннях

Необхідно пам'ятати, що об'єктом лікування в гінеколога є статеві органи жінки. Тому питання статевого життя, сімейних стосунків вагітності і материнства тісно пов'язані з лікувальними.

Гінеколог повинен пам'ятати, що, незважаючи на розвиток сучасних поглядів на медицину і те, що забобони давно забуті, у хворої завжди має місце почуття сором'язливості перед самим гінекологічним обстеженням. Це може створити деякі утруднення в бесіді, особливо в гальмівних особистостей, які прийшли, охоплені страхом перед будь-яким захворюванням. Чекання для таких хворих болісне, вони можуть навіть неухважно слухати лікаря, зайняті своїми побоюваннями.

Найчастіше до гінеколога звертаються жінки з порушеннями менструального циклу. У предменструальний період деякі скаржаться на підвищену дратівливість, вразливість, плаксивість, слабкість, стомлюваність, тягучі болі внизу живота, попереку, погане самопочуття. Іноді в жінки виникають подавлений настрій, напруженість, занепокоєння.

Аменорея (відсутність менструацій) можлива з різних причин, але в більшості жінок зникнення менструацій пов'язане з думкою про вагітність. Часто бажання чи небажання вагітності пов'язане з багатьма психологічно складними питаннями, про які жінка повинна зважитися розповісти лікарю. Позашлюбна вагітність, вагітність від некоханого чоловіка чи в замужньої жінки вагітність від іншої коханої людини, з якою не можна в силу якихось обставин зв'язати життя, викликає психологічно складні питання, що тісно переплітаються з особистісними особливостями жінки. Приходячи до лікаря, вона шукає в нього підтримки в рішенні питань, пов'язаних з мораллю, соціальним положенням й етичними принципами.

Не меншого, а, можливо, більшого значення має підготовка жінок до клімактеричного періоду. Для багатьох жінок клімакс являє собою загрозу їхній жіночності, їхній жіночій привабливості, можливості бути дружиною. Багато хто відчуває страх, що чоловік, довідавшись про припинення менструації, утратить до неї інтерес, та й вона сама перестане його влаштовувати. Ці побоювання часто викликають зміни настрою, підвищену дратівливість, стомлюваність, поганий сон.

Часто за соматичними скаргами клімактеричного характеру ховаються розлади нервової системи і психіки. При депресіях циркулярного характе-

ру може спостерігатися зміна менструального циклу і повне припинення менструацій на період хвороби.

Якщо при вивченні особливостей стану хворої виявляються добові коливання настрою, пригніченість і загальмованість, уповільнення і плин розумових процесів, ранні пробудження та інші вегетативні розлади, такі, як підвищення артеріального тиску, запори, тахікардія, сухість у порожнині рота і тому подібні симптоми, то вони повинні направити увагу лікаря на вивчення психічного стану.

Підготовка хворої до гінекологічної операції пов'язана з різними проблемами. Крім страху, що зазнає будь-який хворий перед операцією, перед жінкою стоїть ще багато питань: як відіб'ється операція на її статевому житті, чи буде вона повноцінною жінкою, як сповістити про це чоловіка, яким чином це ним буде сприйнято, чи не зміниться зовнішність хворої і ін. Ці питання вимагають обговорення з хворою в особливій обстановці, в окремому кабінеті, тому що в палаті в присутності хворих не кожна жінка зважиться спитати про це лікаря. Велике значення мають питання подальшої працездатності, становища в суспільстві. У таких випадках украй необхідні психотерапевтичні бесіди, зважування всіх "за" і "проти".

У гінекологічному відділенні жінку охоплює складний комплекс біологічних і психологічних протиріч. Особливо при майбутньому аборті її тривожать страхи: а що подумають знайомі, колеги по роботі (адже в листі непрацездатності буде написаний "аборт"). Потрібно великих зусиль лікаря, багато теплих і ласкавих слів, щоб жінка розповіла про свої прикрасі й тривоги. Досить багато буває випадків, коли вдається умовити жінку зберегти вагітність, за що щаслива мати після пологів приходиться висловити вдячність розумному і чуйному лікарю.

Хвору, що виписується після будь-якого оперативного втручання, докладно інструктують про необхідний режим (щодо фізичної і розумової праці, статевого життя й ін.), про те, які можливі відчуття з боку геніталій, які явища можуть мати місце після операції. За допомогою психотерапевтичних бесід і раціональної поступливості лікар зобов'язаний зняти всі сумніви і побоювання у хворої, інакше природна сором'язливість і прояв захисної реакції у деяких жінок може виявитися у формі різкої запальності, уїдливості, часом брутальності чи у відмові від дослідження чи операції.

ДЕОНТОЛОГІЯ В ПЕДІАТРІЇ

У даному розділі викладено: а) особливості психіки хворої дитини; б) особливості організації лікувально-діагностичного процесу в дитячих

відділеннях; в) взаємини: медичний персонал – батьки хворих дітей; г) хвора дитина – діагноз.

Медична деонтологія учить лікаря ставитися до хворого не як до об'єкта своїх спостережень і лікувальних дій, а як до особистості зі своїм духовним світом, своїми бажаннями, побоюваннями, страхом. Таке ставлення повинне бути і до дитини, починаючи із самого раннього віку, до неї теж потрібно підходити як до особистості, щоправда, яка ще не склалася, яка формується, але навіть на ранніх етапах свого розвитку має певні риси індивідуальності.

Пізнати індивідуальність дитини можна при спілкуванні з нею, уважному спостереженні за її поведінкою.

Педіатр має справу з хворою дитиною, а хвороба й усе, що пов'язане з її лікуванням, накладають свій відбиток на психіку дітей, на їхні характери. Підвищена помисливість, боязкість можуть бути наслідком перенесених страждань чи чекання майбутніх лікувальних процедур, можливо болочих. Замкнутість, байдужність до оточуючого нерідко є результатом відриву дитини від матері та родини, ізоляції дитини. Це властиво особливо дітям, що страждають тривалими хронічними захворюваннями, які приковують їх до ліжка; при незадовільній організації виховної роботи і недостатньому дотриманні деонтологічних правил.

У дітей під впливом тривалого перебування в стаціонарах лікувальних установ може виникнути явище госпіталізму. Госпіталізм виявляється в тому, що в дітей запізнюється розвиток рухів, відставання в оволодінні мовою, емоційне збіднення. Ці явища можуть виникнути й в родині, де батьки, особливо матері, байдужі до своїх дітей, не мають з ними емоційного контакту, не приділяють їм необхідної уваги. До порушень розвитку дитини, невротичних, афективних розладів може привести і материнська депривація, тобто обмеження чи позбавлення спілкування з матір'ю.

Ставлення дитини до хвороби залежить як від індивідуальних її особливостей, так і від попереднього виховання (в родині, в дитячих установах).

Дитина дошкільного віку не може свідомо оцінювати небезпеку своєї хвороби і переконатися в необхідності лікування. Основне місце в її ставленні до хвороби посідає страх перед невідомим, виключення її зі звичної обстановки при госпіталізації, біль і т. ін.

Хворі діти особливо мають потребу в любові, ласці, турботі, увазі, співчутті. А якщо вони зіштовхуються з байдужістю, бездушням, нетерплячістю до їх страху і страждань з боку дорослих у білих халатах, у них

може розвинути ворожість, роздратування і негативне ставлення до оточуючих.

Особливо підбурює дітей, у тому числі й маленьких, проти персоналу його брутальність ("чого репетуєш, начебто я тебе ріжу"), а старших дітей - фамільярність, безцеремонність. Особливо це виражено в старших дітей, у підлітків, коли не враховуються їхні психологічні особливості, принижуються їх гідність. Діти протестують по-різному: плачуть, говорять грубощі, замикаються в собі, не контактують, а іноді це буває причиною утеч з лікарні.

Дійсно, у переважній більшості випадків діти не винуваті, і, розбираючи кожен випадок утечі, варто проаналізувати всі обставини і причини, які до цього привели, а не поспішати сваритись на дитину, дорікати їй в недисциплінованості, невихованості і т. ін.

Велику роль у подоланні труднощів звання дитини до лікарняної обстановки грає не тільки зовнішній вигляд і оформлення стаціонарів, а й гарна організація роботи всього колективу відділення. Лікувальний режим з урахуванням всіх особливостей хворої дитини, виховательки, психологів, що працюють у тісному контакті з медиками, визначають психологічну атмосферу лікувального процесу.

Велике значення має правильне розміщення хворих дітей у палатах. Тут важливо враховувати вік дітей, характер захворювання, терміни лікування, психологічну сумісність. У палаті, навіть на короткий термін, формується мала психологічна група, що живе своїми лихами, радостями, інтересами. Розміщення дітей за віком раціонально, іноді можна об'єднати дошкільників і старших школярів. Часто старші школярі доглядають за молодшими, виявляють теплоту, дбайливість і увагу. На жаль, буває і навпаки: старші кривдять молодших, збільшуючи їхні страждання. Тому, формуючи палати, медичний персонал повинен це враховувати.

Необхідно, щоб у кожному стаціонарі була налагоджена виховна робота, гігієнічна і лікувальна фізкультура, прогулянки на свіжому повітрі, і гри в залежності від режиму лікування даного хворого.

Особливого значення в педіатрії набувають питання взаємин медичного персоналу з батьками дітей. Ці взаємини починаються з народження дитини і продовжуються протягом усього періоду дитинства. Вони повинні бути двосторонніми: від батьків лікар довідується про особливості розвитку дитини, його звички, хворобливі прояви, а лікар дає ради по догляду, вихованню дитини відповідно до його індивідуальних особливостей, робить профілактичні та лікувальні призначення. Якщо дитина знаходиться в лікарні, то батьки, занепокоєні її станом, мають потребу в бесіді з лі-

карем не тільки з метою одержати інформацію, але і раціональну психотерапію. Гарні взаємини, довіра батьків до медичного персоналу – одна з умов успішного лікування дитини. Тут відіграє роль і особистість лікаря, його уміння спілкуватися з батьками, бути по-справжньому доброзичливим, щирим, співчутливим, милосердним. Часто мати після консультацій зі "знаючими людьми" задає, можливо, непотрібні питання; лікар, та й весь персонал, повинні терпляче, тактовно, уважливо переконати батьків у помилковості прийнятих ними рішень, пропозицій, причому не безапеляційно і самовпевнено, а показати і розповісти батькам у доступній для них формі про характер захворювання дитини, обґрунтованість лікувальних заходів чи необхідність оперативного лікування. Прояв уваги, чуйності й терплячості до батьків, травмованих хворобою дитини, – професійний обов'язок медика.

Важливе питання про доцільність поміщення в лікарню разом з дитиною його матері, відвідування дітей їхніми батьками й родичами. Звичайно, присутність матері вкрай необхідна біля немовляти, біля важких хворих чи тих, хто дуже важко переносить розлуку з матір'ю. Для дитини прогулянка з нею або відвідування – насущна потреба і велика радість.

Але, на жаль, лікарня не може госпіталізувати всіх бажаючих матерів з їхніми дітьми. Це може привести до скупченості, перевантаження відділень, поширення інфекцій. Ці питання повинні зважуватися позитивно, але з урахуванням реальних можливостей лікарні, дотриманням правил протиепідемічного режиму, характеру і ваги захворювання й індивідуальних особливостей дитини.

Неприпустимим є ознайомлення хворої дитини чи підлітка з діагнозом, ступенем складності захворювання або його безвихідністю. Від батьків ці відомості ховати не можна, їм потрібно сказати правду, але обережно і не позбавляючи надії, хоча б маленької, на можливість видужання, поліпшення стану їхньої дитини.

Таким чином, медична деонтологія в педіатрії має свої особливості з урахуванням віку, особливостей психофізіологічних станів у кризові періоди. Захворювання дитини змінює психоемоційний стан батьків, насамперед – матері, її переживання бачить і відчуває дитина, що створює певну психотравмуючу ситуацію в родині. Лікування хворої дитини, підлітка – це складна індивідуальна, диференційована програма, побудована, насамперед, на принципах медичної деонтології.

Геронтологія. У деяких терапевтичних відділеннях більш 60 відсотків хворих складають люди старші 60 років. Поліпшення життєвих умов і медична допомога, без сумніву, збільшує тривалість життя. Але соматич-

не збереження життя не завжди буває пов'язане з позитивним психічним наповненням її. Старі люди не можуть пристосуватися до швидких змін життя, та й молоді буває це надзвичайно важко. Незважаючи на те, що вони живуть у родині разом з молодими, вони все-таки бувають відносно ізольованими, отож не завжди розуміють нові умови життя і роботи. Але ще складніше буває їхнє становище, якщо вони живуть у повній самотності. У літніх самотніх людей може наступити таке парадоксальне явище, що хвороба їх стане останнім засобом для встановлення контакту з людьми: до хворого приходить лікар, він може піти до лікарні, де попадає в колектив хворих, відчуває інтерес до себе і співчуття.

Межа між станом здоров'я і хворобою в старих людей більш помітна, ніж у молодих. При часто повторюваному подібному нездужанні в літньому віці вирішальну роль відіграє ставлення до нього: чи буде це нездужання переживатися інтенсивно, викликати страх і непевність, чи ж людина, що знаходиться на межі між здоров'ям і хворобою, буде здатна якимось позбутися своїх неприємних відчуттів, більше жити враженнями від подій, що відбуваються у світі, від контактів з оточуючими людьми, ніж страхом за своє тіло. Люди старшого віку, що живуть самотньо, при недоліку інших стимулів зосереджують увагу на своїх соматичних процесах, інтенсивно переживають свої відчуття, обумовлені органічними і невротичними причинами, і роблять єдине, що, на їхню думку, має сенс: звертаються до лікаря і вимагають допомоги.

ПСИХОЛОГІЯ ХІРУРГІЧНОГО ХВОРОГО

Хірургія по самій своїй природі породжує в пацієнтів крім місцевої болючої реакції масу різноманітних психічних переживань. Можна сказати, що психіка хворого травмується на всіх етапах хірургічного лікування: від поліклініки до операційної і палати, де він контактує з іншими хворими. На відміну від терапевтичної патології, при якій патогенним для психічної діяльності стає стан тривалого хронічного захворювання, і зміна системи відносин особистості відбувається поступово, у рамках хірургічної патології відзначається значущість психологічного операційного стресу (перед- і постопераційного). Основними проявами операційного стресу виступають емоційні феномени, частіше інших – тривога. Прояв внутрішнього переживання майбутньої операції носить різноманітний характер: а) переживання "у собі", що виявляється зовнішньою відособленістю хворого, зниженням фоном настрою, звуженням кола інтересів і т. ін.; б) панічний стан з порушенням самовладання, з вираженою тривогою, почуттям страху, плачем, метушливістю в поведінці, з прагненням до спілкування з хворими,

персоналом, з питаннями про можливий результат майбутньої операції. Пацієнт, обізнаний про випадки несприятливих результатів операції в інших, бачить хворих у постнаркозному стані і промоклі кров'ю пов'язки, чує стогони, іноді стає свідком летального результату. Усе це створює обстановку, що сприяє розвитку своєрідного післяопераційного неврозу. Дуже шкода, якщо хірург захоплений лише прагненням виробити "техніку ножа" і непохитну холоднокрівність, і не враховує вищевказані психотравмуючі фактори.

У зв'язку з цим істотними в попередженні розвитку даних реакцій є зовнішні фактори: естетичне оформлення і рівень технічної оснащеності хірургічної клініки, стиль роботи всього медичного персоналу (від санітарки, медичної сестри і лікаря приймального відділення, лікуючого доктора і бригади, що оперує). Хворий, якому має бути операція, з надією дивиться на лікаря, медичний персонал, родичів, тому лікар повинен психологічно грамотно підготувати родичів хворого, особливо перед майбутньою серйозною операцією, для того, щоб вони своїм зовнішнім поведінням позитивно впливали на емоційний стан хворого в плані заспокоєння і надій на благополучний результат операції.

Науковими дослідженнями встановлено, що емоційний стан хворого до операції визначає і реакцію хворого на наркоз, на хід операції і та ін., тому в ряді хірургічних клінік до і навіть під час операцій звучать (приглушено!) фрагменти музичних творів, що сприяють появі позитивних емоцій. Позитивні емоції в психосоматичних корелятивних зв'язках відіграють роль на всіх етапах лікування. У психологічній підготовці хворого до операції хірург зобов'язаний повідомити його про діагноз (але тільки основне, без зайвих деталей) з урахуванням особистісних особливостей хворого. Лікар не повинен доводити до відома хворого деталі можливих ускладнень після операції, він не має права залякувати хворого.

Адекватна психофілактика і психотерапія хірургічного хворого здатні мінімізувати передопераційний стрес і навіть позитивним чином впливати на результати оперативного втручання.

Виділяють три варіанти ставлення хворого до майбутньої операції.

1. Переоцінка значущості операційного ризику. Вона породжує страх і пасивне чекання смертельного результату, важких післяопераційних ускладнень, почуття приреченості.

2. Недовірливість до лікарів, до діагнозу, до операції. Такий хворий похмурий, навмисно уїдливі і песимістичний у своїх висловленнях, іноді злісний.

3. Дисимуляція – навмисне заперечення, приховання симптомів хвороби з метою запобігання операції.

Ці особливості реагування хворих на операцію варто диференційовано враховувати при індивідуальному психологічному підході до них.

Для формування правильного ставлення до операції обов'язкові відвідування хворого хірургом напередодні і двічі в день операції (до і після неї), щоб переконатися, що підготовка йде за планом; заспокоїти і підбадьорити його. Після операції варто повідомити її результати в найбільш сприятливому світлі, а головне, щоб хворий відчував, що він залишається в центрі уваги лікарів.

Будь-яка операція (легка чи важка і тривала) у післяопераційному періоді закономірно супроводжується розвитком астеничного стану, коли хворий стає емоційно неврівноваженим, переважає знижений емоційний фон, з'являється підвищена чутливість всіх аналізаторів, особливо слухового, зорового, хворий стає емоційно дуже чутливим, сензитивним, уразливим. Лікар-хірург зобов'язаний враховувати цей стан у загальному плані ведення післяопераційного періоду, проводячи при цьому раціональну психотерапію щодня, а при необхідності – неодноразово протягом дня. При стійкому астеничному стані поряд з раціональною психотерапією показано медикаментозне лікування. Тактика лікаря в післяопераційному періоді повинна бути спрямована на створення в хворого позитивних емоцій за допомогою наступних факторів: хворий повинен знати від лікаря план лікування, рекомендований йому режим, дієту, перспективи прогнозу і відновлення працездатності; необхідним є раціональне розміщення хворих у палатах з урахуванням ступеня ваги їхнього стану і психологічної сумісності; дотримання всім медичним персоналом принципів медичної деонтології.

Особливо важлива психологічна підтримка в постопераційному періоді, якщо операція була пов'язана з резекцією, ампутацією, пластикою обличчя після травм і опіків. Необхідно відродити в пацієнта почуття власної повноцінності, вселити надію на можливість подальшої паліативної корекції дефекту.

Істотний вплив на плин післяопераційного періоду може робити анестезія, що застосовувалася одночасно з хірургічним лікуванням. Особливо це стосується групи препаратів для загального наркозу. Лікаря варто пам'ятати про те, що деякі з них, наприклад, кетамин (кеталар, каліпсол), здатні викликати страхітливі зорові галюцинації і навіть моделювати в хворого переживання власної смерті. У випадку ненадання своєчасної психофармакотерапевтичної і психологічної допомоги таким хворим сподади про пережите можуть фіксуватися, гнітюче діяти на емоційний стан,

нерідко зводячи нанівець усі добрі наміри медперсоналу по догляду і відновленню тимчасово утрачених функцій.

Недостатнє використання можливостей місцевої анестезії (мала доза анестетика, неадекватний вибір препарату чи способу анестезії) і, як наслідок – виражені больові відчуття в момент операції, здатні сформувати в пацієнта стійкий страх перед повторними хірургічними втручаннями, ганебні уявлення про "жорстокість" лікарів, підштовхнути пацієнта до небезпечної тактики "уникання" будь-яких операцій.

Хірургічна деонтологія – це моральне право хірурга і відповідальність. Вона заснована на демократичних засадах, передових традиціях вітчизняних вчених і створених ними шкіл.

Лише практичні знання ще не роблять людину добрим лікарем: потрібні й загальнолюдські особисті якості: культура, ерудиція, інтелект, чуйність, чемність.

Головні принципи вчення про належну поведінку хірурга (Н.І.Пирогов):

1. Гармонійне облаштування праці, що заснована на розумному розподіленні прав та обов'язків працівників хірургічного відділення з урахуванням їх можливостей, взаєморозуміння одного з одним.

2. Постійне враховування стану психіки хворого для результату лікування, яке проводиться, і психологічна охорона з метою попередження емоційної травми.

3. Узгодження наукових даних і знань щодо різних хвороб із конкретними особливостями кожного хворого, який потребує лікуванню, тобто встановлення найбільш повного індивідуального діагнозу і вироблення обґрунтованого плану лікування.

4. Добросовісне впровадження в життя принципу «хірургія для хворих, а не хворі для хірургії».

Вибір показань та визначення методу операції – одне із складних питань, яке повинне вирішуватися з урахуванням деонтологічних принципів. Небезпека операції не повинна переважати небезпеки захворювання. Необхідно враховувати не тільки сили хворого, як робиться звичайно, але й можливості хірурга. Остаточне вирішення питання щодо операції хірург повинен прийняти лише при виконанні наступних умов:

1. Критична перевірка необхідності операції.

2. Інформування хворого та його родичів щодо майбутньої операції, ступеня її небезпеки та необхідності.

3. Старанна перевірка власних анатомічних і топографічних знань тієї ділянки, де передбачається операція, повторне і точне відтворення у пам'яті послідовності операції.

Російський хірург М.І. Пирогов писав про те, що він узяв собі за правило не приховувати від своїх колег, і якщо не зараз, то пізніше відкривати перед ними їх помилки, незважаючи на те, у діагнозі вони чи у лікуванні. Систематичні прилюдні огляди зроблених помилок у присутності усього лікарського колективу – один із найкращих засобів для попередження помилок у майбутньому і виховання молодих хірургів. При аналізі ускладнень не слід їх перебільшувати.

Багато висловів М.І. Пирогова стали афоризмами. Ось деякі з них:

«Подяка хірургові хворого може бути не тільки завдяки зробленим операціям, але й тим, яких він не робив». «Ворогом правильних діагнозів є необгрунтований оптимізм». «Нерідко можна з успіхом зсилатися на неясність діагнозу і залишити таким чином для заспокоєння хворого той сумнів, який він може тлумачити у свою користь». «Хворий – це завжди людська особитість з усіма її складними переживаннями, а не безпечний випадок...». «Роби іншим людям те, що ти бажав би для самого себе при аналогічних обставинах». «Вчений повинен багато знати, а тому і багато працювати».

У повсякденній роботі хірургам стає за необхідне навчатися один у одного, звертатися за порадою та допомогою до старших товаришів у складних ситуаціях.

Основні вимоги хірургічної деонтології повинні бути засвоєні лікарем уже в інституті. Хірургічна клініка ставить спеціальні вимоги до зовнішнього вигляду. Охайно підстрижене волосся, короткі нігті без манікюра та каблучок у жінок, сховані годинники, руки повинні бути завжди готовими до роботи у перев'язочній чи операційній; змінне взуття, однобортні халати з засуканими рукавами; медичні шапочки. Не припустимі голосні розмови та швидка хода, повністю виключаються панічні ситуації. Хірургічні хворі після виписки з стаціонару потребують поліклінічного спостереження. Лікар, що працює в поліклініці, повинен дотримуватися етики по відношенню до іншого лікаря, який оперував хворого, а також до самого хворого. Етика лікаря повинна дотримуватися при відвідуванні хворого вдома і при здійсненні санітарно-просвітницької роботи.

У хірургічній практиці зустрічається категорія пацієнтів, яка прагне велику частину свого життя проводити в лікарні, домагаючись з різних приводів проведення операцій. Крім симуляції хірургічних захворювань і покалічення, вони намагається ковтати сторонні предмети. Характерна для цих пацієнтів облудність дала підстави назвати цей тип поведінки "синдромом Мюнхгаузена", Описано три його варіанти: а) гострий абдомінальний – завершується лапаротомією; б) геморагічний – варіант виражається

в симуляції кровотеч; в) неврологічний – симуляція припадків і непритомностей.

Осіб з "синдромом Мюнхгаузена" відрізняють від істинних іпохондриків відсутність справжнього занепокоєння за своє здоров'я, свідома установка на обман і операцію з метою викликати до себе інтерес, одержати безкоштовне харчування, ночівлю і догляд. Звичайно цю категорію пацієнтів складають істероїдні психопати.

Психологія онкохворого

Незважаючи на всі сучасні досягнення медицини в області діагностики і лікування ракових захворювань, оголошення цього діагнозу, принаймні, на останніх стадіях, усе ще залишається "винесенням вироку" для хворого і серйозним іспитом професійної етики для лікаря. Через це розділ нозопсихології в онкології є майже самим складним за проблематикою і найбільш драматично напруженим.

Ми не будемо навмисно зупинятися на психології хворих з доброякісними пухлинами, оскільки це коло питань фактично загальне з хірургічними хворими. Варто лише обмовитися, що через об'єктивно існуючу в кожному випадку імовірність малігнізації новоутвору, поширеність іпохондричних і канцерофобічних переживань серед даного контингенту хворих порівняно висока.

Досвід спостережень за важкими раковими пацієнтами, що накопився у світовій практиці, показує, що переживання ними хвороби від моменту постановки діагнозу до смерті (мається на увазі – унаслідок самої хвороби) являє собою психічно дуже насичений багатоступінчатий процес, що протікає у певній послідовності і з визначеними психологічними закономірностями.

У динаміці психічного стану таких онкологічних хворих виділяють 4 основних періоди: передмедичинський, амбулаторний, стаціонарний і термінальний.

У передмедичинському періоді в хворого зароджується поки тільки підозра про можливу ракову хворобу. Він прагне не звертати на хворобу уваги, уникає її. Депресія виражена слабо, але відчуття повноти життя втрачається. Приємні події більше не радують. З'являється відмежованість від оточуючих, щоб і від них не Чути ні про себе, ні про рак. Хворий стає більш навіюваним, тривожно-помисливим, нерідко недовірливим. Як правило, загострюються преморбідні риси особистості. У хворого з психастеничною акцентуацією спостерігається метання від одного лікаря до іншого, нескінченні сумніви, то розпач, то надія. Мрійник пасивно віддається

долі. Вольова людина замикається і носить свої переживання в собі, щоб не травмувати своїх близьких. Істерик "вітисняє", ігнорує факт хвороби. Агравация і суїцидальні спроби в цьому періоді рідкі.

Амбулаторний (діагностичний) період відзначений тим, що хворий так чи інакше дізнається правди про свою хворобу. Психогенна депресивна реакція на діагноз зі страхом, тривогою, почуттям розпачу може змінюватися патологічним спокоєм і пасивністю. Можуть з'являтися нав'язливі візуалізовані уявлення власних майбутніх страждань, свого становища як "тягара", сцен жахливого кінця. Однак, незважаючи ні на що, у цьому періоді мобілізуються всі психофізіологічні ресурси організму на боротьбу з хворобою. Усі сторони особистості перебудовуються стосовно до ситуації життєвої погрози. Помітні ознаки безнадійності поки що відсутні.

У стаціонарному (розгорнутому) періоді хворий ще вірить у можливість видужання, якої домоглися лікарі. З прогресуванням неопластичного процесу і метастазування в хворих підсилюється тривога, з'являється підозрілість із маревноподібними сумнівами: їх "не так" лікують, над ними "експериментують". Фон переживання астеничний, сумовитий, тужливий, із загальмованістю, загостреного чутливістю. Необхідно відзначити високий ризик суїцидальної поведінки в цьому періоді

У термінальному періоді (диспансерному нагляді) особистість хворого збережена, але його емоції та внутрішній світ убожіють. Критика щодо хвороби і власної долі слабшає. Страхи смерті, як такого, уже немає. Власна хвороба сприймається пацієнтом трохи відчужено.

Комплекс лікувальних, у тому числі психотерапевтичних, впливів повинен проводитися на всіх етапах до останнього моменту життя хворого. Варто пам'ятати, що ніщо так не містить у собі величезного ризику суїциду, як почуття приреченості і страх перед смертю, що насувається.

У ряді закордонних країн накопичений великий досвід спостережень за термінальними раковими хворими, поміщеними в спеціальні центри психологічної реабілітації – хоспіси. Основними принципами в них є: установка на активний, повноцінний, емоційно насичений спосіб життя, усвідомлення можливості існування вищого змісту в житті навіть у таких обмежених часових рамках і необхідності його особистого пошуку, духовне самовдосконалення, розкриття в собі творчого потенціалу і відкриття для себе нових рівнів буття, взаємодопомога серед хворих, прагнення прожити кожен хвилину відпущеного терміну більш гідно і з почуттям подяки. Проте, наскільки це можливо, свідчить сама назва автобіографічних нотаток однієї з пацієток хоспіса – "Я вмираю щасливою", що заслуговують стати настільною книгою для кожного, приреченого.

Пластична хірургія. У цій спеціальності треба виділити два розділи психологічної проблематики, хоча і різні щодо важливості, але для лікаря однаково трудомісткі й складні. З об'єктивного боку більш серйозними є ті стани, коли хірург виправляє результати важких травм і опіків та мусить спільно допрацювати з персоналом і з психологом, підготувати хворого до раптової психічної травми, наприклад, до першого погляду в дзеркало після пластичної операції на обличчі. Незважаючи на те, що обличчя після неї має кращий естетичний вигляд, ніж той, що до операції: з травмою або опіком. Але ж хворий згадує, яким він був ще до травми... і буває розчарований і вражений.

Інша проблема операції косметичного характеру, коли невдоволення своїм зовнішнім виглядом носить винятково суб'єктивний характер. Наприклад, клієнтка не бажає мати ніс «картоплею» чи «занадто кирпатий» і вимагає, щоб хірурги виправили цей недолік. А якщо пацієнтці не сподобається, як виправлено дефект? Екзальтована жінка з істеричним характером вимагатиме наступних операцій.

У таких хворих їхні вади є суб'єктивним внутрішнім виправданням їхніх життєвих невдач, наприклад, еротичних. Вони потім переносять на хірургів «провину» за свої проблеми і намагаються покарати їх. У даному випадку йдеться про виражений тип екстрапунітивної реакції на фрустрацію.

Травматологія. Лікарям-травматологам варто враховувати, що ставлення до травми і надання допомоги при ній змінюється в залежності від того, чи заважає травма деяким інтересам і вимогам того, хто її отримав, чи полегшує їх. Наприклад, як правило, спортсмени з невеликими травмами не звертаються до лікаря. Особи, що одержали травму при ситуації, яку вони хотіли б приховати від інших (наприклад, діти, що побилися і бояться покарання, дорослі, що конфліктують з органами міліції), ховають свою травму і тим самим уникають реєстрації. Мотивація в період одержання травми впливає і на трофічні процеси, на загоєння ран. «Краще заживають рани у солдат тієї армії, що наступає, ніж у солдат тієї армії, що відступає».

Значним психологічним завданням медичного персоналу є залучення хворого, що одержав травму, до активної реабілітації, адже тільки так можна чекати доброго результату.

Ортопедія. Виражені деформації тіла впливають на розвиток особистості, почуття власної неповноцінності, злості, уїдливості й на вороже ставлення до здорових людей. Такий розвиток спостерігається в осіб зі сколіозом; вони нерідко відлюдкуваті, похмурі, уникають спілкування, не ходять на танці, на пляж, особливо дівчата. Іноді деякі занадто високі молодики вимагають вкоротити їм ноги, щоб вони могли знайти партнера.

Ставлення до ортопедичного дефекту часто буває дисгармонійним: деякі особи намагаються приховати свій дефект і уникають і таких видів діяльності, які могли б бути їм корисними, наприклад, плавання. Інші особи, навпаки, прагнуть гіперкомпенсації, намагаються зрівнятися зі здоровими особами, і навіть обігнати їх у спорті, туризмі, танцях. Деякі намагаються отримати з дефекту користь, наприклад, добитися пенсії. Можлива агравація тут розпізнається нелегко, тому що в таких випадках нечітко переплітається органічна і функціональна психогенна симптоматологія. Іноді хворі на підставі своїх знань «права на здоров'я» вимагають складних операцій, від яких чекають нереального.

Психологічні особливості роботи лікарів-стоматологів

У стоматології на першому місці стоїть біль, що звичайно і приводить хворого до лікаря. Тут виникає порочне коло: страх перед болем не дає лікувати невеликі каріозні процеси, а процеси, що викликають біль, як правило, вимагають і досить хворобливих утручань. При наданні допомоги стоматолог звичайно пам'ятає, що чутливість до болю різна в різних вікових категоріях; цьому сприяє також і рефракція пульпи, що настає з віком. Але треба враховувати, що існують і індивідуальні відмінності в чутливості до болю, викликані або вродженими, або придбаними причинами. Надчуттєвих хворих, у яких не вдається зменшити біль звичайними методами, необхідно лікувати поступово, з повторними прийомами, і використовувати всі доступні засоби для зменшення хворобливості. Якщо лікар повинен заподіяти біль, то він зобов'язаний діяти швидко, без вагань, тому що непевність сповільнює маніпуляцію, знижує її якість і тим самим завдає шкоди хворому. Слід показати хворому, що лікар розуміє і повною мірою оцінює його біль, але не варто надмірно співчувати. Страх хворого перед лікуванням і болем ускладнюють роботу стоматолога. Тому в деяких випадках необхідна спільна робота стоматолога, психотерапевта і психіатра. Біль і страх можуть зменшити як психотерапія, так і деякі психофармакологічні засоби.

Значне психічне напруження викликає видалення зубів і підготовка до нього. Досвідчений стоматолог іноді може зробити екстракцію так спритно, що хворий, який приготувався до великої муки, буває дуже здивований. Не слід показувати хворому закривавлений витягнутий зуб, затиснутий у кліщах, готуючи негативні асоціації на майбутнє. Перед екстракцією чи в процесі її в деяких хворих спостерігається аномальна реакція страху або приступ істеричного типу. Істеричний приступ необхідно відрізнити від колапсу і від слабого епілептичного приступу. При наданні допомоги хворому можна рекомендувати лікарю-стоматологу сигналізувати сестрі свої

вимоги жестами, щоб уникнути технічних термінів, наприклад, «нижньо-щелепні кліщі!», які діють на хворого неприємно.

Зубні протези хворі вимагають з різних причин: найчастіше – це прагнення до поліпшення функції щелеп, нерідко має місце і естетичне мотивування, особливо в жінок. Великі психічні проблеми виникають при знімних протезах, що безупинно нагадують хворому про його вік та інші обставини. Тотальні протези змінюють вираз обличчя, тому хворий не завжди буде задоволений протезом, навіть якщо у функціональному відношенні він гарний. Хворий має звикнути до протеза, а це означає «психічну інкорпорацію протеза». Найбільш вираженим доказом зробленої інкорпорації протеза вважається факт, коли хворий шукає свої зуби і знаходить їх, нарешті, у себе в роті. Людина, що соромиться свого протеза, іноді ізолюється від суспільства, уникає знайомих і друзів. Зуби символічно мають значення агресивності, успіху в суспільстві й еротиці; звідси депресія і почуття власної неповноцінності при їхніх дефектах.

Діти з аномаліями зубів страждають порушеннями мови і часто відрізняються від інших зовнішнім виглядом і виразом обличчя – «дурним». Вони страждають від глузувань оточуючих і реагують на них різним способом: почуттям власної неповноцінності чи агресивністю, іноді вони беруть на себе роль «клоуна в класі». Для того щоб компенсувати дитині ці труднощі в дитячому колективі й у школі, батьки іноді надмірно захвалюють і переоцінюють здібності й талановитість своєї дитини, що в майбутньому може призвести до розчарування.

Психологічний фактор пов'язаний також із причинами карієсу зубів і його ускладнень. Карієс зубів частіше зустрічається в тих країнах, де найбільше споживають цукру і солодощів. Вирішальне значення належить способу харчування дітей, а останній залежить, головним чином, від батьків, від того, як вони регулюють вживання дітьми солодкого, особливо ввечері перед сном.

Якщо необережно повідомити хворому про гінгвіт, він впадає в депресію. При запаленні слизової оболонки рота іноді розвивається канцерофобія, як і при лейкоплакіях. Неприємним буває також запах з рота, а це викликає труднощі в спілкуванні.

ПСИХОЛОПЯ ХВОРИХ З ДЕФЕКТАМИ ОРГАНІВ ЧУТТЯ

Психологія хворих з уродженою чи рано придбаною сліпотою

Усвідомлення свого фізичного недоліку в дитини може з'явитися приблизно в 7 років. Дорослі, виявляючи надмірне опікування, тільки погіршують його стан. У деяких сліпих дітей з'являються боязкість, нерішучість,

плаксивість, відхід від дитячого колективу, в інших – підвищена дратівливість, примхливість, упертість, уразливість, збудливість.

У дітей з вираженими порушеннями зору відзначається постійна готовність до невизначених страхів. З віком страхи стають більш конкретними і пов'язаними з дефектом зору: острах упасти, заблукати чи наштотуватися на що-небудь. Нерідко виникає страх самотності і відчуття присутності сторонньої людини. До початку шкільного віку спостерігаються такі відхилення як відмежованість від оточуючих, пасивність, депресивний фон настрою й аутистичні тенденції.

Розповсюджений феномен у сліпих дітей – патологічне фантазування на тему почутих казок, прочитаних книг. Уявлювані образи проєктуються зовні. Альтернативою невидимому світу стає уявлюване "життя в казці".

Обличчя сліпого звертає на себе увагу зглаженістю мимики і застиглим поглядом (як би "у порожнечу"). Проте емоційний світ сліпого не менш складний і різноманітний, ніж світ зрячого. Невдоволеність своїм фізичним недоліком викликає прагнення до самовдосконалення, розвитку художньої уяви. Сліпі, які живуть переважно у світі звуків, виявляють посилений інтерес до музики, поезії, співу. Відзначається загострена чутливість до інтонацій голосу співрозмовника і взагалі до звуків. Завдяки компенсаторному розвитку інших органів чуттів, сліпі нерідко вражають своєю психологічною спостережливістю і проникливістю. У них може бути надзвичайно розвинуте м'язове почуття, здатність обходити перешкоди.

У деяких осіб, що втратили зір у ранньому дитинстві, розвивається сінестезія – так званий колірний слух. Ті чи інші звуки, слова, мелодії виликають уявлення певного кольору.

Ряд дослідників (Костичян Н.С., 1958) відзначають достатність словникового запасу в сліпих, підкреслюючи певну "перевантаженість" їхньої мови. У той же час має місце неправильне співвіднесення між назвою предмета і самим предметом, а також перевага формальних знань над конкретним змістом, що приводить до невірної вживання слів.

Деякі автори, самі будучи сліпими, указують на те, що уявлення про уроджену сліпоту, як про духовне і неминуче страждання, вульгарне. На їхню думку, таку сліпоту варто розглядати не більше як фізичні незручності.

В осіб із придбаною сліпотою інша психологічна картина: можливий розвиток афективно-шокової реакції у відповідь на втрату зору, у майбутньому – затяжні депресії, астения з труднощами адаптації до нових умов існування; на відміну від народжених сліпими, у них велике почуття власної неповноцінності і нікчемності, високий ризик суїциду.

Психологія глухих і туговухих

У глухих дітей і підлітків відзначаються емоційно-вольова незрілість, симптоми психічного інфантилізму, відставання в оцінці інтерперсональних стосунків. Простежується тенденція уникання оточення людей без такої вади та інтравертованість.

Причиною характерологічних зсувів у глухих є не тільки слухова, але і соціальна депривація. У суспільстві в них легко можуть виникати сенситивні, маячноподібні ідеї стосунків: їм здається, що їх осуджують, над ними сміються. Дії оточуючих інтерпретуються на свою адресу. Хворі соромляться свого недоліку, намагаються його приховати; нерідко вони відрізняються відсутністю самовладання й імпульсивністю. Оскільки глуха дитина змушена вдаватися до жестів і виразної міміки з метою контакту з близькими, у неї рано розвивається багата міміко-жестова експресія. У цілому рівень орієнтування в просторі і трудової адаптації в неї вищий в порівнянні зі сліпими.

Взагалі, говорити про обмежені можливості інтелектуального або соціального розвитку хворих з патологією органів чуттів слід з великою обережністю. Лікаря завжди потрібно самому пам'ятати і вселяти пацієнтам думку, що нерозкритий потенціал психофізіологічних функцій незмірно більше втрачених.

ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ З УРОДЖЕНИМИ І ПРИДБАНИМИ ФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

Психологія при уроджених вадах

Фізична вада таких дітей і підлітків найчастіше обумовлена патологією кістково-м'язового апарата через такі захворювання, як: коксіт, гоніт, спондильоз (частіше туберкульозного походження), а також травматичні ушкодження рухового апарата. До фізичних вад з дитячого віку приводять такі захворювання нервової системи, як енцефаліти, поліомієліти, родові травми й ін., при яких розвиваються моно- чи парагеміплегії, а також паралічі. До цієї ж категорії осіб з уродженими вадами належать особи з уродженими вивихами (частіше тазостегнового суглоба) і недорозвиненими кінцівками. Незважаючи на різноманіття причин і вигляду тієї чи іншої фізичної вади, психологія цих хворих має ряд загальних рис і закономірностей.

Незважаючи на різноманітність причин і видів того чи іншого фізичного дефекту, психологія цих хворих має ряд спільних рис і закономірностей.

Спільними рисами є характерологічні особливості, у формуванні яких суттєве значення мають такі фактори:

а) навколишнє середовище (сім'я, дитячий колектив, школа, тобто оточення дитини або підлітка);

б) самооцінка свого дефекту на основі порівняння із фізичним здоров'ям однолітків навколо.

Основного значення у формуванні психіки дитини набувають фактори навколишнього середовища. Навіть при сприятливому та доброзичливому ставленні оточуючих осіб такі діти, і особливо підлітки, емоційно дуже чутливі, вразливі. Незначна образа сприймається тяжко, з реакцією у вигляді агресії або відчуження.

В особистості дитини, підлітка досить часто формуються такі риси, як підозрілість або зневажання своїм дефектом, тобто бравада, як компенсаційна реакція. Поведінка таких осіб проявляється двома варіантами:

а) *активний тип* проявляється у навколишньому середовищі у вигляді вільної поведінки як компенсаційна психологічна реакція особистості;

б) *пасивний тип* – поведінка носить відокремлюваний характер із тенденцією до усамітнення.

Обидва типи поведінки завжди містять елементи інтровертованості, ступінь проявлення цих рис характеру залежить від виду і вираженості дефекту, ставлення батьків, родичів, лікуючого лікаря, педагога, вихователя, які створюють психологічну атмосферу доброзичливості і милосердя, вникають у коло інтересів і потреб дитини, підлітка.

Психологія при набутих фізичних вадах

Якщо уроджені вади виникають у дітей, то придбані частіше мають місце у підлітків і дорослих фізично і психічно повноцінних осіб. Психологія осіб із придбаними вадами описана в літературі на контингенті поранених у Другій світовій війні з її масовим травматизмом. В умовах мирного часу причинами придбаних фізичних вад є: а) травми черепа, ока (чи обох очей); б) травми кінцівок з частковою чи тотальною ампутацією; в) опіки; г) наслідки радикальних операцій при шелепно-лицевій патології і т. ін.

Психоемоційна реакція особи на той чи інший вид дефекту залежить від віку, статі, особливостей темпераменту та характеру, соціального статусу, прогнозу працеспроможності, можливості протезування і т.ін. Так, більш емоційно реагують хворі при ампутації руки чи ноги, найбільш пригніченими є хворі з ампутуваними нижніми кінцівками і при втраті зору.

Психологія осіб із набутими дефектами шелепно-лицевої області

Особливо важко хворі переживають соматичні захворювання, які призводять до виражених змін зовнішнього вигляду: поранення і опіки обличчя

із рубцями, тяжкі екземи, нейродерміти. Особливого значення психологічні переживання набувають тоді, коли фізичні дефекти стосуються обличчя. Обличчя відіграє велику роль в тому враженні, яке людина справляє на інших людей, і приймає участь в утворенні власного уявлення про себе.

Спочатку з'являються тяжкі депресивні реакції, близькі до реактивних реакцій (астенія). Потім у хворих з'являються патологічні риси характеру: нервозність, вразливість, шизоїдність, сенситивність. При значному зниженні слуху, рідше зору, виникають паранойяльні переживання (марення туговухих). При затяжних хронічних захворюваннях діагностуються іпохондрична фіксація, істеричні форми поведінки. Характерна **психопатизація** особистості – прогресуючі зміни характеру подібні до одного із типів клінічних психопатій (внаслідок травм, хронічного соматичного захворювання). Реакція особи на хворобу залежить від віку, статі: у молодих порушуються плани на майбутнє; хворим середнього віку хвороба перешкоджає виконанню задумів; людьми похилого віку хвороба сприймається як неминучий кінець.

Чіткість рухів обличчя складає одне ціле з емоційним станом людини, тому деформація обличчя, позбавлення у зв'язку з цим виразних рухів викликають тяжкі зміни психічного стану потерпілого. Ці люди стають гіперсензитивними, занадто вразливими, бояться виходити на вулицю, з'являється страх привернути увагу оточуючих. Їм важко зустрічатися з людьми, які знали їх раніше, тому такі хворі часто віддають перевагу перебуванню у лікувальному закладі, після виписки намагаються переїхати на нове місце, де їх ніхто не знає.

Виникають особові зміни у вигляді хронічного розладу настрою, стійких змін характеру, зростання збудження, істеричних проявів. Порівняно часто виникають паранойяльні спрямування. Переживання хворого приймають характер «психологічної катастрофи». Емоційний стан навіть у сильної особистості приймає характер депресивного настрою. Розвитку депресивного стану у хворого сприяє втрата надії у нього на повторну операцію з косметологічною метою. У пацієнтів зі слабким зором, слухом розвиваються специфічні особливості особи, які потребують психотерапевтичного підходу. У деяких сліпих розвивається боязнь, пригніченість, вередливість і впертість, з'являються ідеї збитку, в колективі зрячих вони нерідко мало спілкуються.

Сліпі люди виказують побоювання за свою безпеку, і тому нерідко звертаються у поліклініку до лікарів інших професій. У глухих затруднене спілкування з оточуючими, спостерігаються висока дратівливість, плаксивість, підозрюваність. Розмовляючи з цими хворими, необхідно го-

ворити чітко, достатньо голосно, не вести в їх присутності розмов, щоб вони не чули усього, що говорить лікар.

Надбана фізична вада обличчя докорінно змінює психологічний настрій хворого щодо соціальної адаптації і часто призводить до спроб самогубства. Все викладене зобов'язує лікаря планувати до і після операції лікувальну тактику з урахуванням виникаючої перебудови психології хворого.

У спілкуванні з дітьми, які мають фізичні дефекти, необхідні особливе терпіння, доброзичливість, але разом з цим необхідно утримуватись від надмірних ніжностей, не виконувати усі забаганки, примхи дитини. Така поведінка медперсоналу посилює егоїзм, маніпулятивне використання навколишніх.

Якщо дитина наполегливо намагається криком досягти свого, треба спокійно пояснити нерозумність її поведінки, виявити твердість і не виконувати усіх її бажань, не показувати також, що істерична реакція призводить до бажаного. Не слід кричати на дитину, робити різких зауважень.

З дітьми, у яких, особливо у підлітковому віці, виявляється комплекс неповноцінності, замкнутість, небажання контактувати з однолітками, дорослими, шляхом наполегливих, систематичних тренувань слід розвивати волюв'язкість, стимулювати усі можливі якості особистості, які допоможуть їй досягти максимальної саморегуляції. Це розвиток естетичних здібностей, арттерапія, музикотерапія, бібліотерапія, фізичне виховання в режимі регулярних фізичних навантажень, заняття з логопедом, психотерапевтом і т.ін. На усіх етапах лікувально-відновлюваних і реабілітаційних заходів із хворими усіх вікових груп повинна проводитися психотерапія в різних її варіантах, з урахуванням особистості хворого та його емоційного стану.

Завдання для самостійної роботи.

Тести I рівня складності:

1. До преморбідних особистісних рис хворих на артеріальну гіпертензію відносять всі, крім:

- а) афективна нестійкість
- б) підвищена тривожність
- в) надмірна товариськість
- г) підвищена вразливість

2. Найчастіші афективні розлади в клініці внутрішніх хвороб:

- а) гіпоманіакальний стан
- б) емоційне сплющення
- в) депресивні стани
- г) тривожні розлади

3. У хворого на крупозну пневмонію поява порушень сну, неприємних сновидінь, наростання тривоги, страху, гіперестезії є ознакою:

- а) наростання астеничного синдрому
- б) початки розвитку деліріозного розладу свідомості
- в) розвиток внутрішньої картини хвороби по типу гіпернозогностичної
- г) передозували антимікробних препаратів

4. Синдром Мюнхаузена може виявлятися:

- а) гострим абдомінальним синдромом з подальшою лапаротомією
- б) симуляцією кровотечі
- в) судорожними нападами і неприємністю
- г) всім перерахованим

5. Клімакс, що протікає з поступовим згасанням менструальної функції, вегетососудистими і психічними змінами, що не приводять до розладів адаптації, називається:

- а) психологічний
- б) фізіологічний
- в) патологічний
- г) предклімакс

6. Особливістю перебігу невротичних розладів у вагітних є:

- а) загострення неврозу
- б) виникає ремісія або лікування неврозу
- в) вагітність не впливає на перебіг невротичних розладів
- г) немає достовірних даних

7. У хворих на артеріальну гіпертензію рідко виявляється такий тип відношення до хвороби:

- а) сенситивний
- б) паранойяльний
- в) іпохондричний
- г) неврастенічний

8. Виникнення психотичного розладу характерний для:

- а) гострого перебігу соматичного захворювання
- б) підгострого і хронічного перебігу соматичного захворювання
- в) хронічної інтоксикації і ішемії головного мозку
- г) тривалого періоду лікування при «особливому положенні хворого»

9. Пряму залежність між переживанням психічної напруги і погіршенням соматичного стану відзначають хворі з:

- а) хворобою виразки шлунку
- б) хворобою виразки дванадцятипалої кишки
- в) виразковим колітом
- г) всіма перерахованими захворюваннями

10. Проведення операції хворим з іпохондричними розладами і соматизованою депресією по їх наполягання має наступний вплив:

- а) покращує психологічний стан хворих
- б) підвищує довір'я до лікаря, викликає подяку
- в) не змінює стану хворих
- г) погіршує психічний стан хворих

Тести II рівня складності:

1. Для хворих на виразкову хворобу шлунку та 12-палої кишки характерні такі прембрідні особистісні риси:

- а) активність
- б) тривожність
- в) педантизм
- г) халатність
- д) висока самооцінка

2. Вченими встановлена статистично достовірна залежність між появою депресії під час вагітності та впливом таких факторів:

- а) подружні конфлікти під час вагітності
- б) думки про штучне переривання вагітності
- в) куріння
- г) вживання алкоголю в невеликій кількості
- д) відсутність вільного часу

3. З'єднайте патологічний стан та його характеристику:

- | | |
|-----------------------|---|
| а) Синдром Агасфера | а) свідомо імітація стану хвороби з метою попасти в лікарню |
| б) Ятрогенія | б) переконаність у важкості наявного у них захворювання, зосередженість на власних хворобливих відчуттях |
| в) Синдром Мюнхаузена | в) імітація посилення прояву болю при хронічному больовому синдромі з метою отримання наркотичних речовин |
| г) Іпохондрія | г) психологічна реакція, яка виникає внаслідок невірної поведінки лікаря |

4. Для хворих на виразкову хворобу шлунку та 12-палої кишки характерні такі преморбідні особистісні риси:

- а) емоційність
- б) занижена самооцінка
- в) впертість
- г) почуття обов'язку
- д) пригнічення в собі образ

5. Вченими встановлена статистично достовірна залежність між появою депресії під час вагітності та впливом таких факторів:

- а) наявність дітей
- б) високий рівень нейротизму
- в) страхи стосовно стану плоду
- г) психіатрично обтяжливий анамнез
- д) робота з низькою оплатою

6. Визначте провідні риси особистості, властиві хворим з певною патологією:

- | | |
|---|-----------------------------|
| а) гострий період інфаркту міокарда | а) туга |
| б) підгострий період інфаркту міокарда | б) страх |
| в) продромальний період інфаркту міокарда | в) афективно-шокова реакція |
| г) набута сліпота | г) іпохондрія |

Еталони відповідей до завдань**Тести I рівня складності: Тести II рівня складності:**

Завдання 1. в

Завдання 1. б, в

Завдання 2. в

Завдання 2. а, б, в

Завдання 3. б

Завдання 3. а-в б-г в-а г-б

Завдання 4. г

Завдання 4. б, г, д

Завдання 5. б

Завдання 5. б, г

Завдання 6. б

Завдання 6. а-б б-г в-а г-в

Завдання 7. б

Завдання 8. а

Завдання 9. г

Завдання 10. г

Контрольні питання.

1. Психологія хворого при інфаркті міокарда.
2. Психологія хворого при гіпертонічній хворобі.
3. Яка психологія жінки в період вагітності?
4. Яка психологія жінки після пологів?
5. Яка психологія жінки при гінекологічних захворюваннях?
6. Які фактори мають особливо важливе значення для позитивного впливу на психіку вагітної жінки?
7. Перелічіть основні особливості психіки хворої дитини.
8. Опишіть специфіку організації лікувально-діагностичного процесу в дитячих відділеннях.
9. Якою повинна бути психологічна тактика лікаря стосовно хірургічного хворого в передопераційному періоді?
10. Якою повинна бути психологічна тактика лікаря стосовно хірургічного хворого в післяопераційному періоді?
11. Які існують варіанти ставлення хворого до майбутньої операції?
12. Які виділяють періоди в динаміці психічного стану онкологічного хворого? Чим характеризується кожний з періодів?
13. Дайте узагальнену психологічну характеристику хворим виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки з урахуванням преморбіда, найбільш типових провокуючих ситуацій, структури особистості, стосунків з людьми.
14. З якими психологічними проблемами зіштовхуються хворі з придбаною сліпотою, а також слабозрячі?

15. У чому повинні полягати психологічна допомога і реабілітаційні заходи стосовно хворих, котрі втратили зір?

16. Які психологічні особливості хворих, що страждають глухотою і глухонімотою, а також туговухих?

17. Які психологічні особливості хворих, що мають уроджені фізичні вади?

Література.

1. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.

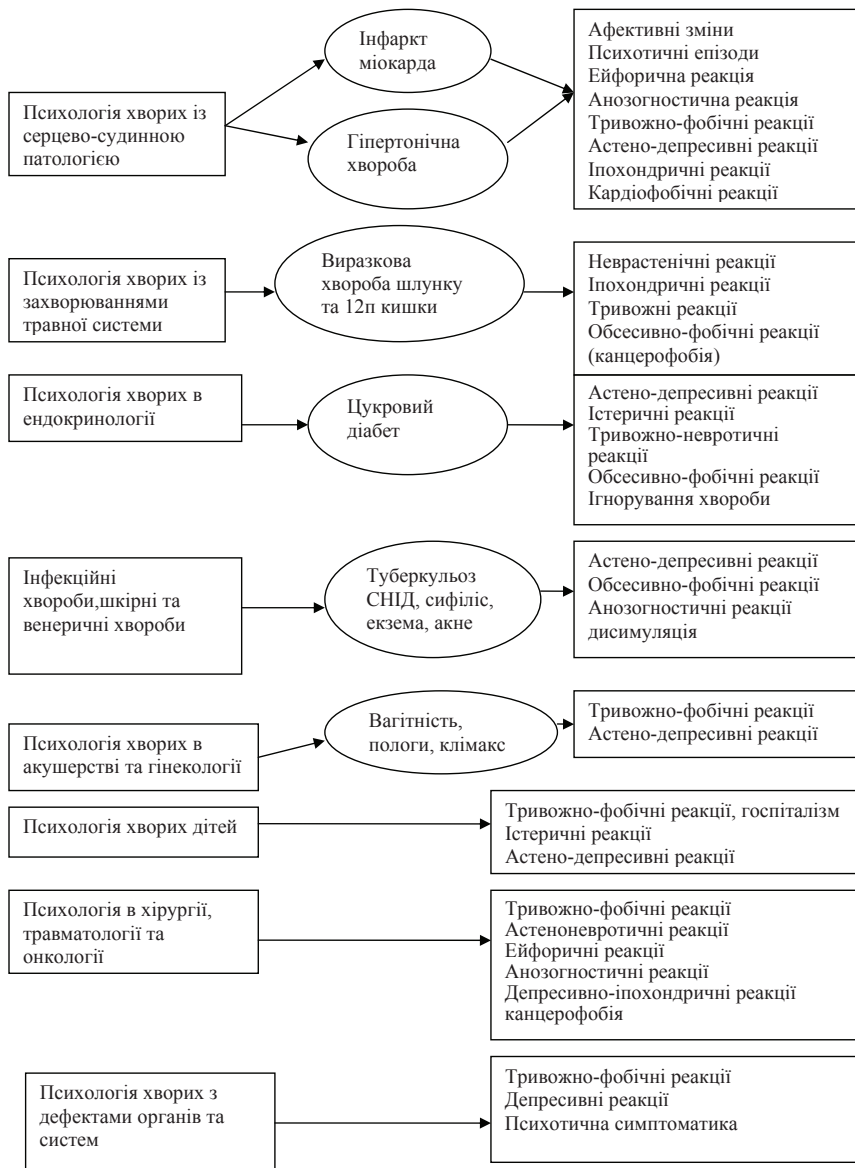
2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.:«Здоров'я». – 1994. – С.76-89.

3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд.- М.: „МЕДпресс-информ”, 2002. – С.3-61.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	30	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. самостійна робота студентів по визначенню типу реакції на хворобу при різній соматичній патології	20	Тестовий матеріал	Навчальна кімната
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	10		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми: «Психологічні особливості хворих з різними захворюваннями».



РОЗДІЛ 8

Психологічні аспекти залежної поведінки. Суїцидальна поведінка.

Актуальність теми:

Досить широка область наукового знання охоплює аномальну, девіантну поведінку людини. Істотним параметром такої поведінки є відхилення в той чи інший бік з різною інтенсивністю і в силу різноманітних причин від поведінки, яка визнається нормальною. Змінюються самі норми та, відповідно, змінюється відношення до них. Відхилення від норми такі ж природні, як і слідування їм. Повне прийняття норми має свій прояв у конформізмі, відхилення від норми – в різних видах девіації, девіантній поведінці. У всі часи суспільство намагалось пригнічувати небажані форми людської поведінки. Різкі відхилення від середньої норми як в позитивний, так і в негативний бік загрожували стабільності суспільства, яка у всі часи цінувалась більш за все.

Характеристикою нормальної і навіть гармонійної поведінки є: збалансованість психічних процесів (на рівні властивостей темпераменту), адаптивність та самоактуалізація (на рівні характерологічних особливостей), а також духовність, відповідальність та совістливість (на особистісному рівні). Так, як норма поведінки на цих трьох складових індивідуальності, так і аномалії та девіації ґрунтуються на їх змінах, відхиленнях та порушеннях.

Мета заняття – уміти розпізнати різні варіанти девіантної поведінки та знати основні принципи надання психологічної допомоги пацієнтам із залежностями та суїцидальними тенденціями.

Зміст заняття:

1. Критерії відмежування патологічних форм девіантної поведінки від непатологічних;
2. Фактори, що обумовлюють формування розладів поведінки;
3. Способи взаємодії індивіда і реальності;
4. Психологічні особливості осіб з аддиктивними формами поведінки;
5. Клінічні форми девіантної поведінки;

6. Особливості суїцидальної поведінки;
7. Форми мотивації вживання алкоголю та наркотичних речовин;
8. Особливості порушення харчової поведінки.

Інформаційний матеріал

Девіантну поведінку людини можна виначити як систему вчинків або окремі вчинки, які суперечать прийнятим у суспільстві нормам і психічним процесам та виявляються у вигляді незбалансованості, неадаптивності, порушенні процесу самоактуалізації або у вигляді відхилення від морального і естетичного контролю за власною поведінкою.

Найбільш важливими **критеріями** відмежування патологічних форм девіантної поведінки від непатологічних є наступні (Ковальов):

1) наявність визначеного патохарактерологічного синдрому, наприклад, синдрому підвищеної афективної збудливості, емоційно-вольової нестійкості, істероїдних, епілептоїдних, гіпертимних рис характеру;

2) прояв девіантної поведінки за межами основних для дитини або підлітка мікросоціальних груп: родини, колективу шкільного класу, референтної групи підлітків;

3) поліморфізм девіантної поведінки, тобто наявність девіантних вчинків різного характеру – антидисциплінарних, антисоціальних, делінквентних, аутоагресивних;

4) сполучення порушень поведінки з розладами невротичного рівня – афективними, сомато-вегетативними, руховими;

5) динаміка девіантної поведінки в напрямку фіксації стереотипів порушеної поведінки, переходу їх в аномалії характеру і патологію потягів з тенденцією до патологічної трансформації особистості.

Клініко-фізіологічні основи поведінки, яка відхиляється від норми.

Фактори, що обумовлюють формування розладів поведінки, можуть бути розділені на наступні:

1) хворобливе посилення потягів у результаті органічних захворювань головного мозку або конституціонально обумовленої неповноцінності, що призводить до змін потягів, які досягають іноді ступеня глибоких, несумісних із суспільними нормами відхилень;

2) відсутність авторитету вихователів в умовах суперечливих морально-етичних і суспільних норм поведінки батьків;

3) реакції протесту, що виникають у результаті несправедливого відношення з боку батьків або інших вихователів;

4) невіршені особистісні конфлікти, що призводять до імпульсивних дій, спрямованих на спробу їхнього вирішення.

Важливе значення для розуміння і прогнозування поведінки, яка відхиляється від норми, має також вивчення **особистості** неблагополучної дитини або підлітка, його соціально-психологічних і психологічних властивостей, таких як: егоцентризм із переважною орієнтацією на власні суб'єктивно-значимі цінності і цілі і з недостатнім врахуванням вимог реальності, інтересів навколишніх осіб; нетерпимість у відношенні психологічного дискомфорту; недостатній рівень контролю за власними емоційними реакціями і поведінкою у цілому; імпульсивність, коли актуальні спонукання, минаючи когнітивну переробку, безпосередньо реалізуються в поведінці; низький рівень емпатії, що відбиває знижену чутливість до страждань інших осіб, недостатня ступінь інтеріоризації морально-етичних і правових норм, інтеріоризація асоціальних норм, які регулюють поведінку.

Основою оцінки девіантної поведінки людини є аналіз її **взаємодій з реальністю**, оскільки чільний принцип норми – адаптивність – виходить із пристосування (адаптивності) стосовно чого і комусь, тобто реальному оточенню індивіда. Взаємодії індивіда і реальності можна представити наступними способами.

При *протидії* реальності індивід активно намагається руйнувати невисну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей.

Хворобливе протистояння реальності обумовлене ознаками психічної патології і психопатологічних розладів (зокрема, невротичними), при якому навколишній світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним перекручуванням його сприйняття і розуміння.

Спосіб взаємодії з дійсністю у вигляді *відходу від реальності* усвідомлено або неусвідомлено вибирають люди, що розцінюють реальність негативно й опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї.

Ігнорування реальності виявляється автономізацією життя і діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимоги і норми реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному світі.

Гармонійна людина вибирає *пристосування* до реальності.

Норма – це явище групової свідомості у вигляді уявлень і суджень які розділяються усіма членами групи, стосовно вимог до поведінки з урахуванням їх соціальних ролей, що створюють оптимальні умови буття, з якими ці норми взаємодіють і, відбиваючи, формують його (К.К.Платонов).

В залежності від способів взаємодії з реальністю і порушення тих або інших норм суспільства **девіантна поведінка поділяється на такі типи:**

1. Делінквентна поведінка – поведінка, яка відхиляється від норми та в крайніх своїх проявах являє собою діяння, що карається законом.

2. Аддиктивна поведінка – це одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійною фіксацією уваги на визначених видах діяльності, що спрямовано на розвиток і підтримку інтенсивних емоцій (Ц.П.Короленко, Т. А. Донських).

Основним мотивом особистостей, схильних до аддиктивних форм поведінки, є активна зміна їхнього психічного стану (який їх не задовольняє), що розглядається ними найчастіше як «сіре», «нудне», «монотонне», «апатичне».

Виділяються наступні психологічні особливості осіб з аддиктивними формами поведінки (B.Segal):

1. Знижена переносимість труднощів повсякденного життя, поряд з гарною переносимістю кризових ситуацій.

2. Прихований комплекс неповноцінності, що сполучається із зверхністю.

3. Зовнішня соціабельність, що сполучається зі страхом перед стійкими емоційними контактами.

1. Прагнення говорити неправду.

2. Прагнення обвинувачувати інших, знаючи, що вони невинні.

6. Прагнення уникнути відповідальність в прийнятті рішень.

7. Стереотипність, повторюваність поведінки.

8. Залежність.

9. Тривожність.

В аддиктивній особистості відзначається феномен «спраги гострих відчуттів» (В.А.Петровський), що характеризується прагненням до ризику, обумовленим досвідом подолання небезпеки.

На думку E.Berg, у людини існує **шість видів голоду**:

- голод по сенсорній стимуляції
- голод по визнанню
- голод по контакту і фізичному поглажуванню
- сексуальний голод
- структурний голод, або голод по структуруванню часу
- голод по інцидентах

Таким чином, основним у поведінці аддиктивної особистості є прагнення до відходу від реальності, страх перед повсякденним, наповненим зобов'язаннями і регламентаціями «нудним» життям, схильність до пошу-

ку позамежних емоційних переживань навіть ціною серйозного ризику і нездатність бути відповідальним за що-небудь.

Відповідно до **концепції N.Peseschkian**, існує чотири види «утечі» від реальності: «втеча в тіло», «втеча в роботу», «втеча в контакти або самотність» і «втеча у фантазії»

3. Під патохарактерологічним типом девіантної поведінки розуміється поведінка, обумовлена патологічними змінами характеру, що сформувалися в процесі виховання. До них відносяться т.зв. розлади особистості (психопатії) і виражені акцентуації характеру.

4. Особливим типом поведінки, яка відхиляється від норми, вважають девіації, обумовлені гіперздібностями людини (К.К.Платонов). До людей, які виходять за межі нормального, звичайного відносять людини, здатності яких значно й істотно перевищують середньостатистичні здібності.

Якщо при делінквентній поведінці спостерігається протиборство у взаємодії з реальністю, при аддиктивній – відхід від реальності, при патохарактерологічній і психопатологічній – хворобливе протистояння, то при поведінці, пов'язаній з гіперздібностями – ігнорування реальності. Людина існує в реальності («тут і тепер») і одночасно як би живе у власній реальності, не міркуючи про необхідність «об'єктивної реальності», у якій діють інші оточуючі люди.

Девіантна поведінка має наступні **клінічні форми**:

- агресія;
- аутоагресія (суїцидальна поведінка);
- зловживання речовинами, що викликають стани зміненої психічної діяльності (алкоголізація, наркотизація, табакокуріння й ін.);
- порушення харчової поведінки (переїдання, голодування);
- аномалії сексуальної поведінки (девіації і перверсії);
- надцінні психологічні захоплення («трудоголізм», гемблінг, колекціонування, «параноя здоров'я», фанатизм релігійний, спортивний, музичний і ін.);
- надцінні психопатологічні захоплення («філософська інтоксикація», сутяжництво і кверулянтство, різновиди маній – клептоманія, дромоманія й ін.);
- характерологічні і патохарактерологічні реакції (емансипації, групування, опозиції й ін.);
- комунікативні девіації (аутизація, гіпертовариськість, конформізм, псевдологія, нарцисична поведінка й ін.);

- аморальна поведінка;
- неестетична поведінка.

Умовно можна говорити про конструктивну і неконструктивну форми **агресії** (по термінології Е.Фромма – доброякісна і злаякісна). Розходження перерахованих форм полягає в намірах, що передували проявові агресивності. При конструктивній злий, злочинний намір нанести кому-небудь з навколишніх шкоду відсутній, тоді як при неконструктивній він є основою вибору саме даного способу взаємодії з людьми.

Аммон розрізняє **три** види агресії: конструктивну (відкритий прямий прояв агресії в соціально прийнятній формі або ізсоціально позитивним результатом), деструктивну (відкритий прямий прояв агресії в соціально неприйнятній формі або із соціально негативним результатом) і дефіцитарну (пов'язану з дефіцитом відповідних поведінкових навичок і внаслідок цього з недостатнім відреагуванням агресивних спонукань). Дефіцитарна форма агресії вважається характерною для пацієнтів, що страждають психосоматичними захворюваннями.

Конструктивна форма агресії може бути названа також псевдоагресія. Е.Фромм описує в рамках псевдо агресивної поведінки ненавмисну, ігрову, оборонну, інструментальну агресії, агресію як самоствердження.

Переважно т.зв. конструктивна агресивність зустрічається при таких психопатологічних синдромах, як астенічний (церебростенічний, неврас-тенічний) і істеричний.

Неконструктивна агресивність є ознакою або кримінальної поведінки, або психопатологічної. У першому випадку агресивність людини опосередковується його усвідомленим деструктивним відношенням до реальності і навколишніх його людей, опозиційною стратегією і тактикою взаємодії з дійсністю, що розцінюється вороже. В другому – вона обумовлена психопатологічними симптомами і синдромами, які частіше торкається сфери сприйняття, мислення, свідомості і волі.

Найбільше часто агресивність значного ступеня виразності (часто не піддається вольовій корекції) входить у структуру таких психопатологічних синдромів, як: експлозивний, психоорганічний, дементний, кататонічний, гебефренічний, параноїдний (галлюцинаторно-параноїдний), паранойяльний, парафренний, психічного автоматизму, деліріозний, сутінково-го розладу свідомості.

Суїцидальна поведінка. Відповідно до соціологічної теорії самогубства Дюркгейма суїцидальні думки з'являються насамперед у результаті розриву інтерперсональних зв'язків особистості, відчуження індивіда від

тієї соціальної групи, до якої він належить. З огляду на особливості цього розриву соціальних зв'язків, він виділяє наступні **типи** суїцидів:

- егоїстичний, характерний для особистостей, у недостатньому ступені інтегрованих зі своєю соціальною групою;
- альтруїстичний, що представляє собою повну інтеграцію із соціальною групою;
- аномічний, як специфічна реакція особистості на важкі зміни в соціальних порядках, що призводять до порушення взаємних зв'язків індивіда і соціальної групи.

Суїцид при цьому визначається автором як навмисне й усвідомлене позбавлення себе життя. У роботах психоаналітичного напрямку суїцид трактується як наслідок порушення психосексуального розвитку особистості в результаті відсутності важливих осіб на вирішальних стадіях розвитку, як метод відновлення втраченого об'єкта любові і воз'єднання з ним.

Самогубство розглядається також як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитих нею мікроконфліктів (Бачериков). При цьому суїцид являє собою один з варіантів поведінки людини в екстремальній ситуації, причому суїцидогенність ситуації не укладена в ній самій, а визначається особистісними особливостями суб'єкта, його життєвим досвідом, інтелектом, характером і стійкістю інтерперсональних зв'язків. Поняття **предиспозиційної дезадаптації** містить у собі зниження соціально-психологічної адаптованості особистості у вигляді схильності, готовності до здійснення делікту. В умовах предиспозиційної дезадаптації відбувається соціально-психологічна дезадаптація особистості, що виявляється в порушеннях поведінки і різних психоемоційних зрушень. При переході предиспозиційної стадії дезадаптації в суїцидальну вирішальне значення має конфлікт, який розуміють як співіснування двох або декількох різнонаправлених тенденцій, одна з яких складає актуальну для особистості потребу, інша – перешкоду на шляху її задоволення. Суїцидогенний конфлікт може бути викликаний реальними причинами (у практично здорових осіб), але може полягати в дисгармонійній структурі особистості або мати психотичний генез. Незалежно від характеру причин, конфлікт для суб'єкта завжди реальний і тому супроводжується інтенсивними важкими переживаннями, як правило, з переважно депресивним забарвленням. Конфліктна ситуація піддається особистісній переробці, у процесі якої конфлікт вирішується. При його суб'єктивній нерозв'язності звичайними, прийнятними для особистості способами, як шлях вирішення може використовуватися суїцид.

Суїциди умовно підрозділяються на істинні, коли метою є бажання людини позбавити себе життя, і демонстративно-шантажні, котрі застосовуються для тиску на навколишніх, отримання яких-небудь вигод, маніпулювання почуттями інших людей. Демонстративно-шантажна поведінка (Сидоров, Парняков) своєю метою припускає не позбавлення себе життя, а демонстрацію цього настрою.

Описується **п'ять видів суїцидальної поведінки** відповідно до домінуючих мотивів:

- протест;
- заклик до жалю, співчуття;
- уникнення фізичних або щиросердечних страждань;
- самопокарання
- відмова від життя (капітуляція).

Суїцид може відбивати суспільний звичай, своєрідну норму, правило поведінки, прийняте в конкретному суспільстві, у визначеній культурі (наприклад, японське харакірі). Він може бути пов'язаний з невиліковними соматичними захворюваннями; із психічними розладами і, нарешті, суїцид може спостерігатися в практично здорових осіб, що не мають яких-небудь соматичних або психічних захворювань. В останньому випадку звичайно виникають гострі або хронічні психічні травми. При суїцидальних спробах, які скоєні у стані афективного напруження особами без психічних розладів, у більшості випадків звучать індивідуалістичні мотиви, що відбивають соціальну незрілість і психологічну нестійкість. Наприклад, частим пусковим механізмом є образа, гнів у відповідь на недовіру, вимогливість, обмеження егоїстичних бажань, зраду, а також незадоволеність домагань, тягар відповідальності. У подібних реакціях знаходить висвітлення невміння або небажання рахуватись з обставинами, необхідність врахування інтересів навколишніх, нездатність до раціонального вирішення конфліктів.

На імовірність здійснення суїцидальних дій впливають найрізноманітніші фактори:

- індивідуальні психологічні особливості людини і національних звичаїв,
- вік і родинний стан,
- культурні цінності і рівень алкоголізації населення,
- час року і т.д.

З визначеною часткою умовності усі відомі фактори суїцидального ризику можна розділити на соціально-демографічні, природні, медичні, індивідуальні. Жінки частіше роблять спроби самогубства, обираючи при цьому менш болісні і хворобливі способи, ніж чоловіки: якщо в чоловіків

частіше зустрічається самоповішання, то в жінок – отруєння і поранення передпліч. У чоловіків суїцид частіше носить завершений характер.

Суїцидальні дії зустрічаються практично в будь-якому віковому періоді. Відомі дані про суїцидальні спроби в дітей у віці від 3 до 6 років. Родинний стан і, особливо, характер внутрішньосімейних відносин значно впливають на суїцидальний ризик. Одружені рідше роблять самогубства, чим неодружені, вдови і розлучені. Суїцидальний ризик вище в бездітних, а також проживаючих окремо від родичів. Серед суїцидентів переважають особи, що виховувалися в дитинстві різними батьками, в інтернаті або мали тільки одного з батьків. Суїцидонебезпечні стани частіше виникають у родинах дезінтегрованих (при відсутності емоційної і духовної згуртованості), дисгармонійних (з неузгодженістю цілей, потреб і мотивацій членів родини), корпоративних (коли покладені обов'язки член родини виконує лише за умови такого ж відношення до обов'язків інших членів родини), консервативних (при нездатності членів родини зберегти сформовану комунікативну структуру під тиском зовнішніх авторитетів) і закритих – з обмеженим числом соціальних зв'язків у членів родини (Постовалова). До дезадаптації і суїциду веде не стільки професійне положення, скільки часта зміна місця роботи і професії.

Робились спроби установити залежність частоти самогубств від дня тижня (частіше в понеділок з поступовим зниженням до кінця тижня) і від часу доби (частіше ввечері, на початку ночі і раннім ранком), але дані в цьому відношенні суперечливі.

Душевнохворі скоюють самогубства в багато разів частіше (до 100 разів), чим психічно здорові особи. Найбільш високий суїцидальний ризик відзначається при реактивних депресіях (F23.8), неалкогольних токсикоманіях (F15-F19), психопатіях (F60-F69) і афективних психозах (F30-F39). Особистісні і характерологічні особливості часто відіграють провідну роль у формуванні суїцидальної поведінки. Підвищений ризик самогубства характерний для дисгармонійних особистостей. Особистісна дисгармонія може бути викликана як перебільшеним розвитком окремих інтелектуальних, емоційних і вольових характеристик, так і їх недостатньою виразністю. Підвищують суїцидальний ризик такі протилежні якості особистості, як відсутність цілеспрямованості і надмірна наполегливість у досягненні поставленої мети, афективна нестійкість і емоційна ригідність, надмірна товариськість і недостатня комунікативність, підвищена і знижена самооцінка. До особистісних характеристик, що полегшують формування суїцидальної поведінки, Бачериков відносить також афективну логіку, кате-

горичність суджень, замкнутість, сенситивність, підвищену збудливість і вибуховість.

Основні безпосередні задачі, які виникають при веденні суїцидального хворого:

1. Захистити пацієнта від самого себе, поки кризовий стан не мене. Суїцидальні думки завжди епізодичні, тому мета полягає в тому, щоб створити безпечні умови для пацієнта, поки ви допомагаєте пацієнтові вирішити його кризову проблему.

2. Попередити та лікувати медичні ускладнення суїцидальної спроби.

3. Виявити та вирішити, по можливості, гостру проблему, яка стала безпосередньою причиною суїцидальної налаштованості.

4. Діагностувати та проводити лікування психічних розладів, які лежать в основі суїцидальної поведінки.

5. Проводити лікування реакцій горя членів сім'ї суїцидального хворого.

Зловживання речовинами, що викликають стани зміненої психічної діяльності.

Девіантна поведінка у вигляді вживання і зловживання речовинами, що викликають стани зміненої психічної діяльності, психічну і фізичну залежність від них є одним з найпоширеніших видів поведінки, яка відхиляється від норми. Суттю такої поведінки стає значна зміна ієрархії цінностей людини, відхід в ілюзорно-компенсаторну діяльність і істотну особистісну деформацію.

При застосуванні оп'янюючих речовин, що змінюють сприйняття світу і самооцінку людини, відбувається поступове відхилення поведінки у бік формування патологічної залежності від речовини, фетишизації її і процесу вживання, а також перекручування зв'язків людини із суспільством.

Мотивація вживання алкоголю і наркотичних речовин має кілька форм (Ц.П.Короленко, Т.А. Донських):

Атарактична мотивація полягає в прагненні застосування речовин з метою пом'якшення або усунення явищ емоційного дискомфорту. У даному випадку речовина, що викликає сп'яніння, використовується як лікарський препарат, що знімає негативні феномени і симптоми неблагополуччя. Серед симптомів, що, у першу чергу, підштовхують людину до вживання таких речовин виявляються страх, тривога, депресія і їхні різновиди.

Девіантна поведінка може сформуватися при атарактичній формі мотивації в силу частоти застосування даного способу зняття емоційних проблем з переходом психологічної залежності у фізичну.

З огляду на спрямованість атарактичної мотивації на зняття емоційних переживань, вона є переважною при патохарактерологічному і психопатологічному типах девіантної поведінки. Як правило, вживання різних оп'яняючих і транквілізуючих речовин відбувається при таких симптомах і синдромах, як: тривожний, obsесивно-фобічний, депресивний, дисфоричний, астеничний, психоорганічний, іпохондричний і деяких інших. Нерідко вживання речовин спрямоване на купірування внутрішньоособистісного конфлікту при т.зв. психопатичних синдромах (експлозивному і емоційно нестійкому, істеричному, ананкастному). При інших типах девіантної поведінки атарактична мотивація зустрічається рідше.

Гедоністична мотивація виступає, як би, продовженням і розвитком атарактичної, але значно відрізняється за якістю. Атарактична приводить емоційний стан у норму зі зниженого, а гедоністична сприяє підвищенню нормального (не зниженого) настрою. Гедоністична спрямованість виявляється в отриманні задоволення, відчуття радості від прийому речовин (алкоголю, наркотиків) на тлі звичайного рівного настрою. Гедоністична спрямованість може зустрічатися при різних типах девіантної поведінки: і при делінквентному, і при аддиктивному, і при патохарактерологічному, і при психопатологічному. Однак, типовою вона вважається для аддиктивної поведінки. Людина з аддиктивною спрямованістю вчинків схильна шукати в алкоголі або наркотиках спосіб відходу від реальності в ілюзорний світ, що доставляє їй насолоду. При цьому вона вибирає з багатого арсеналу наркотичних речовин або алкогольних напоїв лише ті, котрі володіють ейфоризуючим ефектом, що сприяє швидкому і різкому підвищенню настрою, появі смішливості, благодущності, радості, легкого досягнення сексуального задоволення. До речовин, що використовуються при аддиктивній поведінці, відносять такі речовини, як маріхуану, опій, морфін, кодеїн, кокаїн, ЛСД, циклодол, ефір і деякі інші.

Найбільші зміни психічної діяльності, що перевищують власне ейфоризуючий ефект і супроводжуються іншими психопатологічними розладами, спостерігаються при використанні ЛСД (лизергіну, діетиламід лизергінової кислоти), кодеїну, маріхуани (гашишу) і кокаїну. Відмінною рисою дії ЛСД є приєднання до ейфоризуючого галюциногенного ефекту, при якому виникають надзвичайно яскраві кольорові зорові галюцинації (спалахи світла, калейдоскопічна змінюваність образів сценічного характеру), дезорієнтування в місці і часі (час здається зупиненим або стрімко летить).

При палінні або жуванні маріхуани (анаші, гашишу) виникає невтримна балакучість, сміх, напливи фантазій, потік випадкових асоціацій. Різко змінюється сприйняття зовнішнього світу. Він стає значно яскравішим, мальовничішим. Іноді виникає відчуття невагомості, польоту, паріння в повітрі. Типовими є веселощі, симптоми порушення схеми тіла: відчуття подовження або укорочення кінцівок, видозміни всього тіла. Нерідко і навколишній світ змінюється в розмірах, кольорі, консистенції.

Мотивація з гіперактивацією поведінки близька до гедоністичної, але ґрунтується не на ейфоризуючій, а на активуючій дії. Часто обидва ефекти діють спільно, однак нерідко людиною розділяються. При даній формі мотивації базисним стає потреба вивести себе зі стану пасивності, байдужності, апатії і бездіяльності за допомогою речовин, що провокують незвичайну, позамежну жвавість реакції й активність. Особливо важливим стає стимуляція сексуальної активності і досягнення «рекордних результатів» в інтимній сфері.

З наркотичних речовин, що володіють активуючими властивостями виділяються маріхуана, ефедрин і його похідні, які сполучають гіперактивацію і гіперсексуальність, а також кодеїн, нікотин і кофеїн, що викликають активність без гіперсексуальності. Мотивація з гіперактивністю і гіперсексуальністю, як правило, зустрічається при аддиктивному типі девіантної поведінки.

Субмісивна мотивація застосування речовин полягає в неспроможності людини відмовитися від запропонованого іншими прийому алкоголю або наркотичних речовин. Нездатність протистояти тискові впливає з характерологічних або особистісних особливостей людини. В одному випадку це обумовлено ананкастними або залежними рисами характеру (боязкістю, сором'язливістю, конформністю, тривожністю, обережністю в спілкуванні), при яких індивід намагається уникати ситуацій осуду (зокрема, за небажання «за компанію» ужити спиртні напої). Страх виявитися поза колективом, бути вигнаним з нього за неконформну поведінку, стати «білою вороною» є базою для субмісивної мотивації вживання речовин, що викликають зміну психічного стану.

Псевдокультуральна мотивація ґрунтується на світоглядних установах і естетичних пристрастях особистості. Людина розглядає вживання алкоголю або наркотичних речовин крізь призму «вишуканості смаку», причетності до кола обраних – знавців. Поведінка індивіда носить характер причетності до традиції, «культури». У більш вираженому ступені при псевдокультуральній мотивації важливо не саме вживання речовин, скільки демонстрація цього процесу навколишнім. Зустрічається вона при пато-

характерологічному типу девіантної поведінки, зокрема в рамках істеричних характерологічних розладів.

У випадках формування психопатологічного типу поведінки при таких психічних захворюваннях, як алкоголізм, наркоманії і токсикоманії, девіантна поведінка стає цілком залежною від феноменологічних клінічних особливостей і стадій хвороби.

Порушення харчової поведінки.

Харчова поведінка людини оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна в залежності від безлічі параметрів, зокрема,

- від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей індивіда,
- від кількісних і якісних показників харчування,
- від естетики.

Істотний вплив етнокультуральних факторів на вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу. Споконвічним питанням про цінності харчування, стає питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («їсти, щоб жити або жити, щоб їсти»), врахування ролі харчової поведінки навколишніх для становлення деяких особистісних характеристик (наприклад, гостинність).

Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, орієнтація на образ власного тіла і діяльність по його формуванню.

Основними порушеннями харчової поведінки вважаються: нервова анорексія і нервова булімія. Загальними для них є такі параметри, як:

- стурбованість контролювання ваги власного тіла
- перекручування образу свого тіла
- зміна цінності харчування в ієрархії цінностей

Нервова анорексія являє собою розлад, що характеризується навмисним зниження ваги, яке викликається та підтримується самим індивідом. Відмова від їжі пов'язана, як правило, з незадоволенням своєю зовнішністю, надлишковою, на думку самої людини, повнотою. З огляду на той факт, що визначення об'єктивних критеріїв повноти значною мірою утруднено в зв'язку з існуванням естетичного компоненту, приходиться говорити про значимості параметра адекватності або неадекватності сприйняття власного тіла («схеми тіла»), орієнтації на власну думку і уявлення про нього або рефлексію і реагування на думку референтної групи. Часто основою нервової анорексії служить перекручене сприйняття себе і помилкова інтер-

претація зміни відносини навколишніх, заснованого на патологічній зміні зовнішності. Даний синдром носить назву дисморфоманічного синдрому. Однак, формування нервової анорексії можливо і поза даним синдромом.

Виділяють (М.В.Коркіна) чотири стадії нервової анорексії: 1) ініціальна; 2) активної корекції, 3) кахексії і 4) редукції синдрому.

Діагностичними критеріями нервової анорексії є:

а) зниження на 15% і збереження на зниженому рівні маси тіла або досягнення індексу маси тіла Кветелета 17,5 балів (індекс визначається співвідношенням ваги тіла в кілограмах до квадрату росту в метрах).

б) перекручування образу свого тіла у виді страху перед ожирінням.

в) прагнення уникати вживання їжі, яка може призвести до збільшення маси тіла.

Порушення харчової поведінки у вигляді синдрому нервової анорексії зустрічається, як правило, при двох типах девіантної поведінки: патохарактерологічному і психопатологічному. У рамках першого – порушення харчової поведінки обумовлені особливостями характеру людини і його реагуванням на відношення з боку однолітків, при другому – синдром нервової анорексії формується на базі інших психопатологічних розладів (дисморфоманічного, іпохондричного, симптмокомплексів) в структурі шизофренічних або інших психотичних розладів.

Нервова булімія характеризується повторюваними приступами переїдання, неможливістю навіть короткий час обходитися без їжі і надмірною заклопотаністю контролюванням ваги тіла, що призводить людину до вживання крайніх заходів для пом'якшення впливу з'їденої їжі. При цьому відзначається амбівалентне відношення до прийому їжу: бажання з'їдати велику кількість їжі сполучається з негативним, самопринижуючим відношенням до себе і своєї «слабкості».

Виділяється кілька діагностичних критеріїв нервової булімії:

а) постійна заклопотаність їжею і нездоланим потягом до їжі навіть в умовах відчуття ситості.

б) спроби протидіяти ефектові ожиріння від їжі, що з'їдається, за допомогою таких прийомів, як: викликання блювоти, зловживання проносними засобами альтернативні періоди голодування, використання препаратів, які пригнічують апетит.

в) нав'язливий страх ожиріння.

Як видно з клінічних описів, нервова анорексія і нервова булімія мають ряд загальних рис, внаслідок чого можна говорити про єдиний комплекс порушень харчової поведінки. Однак, нервова булімія на відміну від ано-

рексії може входити у структуру аддиктивного типу девіантної поведінки. Якщо відмова від їжі відіграє роль хворобливого протистояння реальності (істотний параметр патохарактерологічного і психопатологічного типів поведінки, то нездоланий потяг до їжі може відбивати як протистояння (зокрема, зняття симптомів тривоги, депресії при невротичних розладах), так і відхід від реальності. При аддиктивній поведінці підвищення цінності процесу харчування і переїдання стає єдиним задоволенням у нудному, одноманітному житті. Людина обирає для себе харчування, як альтернативу повсякденного життя з її вимогами, обов'язками, регламентаціями. У неї формується феномен «спраги гострих відчуттів» у вигляді зміни харчового поведінки. Наприклад, такий індивід може отримувати нові незвичайні відчуття від кількості і якості їжі, сполучення інгредієнтів, що не сполучаються, (огірків з медом, торта з гірчицею). Мотивом стає утеча від «огидної» реальності у світ вічного «харчового задоволення».

Ще одним різновидом порушень харчової поведінки є прагнення поїдати неїстівні предмети. Як правило, такий тип поведінки зустрічається лише при психічних захворюваннях або грубій патології характеру, хоча не виключене його поява в рамках делінквентної поведінки з метою симуляції соматичної хвороби і досягнення якої-небудь мети. При психопатологічному типі девіантної поведінки відзначається, наприклад, поїдання випорожнень (копрофагія), нігтів (оніхофагія), при делінквентній – заковтування металевих предметів (монет, шпильок, цвяхів).

Надцінні психологічні захоплення

Одним з найбільш розповсюджених видів поведінки, яка відхиляється від норми, поза психопатологічними рамками вважаються надцінні психологічні захоплення. Захопленням називають підвищений інтерес до чого-небудь з формуванням упередженого емоційного відношення. При надцінному захопленні всі характеристики звичайного захоплення підсилюються до гротеску, об'єкт захоплення або діяльність стають визначальним вектором поведінки людини, що відсуває на другий план або цілком блокує будь-яку іншу діяльність. Класичним прикладом пароксизмального захоплення і «гіперзахоплення» є стан закоханості, коли людина може бути цілком зосередженою на об'єкті і суб'єкті емоційного переживання, втрачати контроль за часом, присвяченим йому, ігнорувати будь-які інші сторони життєдіяльності. **Істотними ознаками надцінних психологічних захоплень** вважаються:

- глибока і тривала зосередженість на об'єкті захоплення,
- упереджене, емоційно насичене відношення до об'єкту захоплення,

- втрата почуття контролю за часом, який витрачається на захоплення,
- ігнорування будь-якої іншої діяльності або захоплення.

Психологічне захоплення на відміну від психопатологічного не виходить за границі традиційних для суспільства або окремих його груп. Тому одне і теж колективне захоплення може включати як людей зі звичайним інтересом до такого виду діяльності, так і захоплених, і гіперзахоплених. Надцінні психологічні захоплення входять до складу аддиктивної, патохарактерологічної типів девіантної поведінки, а також поведінки на базі гіперздібностей. Використовуючи термінологію N.Peseschkian, при надцінних захопленнях відбувається «втеча від реальності» у яку-небудь діяльність на шкоду іншій і на шкоду гармонії особистості, в цілому.

При **«трудоголізмі»** відбувається утеча від реальності в сферу діяльності і досягнень. Підвищеним інтересом і захопленням для людини стає її робота або інша діяльність, в якій вона намагається досягти досконалості. Якщо в звичайної людини робота є способом підвищення власного престижу, авторитетності, матеріального благополуччя, задоволення потреби панувати і домінувати, або вона розглядається як повинність, то в людини-трудоголіка робота стає самоціллю, а не способом досягнення чого-небудь. Вона отримує задоволення від самого процесу діяльності, а не від його результату, хоча результат також немаловажний для продовження даного виду роботи. Трудоголік зосереджений на цікавлячій його діяльності практично постійно, він не здатний відвернутися від думок про роботу навіть на відпочинку або навмисній зміні діяльності.

Базою для формування надцінного захоплення у вигляді трудоголізму, як правило є, або особливості характеру, що сприяють фіксації уваги і діяльності на виконанні службових обов'язків через страх не справитися з ними, справити враження некваліфікованого фахівця, або аддиктивний відхід від реальності, що сприймається як нецікава, неприваблива і нудна. У першому випадку формування трудоголізму відбувається на основі психастенічних (ананкастних) або астенічних (залежних) рис характеру.

Інший механізм формування трудоголізму виявляється при аддиктивній поведінці. Підвищений рівень працездатності, захопленість процесом діяльності, отримання від нього задоволення може бути заміною діяльністю. «Втеча в роботу» може бути пов'язана з непристосованістю людини до повсякденного життя, її побутовим вимогам, неможливістю зазнавати насолоди і «маленькі життєві радощі». Індивіда з аддиктивною поведінкою у вигляді трудоголізму обтяжує сірість і одноманітність життя, відсутність «великих потрясінь». Моделюючи складності на роботі у своїй діяльності

і переборюючи їх, така людина живе повноцінним, на його думку життям, що кардинально відрізняється від реального життя.

Надцінні психологічні захоплення у вигляді активної й упередженої діяльності можуть включати не тільки професійну сферу. Людина може бути трудоголіком у сфері хобі. Наприклад, вона може формально ходити на основну роботу, сумлінно виконувати її, не отримуючи задоволення, і при цьому орієнтуватися на іншу діяльність (ремонт свого автомобіля, догляд за садом, рибальство, полювання, колекціонування і т.д.).

При надцінному захопленні азартними іграми людина схильна цілком присвячувати себе грі, виключаючи будь-яку іншу діяльність. Гра стає самоціллю матеріального благополуччя. Захопленість азартними іграми називається **гемблінгом**. Виділяються наступні ознаки, характерні для гемблінга, як різновиду аддиктивного типу девіантної поведінки (Ц.П.Короленко, Т.Адонских):

1. Постійна включеність, збільшення часу, проведеного в ситуації гри.
2. Зміна кола інтересів, витиснення колишніх мотивацій ігрової діяльності, постійні думки про гру, перевага в уяві ситуацій, пов'язаних з ігровими комбінаціями.
3. Втрата контролю, що виражається в нездатності припинити гру як після великого виграшу, так і після постійних програшів.
4. Поява станів психологічного дискомфорту, роздратування, занепокоєння (так званої «сухої абстиненції») через короткі проміжки часу після чергової участі в грі з важкопереборюваним бажанням приступити до гри («ігровим драйвом»).
5. Збільшення частоти участі в грі і прагнення до все більш високого ризику.
6. Наростання зниження здатності чинити опір спокусі («зниження ігрової толерантності») відновити гру.

Людина, схильна їти від реальності у світ ігор, вибирає даний вид поведінки в зв'язку з непристосованістю до дійсності, буденності, яка перестає його задовольняти і радувати. Вона шукає в грі азарту і ризику, бурхливих позамежних емоцій, яких не знаходить у повсякденному житті. Основою аддиктивної поведінки у вигляді гемблінгу є феномен «спраги гострих відчуттів» і, як наслідок, високого ступеня ризику, гри «на грані фолу», коли за секунду можна втратити усе, що маєш або придбати «увесь світ». До подібного виду аддиктивної поведінки відносяться карткові ігри, рулетка, тоталізатор і ін.

Азартні ігри не завжди пов'язані з грошовим ризиком або ризиком для життя. Азарт може бути пов'язаний з вигаданим ризиком при ідентифікації

себе з учасниками ігор, наприклад комп'ютерних. Ідеями фікс можуть ставати спортивні ігри, лотереї, розгадування кросвордів, а також сексуальні ігри.

Особливим різновидом надцінних психологічних захоплень є так звана «параноя здоров'я» – захопленість оздоровчими заходами. При цьому людина на шкоду іншим сферам життєдіяльності (роботі, родині) починає активно займатися тим або іншим способом оздоровлення – бігом, особливою гімнастикою, дихальними вправами, обливанням крижаною водою, промиванням ніздрів і порожнини рота солоною водою й ін. Механізмом формування «параної здоров'я» є феномен «зрушення мотиву на мету», коли з засобу досягнення здоров'я оздоровчі заходи перетворюються в самоціль, у джерело єдиного або домінуючого способу отримання задоволень.

Захоплення якою-небудь діяльністю сягаючого крайнього ступеня виразності з формуванням культу і створення ідолів з повним підпорядкуванням людини і розчиненням індивідуальності зветься **фанатизмом**. Частіше фанатичне відношення формується в таких сферах, як релігія (релігійний фанатизм), спорт (спортивний фанатизм) і музика (музичний фанатизм). Загальною характеристикою фанатизму є вироблення людиною стереотипу підпорядкування власних інтересів і прагнень інтересам конфесії, команди, музичного колективу, зосередження уваги і сил на підтримці ідола і надання всілякої й активної допомоги, місіонерська діяльність. У рамках девіанотної поведінки у вигляді фанатизму людина починає діяти по психологічним законам групи і відомої людини, вона не здатна критично поставитися до висловлень кумира, ідола й усвідомити відхилення власної поведінки, що може полягати у відриві або відході з родини, ігнорування роботи.

Мотиви відриву людини від реальності і відходу в групу (релігійну, спортивних або музичних фанатів), підпорядкування себе ідеї і лідерові можуть бути різними. Одним з мотивів може бути психологічні проблеми, з якими індивід справитися самостійно не здатний або вважає, що не здатний. Як правило, даний мотив ґрунтується на психопатологічних симптомах і синдромах, патології характеру або внутрішньособистісному невротичному конфлікті. Його відхід у групу фанатиків обумовлений зняттям із себе відповідальності за прийняття рішень з багатьох життєвих проблем, бажанням стати відомим, викоринити в собі сумніви і непевність. Іншим мотивом фанатичної поведінки в групі може бути прагнення піти від одноманітної, не викликаючої радості й емоційного відгуку реальності. Кумир, ідол, ідея, ритуал, причетність до якої-небудь таємниці або соціальної групи, знаходження нових переживань стають своєрідними аддиктами.

ПСИХОЛОГІЯ ПОМИРАЮЧИХ ХВОРИХ

Психологічні особливості помираючих хворих входять до предмета вивчення *танатології* – науки про вмирання. Нині прийнято виділяти 5 стадій психічного стану, через які проходять пацієнти, що помирають від невиліковного захворювання:

1. Стадія відмови, несприйняття трагічного факту. Домінують вислови: «Тільки не я», «не може бути», «це не рак» тощо. Заперечується факт смертельного захворювання, зростає тривога, пацієнт активно обстежується у різних спеціалістів, використовує будь-які методи лікування, можлива анозогнозія.

2. Стадія протесту: «Чому саме я? У мене ж ще стільки справ» і т.ін. Ця стадія дуже важка для хворого і його родичів. Вони часто звертаються до лікаря з запитаннями, скільки ще залишилося жити. Прогресують реактивна депресія, виникають суїцидальні тенденції. На цьому етапі дуже важлива допомога психолога, підтримка членів сім'ї.

3. Прохання про відстрочку. У цьому періоді відбувається сприйняття істини і того, що відбувається, але «не тепер, ще трошки». Більшість, навіть раніше невіруючі пацієнти, звертаються подумки до Бога.

Перші три стадії складають *період кризи*.

4. Реактивна депресія, яка поєднується з почуттям провини, образи, горя. Хворий розуміє, що помирає, жалкує про свої негативні звички, образи. Але він вже готовий прийняти смерть, закінчив усі свої земні турботи, заглибився у себе.

5. Прийняття власної смерті. Пацієнт отримує мир і спокій. Втрачає інтерес до оточуючого, внутрішньо зібраний і знаходиться у полоні своїх думок, готуючись до неминучого.

Завдання для самостійної роботи.

1. Мотив, яким обумовлюється делінквентна поведінка найчастіше є:

- а) активна зміна психічного стану,
- б) ситуаційно – імпульсним,
- в) прагнення утекти від реальності,
- г) тенденція до домінування,
- д) прагнення до маніпулювання

2. Ознаками аддиктивної поведінки є усе крім:

- а) залежність,

- б) погана переносимість складнощів повсякденного життя,
- в) уникнення кризових ситуацій,
- г) прихований „комплекс неповноцінності”,
- д) тривожність

3. Види конструктивної агресії усі, крім:

- а) ігрова,
- б) оборонна,
- в) інструментальна,
- г) кримінальна,
- д) ненавмисна

4. При делінквентній поведінці, як правило зустрічається такий тип порушення взаємодії з реальністю:

- а) пристосування,
- б) протидія,
- в) хворобливе протистояння,
- г) уникнення,
- д) ігнорування

5. Прихований „комплекс неповноцінності” у аддиктивних особистостей обумовлений:

- а) поганою переносимістю складнощів повсякденного життя,
- б) низькою толерантністю до стресу,
- в) психопатологічними проявами,
- г) завищеними вимогами до себе,
- д) низькими фізичними можливостями.

6. Аддиктивний тип поведінки найбільш часто представлений такою клінічною формою:

- а) суїцидальна поведінка,
- б) зловживання наркотичними речовинами,
- в) порушення харчової поведінки,
- г) сексуальні перверсії,
- д) kleptomania.

7. До клінічних форм девіантної поведінки відносяться всі, крім:

- а) гемблінг,
- б) агресія,

- в) конформізм,
- г) агравація,
- д) піроманія.

8. До клінічних форм девіантної поведінки відносяться всі, крім:

- а) маячні ідеї стосунку,
- б) надцінні кверулянтські ідеї,
- в) релігійний фанатизм,
- г) дромоманія,
- д) переїдання.

9. До клінічних форм девіантної поведінки відносяться всі, крім:

- а) трудногалізм,
- б) фобії,
- в) клептоманія,
- г) наркоманії,
- д) аутоагресія.

10. До клінічних форм девіантної поведінки відносяться всі, крім:

- а) криптомнезії,
- б) табакокуріння,
- в) музичний фанатизм,
- г) реакції опозиції,
- д) аморальна поведінка.

Еталони відповідей до завдань

- | | |
|---------------|----------------|
| Завдання 1. б | Завдання 6. б |
| Завдання 2. в | Завдання 7. г |
| Завдання 3. г | Завдання 8. а |
| Завдання 4. б | Завдання 9. б |
| Завдання 5. а | Завдання 10. а |

Контрольні питання.

1. Девіантна поведінка, її форма та критерії відмежування одних форм від інших.
2. Клініко-фізіологічні основи поведінки, яка відхиляється від норми.
3. Форми взаємодії людини з реальністю.
4. Особливості делінквентної поведінки.
5. Психологічні особливості осіб з аддиктивною поведінкою.

6. Особливості осіб з патохарактерологічним типом девіантної поведінки.

7. Клінічні форми девіантної поведінки.

8. Характеристика суїцидальної поведінки.

9. Девіантна поведінка у вигляді вживання і зловживання речовинами, що викликають стани зміненої психічної діяльності, психічну і фізичну залежність.

10. Порушення харчової поведінки.

11. Надцінні психологічні захоплення.

Література.

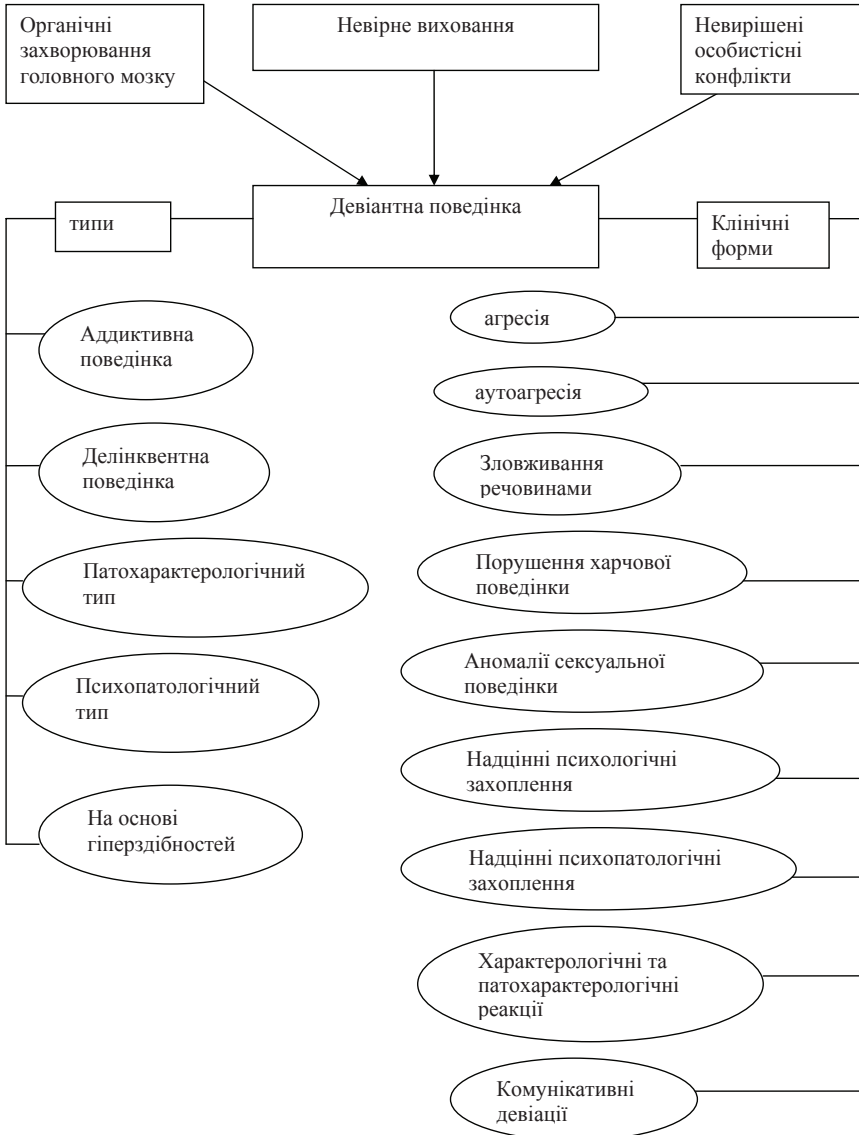
1. Клиническая психология: учебник / Под Ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – С. 535-565.

2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд. - М.: „МЕДпресс-информ”, 2002. – С.351-386.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми: «Психологічні аспекти залежної поведінки. Суїцидальна поведінка».



РОЗДІЛ 9

Основні методи психотерапії в роботі лікаря загальної практики. Психогігієна, психопрофілактика.

Актуальність теми:

Однією із найбільш значимих проблем медичної психології є надання психологічної допомоги пацієнтам з різноманітними проблемами у їхньому житті, осіб, які знаходяться у кризовій ситуації, а також особам із соматичними та психічними захворюваннями, якщо вони мають невротичні та психосоматичні розлади, характерологічні девіації і особистісні аномалії.

Психотерапія – основна та найважливіша форма психологічної допомоги. Даний вид лікування своєю метою має змінити зміст суб'єктивних переживань, поведінкових реакцій людини та в кінцевому результаті, роботу функціональних систем організму шляхом впливу на психіку в процесі спілкування хворого з лікарем.

Мета заняття – уміти визначити покази та протипокази для надання психотерапевтичної допомоги пацієнтам та знати особливості психопрофілактики та психогігієни при окремих захворюваннях.

Зміст заняття:

1. Характеристика основних сучасних психологічних шкіл.
2. Основні фактори психотерапії.
3. Класифікація психотерапевтичних методик.
4. Покази та протипокази до застосування психотерапевтичних методик.
5. Особливості різних методів психотерапії та їх характеристика.
6. Визначення та характеристика поняття психогігієна та психопрофілактика.
7. Особливості первинної, вторинної та третинної психопрофілактики.

Інформаційний матеріал

Характеристика основних сучасних психологічних шкіл.

1. Глибинна психологія

Ця психологія висунула ідею про те, що психіку не можна зводити лише до свідомості, і намагалась дослідити цю незалежну від свідомості частину психіки. Класична глибинна психологія включає в себе психоаналіз З.Фрейда, індивідуальну психологію А.Адлера та аналітичну психологію К.Юнга.

Основні тези глибинної психології.

1. Провідну роль в людській поведінці та в душевному житті відіграє безсвідоме. Зміст безсвідомого складають вроджені інстинкти.

За З. Фрейдом таких інстинктів є два: сексуальний (Ерос) і агресія (Танатос).

За А. Адлером головний інстинкт людини – це прагнення до досконалості та подолання неповноцінності. Крім того, змістом безсвідомого є бажання, афекти, які витісняються із свідомості за рахунок їхньої небажаності, культуральної несприйнятливості або травматичності для суб'єкта.

Інстинкти і бажання, що витіснені із свідомості, намагаються бути задоволеними. Ця енергія є основною рушійною силою людської поведінки.

2. Потяги безсвідомого перебувають у протиріччі з нормами культури. Фрейд стверджував, що інстинкти людини за своєю природою є асоціальними та егоїстичними. Соціальні норми – це вуздечка, яка накидається на них, в такий спосіб роблячи, можливим спільне існування людей.

3. Психічний і соціальний розвиток людини відбувається внаслідок встановлення балансу між інстинктами та культурними нормами. Таким чином, в процесі свого розвитку «Я» людини змушене постійно шукати компроміс між енергією безсвідомого і тим, що дозволяється суспільством.

4. Цей баланс, компроміс встановлюється за допомогою захисних механізмів психіки.

Захисні механізми можуть бути ефективними або неефективними залежно від того, чи вдається людині подолати енергію безсвідомого без патологічних симптомів.

5. Причина невротичних порушень, неадекватностей, аномалій поведінки – в порушенні балансу між безсвідомими потягами і культурно-нормативними вимогами (що виникає при неефективних захисних механізмах).

Завдання психоаналітичної терапії завжди полягає в тому, щоб зробити неусвідомлюване усвідомлюваним.

Усвідомлювання визнання пацієнтом справжньої причини невротичного симптому повинно призвести до зникнення цього симптому. Стратегія, спосіб, яким користуються психоаналітики – це інтерпретації проявів

безсвідомого. Об'єктами інтерпретації в психоаналізі часто виступають сновидіння, продукти творчості, вільні асоціації, фантазії, помилкові дії (помилки пам'яті, описки, обмовки).

2. Біхевіоризм

Слово походить від англійського behavior – поведінка. Цей напрямок психології виник на початку нинішнього століття в США; основоположником його є Джон Уотсон. Сучасними представниками цього напрямку є Беррес Скіннер, Альберт Бандура. Своїм теоретиком біхевіористи вважають І.П.Павлова.

Основні положення біхевіоризму

1. Досліджувати можна тільки те, що є об'єктивним, тобто поведінку. При цьому поведінку розуміють розширено – це м'язеві реакції, вегетосудинні зміни та діяльність залоз.

2. Розвиток поведінки конкретного індивіда цілком визначається впливом оточуючого середовища.

3. Середовище формує поведінку шляхом стимулів і підкріплень. Стимули – це те, що передує поведінці і викликає її. Підкріплення – це наслідки поведінки. Якщо наслідки поведінки є небажаними для індивіда, поведінка загальмовується, якщо сприятливі, поведінка відновлюється знову.

4. Невротичний симптом або аномалія поведінки є наслідком неадекватного умовного зв'язку. Біхевіоральні методи широко застосовуються в психотерапії і багатьох випадках є дуже ефективними. Мета біхевіоральної терапії – усунення патологічного симптому. Виявлення причини походження симптому (як наприклад, в психоаналізі) вважається зайвим.

Спосіб досягнення цієї мети – поступове погашення небажаної поведінки.

3. Гуманістична психологія

Цей напрямок психології пов'язаний, перш за все, з іменем Айрохама Маслоу і Карла Роджерса. Основні тези даного напрямку

1. Основний мотив будь-якої людини – прагнення до самоактуалізації.

Самоактуалізація – це безперервний процес розвитку. Кожна людина є неповторною, вона особлива цінність. У кожного є свій внутрішній потенціал, свій талант, який прагне до розкриття. Людині, яка просувається на шляху самоактуалізації, притаманні такі риси:

- відкритість досвіду, знання себе, якщо в людини виникають негативні почуття або заборонені бажання, вона визнає їх наявність;
- довіра до себе, впевненість в своїх силах та компетентності;

- самостійність, незалежність, відповідальність за своє життя.

Психоаналіз і біхевіоризм не визнають того, людина є вільною. Гуманістична психологія стверджує, що людина, яка розвивається нормально, завжди є господарем свого життя і в неї завжди є можливість вибору.

- відвертість у проявах своїх почуттів, природність поведінки;
- доброзичливість щодо інших, терпимість до чужих недоліків.

2. Умовою руху до самоактуалізації є досвід міжособистісних стосунків (в першу чергу, стосунки з близькими, значимими людьми). Це характеризується такими рисами:

- беззастережне позитивне відношення,
- відвертість або конгруентність при спілкуванні.

Конгруентністю називається злиття трьох «шарів» комунікацій:

- а) вербального (мовного),
- б) невербального (інтонація, міміка, жести),
- в) того, що людина при цьому відчуває.

Результатом неконгруентної комунікації є звичка до недовіри і прихованості.

3. емпатія.

Емпатія означає розуміння, співпереживання партнерові по спілкуванню, вміння бачити обставини очима співрозмовника.

4. неврози, відхилення в поведінці (в тому числі асоціальна поведінка) викликані порушенням контакту зі своєю самістю (тобто неможливістю розкрити свій внутрішній потенціал, самоактуалізуватися), втратою відчуття самооцінки.

Мета гуманістичної терапії – допомогти людині встановити контакт із своєю сутністю, підвищити самоцінність.

Методом, стратегією є «розуміюча терапія» (інакше: «клієнт – центрована терапія; емпатичне слухання).

На відміну від психоаналітика, гуманістичний терапевт надає ініціативу клієнтові. Завдання терапевта зводиться до того, щоб створити атмосферу міжособистісного спілкування, яка відповідає всім вищезгаданим умовам, і заохочує клієнта до вільного виявлення своїх почуттів.

4. Гештальт-психологія

Назва походить від німецького слова *gestalt*, що означає образ, форма.

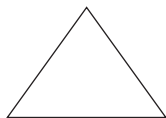
Гештальт-психологія вперше виникла при вивченні пізнавальних процесів. Головними її представниками були Курт Коффка, Макс Вертгеймер, Вольфганг Келер. Засновником гештальт-терапії (як власне терапевтичного методу) є Фредерік Перлз.

Основні тези гештальтпсихології:

1. Психологічній діяльності властиве прагнення до цілісності, завершеності.

Ця властивість психіки наочно ілюструється особливостями сприймання.

Коли ми дивимось на подібні зображення,



Трикутник



Квадрат

ми бачимо квадрат і трикутник в цілому. З цієї ж причини, завдяки психічній активності, ми бачимо навколо себе не просто суму певних властивостей, а саме цілісні предмети.

Прагнення психічної діяльності до завершеності проявляється в тому, що незакінчені дії, невиконані наміри залишають слід у вигляді напруження в системі психіки. Це напруження прагне о розрядки (в реальному або символічному плані). Наслідком напруження, що зберігається є, наприклад, ефект незавершеної дії, який полягає в тому, що зміст незавершеної дії запам'ятовується людиною краще, ніж зміст заведеної.

2. Відсутність цілісності, завершеності породжує напругу, внутрішні конфлікти, невроз.

Так, наприклад, людина, яка втратила кого-небудь із близьких, часто має почуття провини щодо померлого, пригніченість або відчай від того, що нічого неможливо повернути або виправити.

Іноколи гармонія, стійкість особистості може порушуватись внаслідок конфлікту протилежних тенденцій. Протилежності завжди існують в психічному житті людини. У випадку гармонійного розвитку протилежності заповнюють одна одну, наповнюючи емоційне життя відтінками. Якщо протилежні тенденції (почуття, наміри) сперечаються всередині людини, вона відчуває почуття провини, безпорадності, робиться пасивною, пригніченою та нездатною приймати рішення.

Мета гештальттерапії полягає в тому, щоб допомогти клієнтові усвідомити конфлікт, який має місце, або тенденцію і відновити втрачену цілісність, завершеність.

Часто в гештальт-терапії використовуються методи, взяті із психодрами (це вид терапії, де життєві ситуації, що мають особистісне значення для учасників, моделюються театралізованими методами, в ролі «акторів» виступають самі клієнти). Конфлікт виводиться на зовнішній план і тим са-

ним береться під контроль свідомості, ситуація незавершеності може бути відіграна в символічному значенні. До основних методик гештальттерапії належать вправи, скеровані на розширення свідомості з використанням принципу «тут і зараз», формування завершених гештальтів за допомогою інтеграції протилежностей, робота з мріями та інші.

5. Трансперсональна психологія

Це порівняно новий напрямок психології, який, однак, має глибокі корені в релігійній і філософській думках людства. До теоретичних джерел трансперсональної психології належать вчення середньовічних містиків (особливо Майстеро Екхарта, 13-14 ст.), східна філософія, аналітична психологія К.Юнга. Сучасним представником напрямку є Станіслав Гроф.

Суть теоретичних уявлень тут така: джерела, детермінанти людської поведінки і джерела психологічних проблем перебувають за межами індивідуального, прижиттєвого досвіду.

Людина, з її сформованою психікою, досвідом, властивостями, за традицією називається «persona». Крім цього в людині існує щось, поза його індивідуальним досвідом, поза «персоною», тобто трансперсональне. Цим «щось» є за концепцією містиків, нестворена частка людини, подібна за сутністю до Бога; у К.Юнга – архітипи (першообрази) колективного безсвідомого, яке є відображенням досвіду попередніх поколінь (центральне місце серед архітипів Юнг відводив архітипу «самості» як потенційному центру особистості). С.Гроф говорить також про перинатальний досвід людини (досвід процесу народження), який є першим в житті людини і закладає ґрунт для певного типу психічного розвитку.

Терапевтична робота в рамках трансперсональної психології – це робота з глибокими пластами безсвідомого. Шлях досягнення цих глибоких пластів – головним чином через змінені стани свідомості, а саме – транскові медитативні техніки. Методика отримала назву «холотропне дихання», воно становить собою поєднання особливої техніки дихання зі спеціально підбраною музикою.

Психотерапія у вузькому розумінні терміна є видом активного психологічного впливу на пацієнта, який має психопатологічні симптоми і синдроми і перебуває в стані кризи, фрустрації, стресу або душевної хвороби. Психотерапія включає в себе як лікування хворобливих клінічних проявів, так і корекцію індивідуально-психологічних властивостей людини з метою вторинної профілактики психогенних (невротичних, психосоматичних) розладів і захворювань за допомогою спеціальних способів психотерапевтичного впливу.

У широкому розумінні терміна «психотерапія» під даним видом психологічного впливу мають на увазі всі види скерованого психологічного впливу на індивіда (консультування, корекцію, терапію).

Найбільш відомими психотерапевтичними методиками, які ідносяться до способів психологічного консультування, є раціональна психотерапія (P. Dubois), логотерапія (V. Frankl), позитивна психотерапія (N. Pseschkian), когнітивна терапія (A. Beck), психотерапія «здоровим глуздом».

При психокорекції вироблення оптимальних навиків відбувається в процесі тренінгів, серед яких найбільш відомими є: аутотренінг, поведінкова (біхевіоральна) терапія, нейролінгвістичне програмування, психодрама, трансактний аналіз (E. Bern).

Відмінності різних видів психологічної допомоги, як ціль, об'єкт, предмет, спосіб впливу і позиції пацієнта (клієнта), представлені в таблиці 6.

Таблиця 6

Відмінності різних видів психологічної допомоги

	Психологічне консультування	Психокорекція	Психотерапія
Об'єкт впливу	Клієнт, пацієнт	Клієнт, пацієнт	Пацієнт
Предмет	Проблема, індивідуально-психологічні особливості	Проблема характерологічні девіації і особистісні аномалії	Психопатологічні симптоми і синдроми, характерологічні девіації і особистісні аномалії
Спосіб	Інформування, навчання	Тренінг	Активний вплив (терапія) різними способами
Мета	Формування особистісної позиції	Формування навиків психологічної компенсації	Ліквідація психопатологічної симптоматики.

Найбільш відомими методами є: сугестивні (гіпноз та інші форми навіювання), психоаналітичні (психодинамічні), поведінкові, феноменологічно-гуманістичні (наприклад, «клієнт – центрована» терапія, гештальт-терапія), які використовуються в індивідуальній та групових формах.

Психотерапія – це один з видів надання психологічної допомоги і психологічного впливу на пацієнта з метою тамування психопатологічної (у першу чергу, невротичної і психосоматичної) симптоматики. Психотерапія відноситься до сфери медичної діяльності, оскільки: а) сполучає у собі

психологічні і загальномедичні знання у відношенні показів і протипоказів; б) накладає на психотерапевта відповідальність (у тому числі, карну) за неналежне чи невідповідне (некваліфіковане) використання методів і способів психотерапії.

Традиційно виділяють три підходи при проведенні психотерапії: психодинамічний, поведінковий (біхевіоральний) і феноменологічний.

Метою психотерапії у вузькому розумінні терміна є зцілення пацієнта від психопатологічної симптоматики в рамках невротичних, характерологічних (особистісних) чи психосоматичних розладів. Вибір конкретної психотерапевтичної методики залежить від ряду об'єктивних і суб'єктивних факторів. Серед об'єктивних виділяється:

- характер психопатологічного симптому (синдрому)
- етіопатогенез психічних розладів
- індивідуально-психологічні особливості пацієнта

Серед суб'єктивні параметрів важливе значення надається: а) індивідуально-психологічним особливостям психотерапевта; б) широті його психотерапевтичних знань і навичок; в) ситуаційним моментам (наявність часу і відповідного місця для проведення психотерапевтичного сеансу).

Загальні фактори психотерапії. Прогрес у психотерапії в даний час виявляється не тільки в розробці нових методів, але й у спробі синтезу концепцій і технічних прийомів, пошуку більш гнучкої інтегративної психотерапевтичної парадигми. Наскільки можливе створення такої інтегративної моделі, покаже час. Однак однією з істотних передумов її розвитку є вивчення загальних факторів психотерапії, характерних для її різних напрямків, форм і методів. Актуальність визначення і дослідження загальних факторів психотерапії визнається більшістю дослідників і практиків в області психотерапії. Цьому сприяли, по-перше, пошук загальних базових процесів для всіх напрямків психотерапії; по-друге, усе більше визнання того, що різні методи психотерапії можуть мати більше подібностей, чим розходжень; по-третє, констатація приблизно рівної ефективності лікування у віддаленому періоді (безпосередні результати лікування можуть мати значні розбіжності) незалежно від форми психотерапії; по-четверте, уявлення про особливу значимість взаємин «психотерапевт-пацієнт» у рамках практично всіх психотерапевтичних підходів.

Вивчення й аналіз процесу психотерапії припускає розгляд взаємозв'язків між характеристиками пацієнта, психотерапевта і лікувального методу. Тому і пошук загальних факторів психотерапії теж пов'язаний з аналізом того, що відбувається з пацієнтом при використанні найрізноманітніших психотерапевтичних підходів; що поєднує поведінку психотера-

певтів поза залежністю від їхньої теоретичної орієнтації; які загальні етапи характерні для психотерапевтичного процесу.

Як загальні фактори психотерапії, з погляду того, що відбувається з пацієнтом, звичайно вказують:

- 1) звертання до сфери емоційних відносин;
- 2) саморозуміння, прийняття пацієнтом і психотерапевтом;
- 3) надання й одержання інформації;
- 4) зміцнення віри хворого у видужання;
- 5) накопичення позитивного досвіду;
- 6) полегшення виходу емоцій.

Перераховані фактори по суті збігаються з механізмами лікувальної дії психотерапії і відбивають когнітивні (2, 3), емоційні (1, 4, 5, 6) і поведінкові (5) процеси, що сприяють успішності психотерапії й у більшому чи меншому ступені представлені практично у всіх психотерапевтичних системах.

Як загальні елементи стилю і стратегій поведінки психотерапевтів, поза залежністю від їхньої теоретичної орієнтації, виділяють:

- 1) цільову орієнтацію на досягнення позитивних змін,
- 2) увага до взаємин «пацієнт-психотерапевт», сполучення принципів «тоді» і «тепер» (тобто використання в ході психотерапії як матеріалу, пов'язаного з історією життя пацієнта, так і з актуальною поведінкою і міжособистісною взаємодією пацієнта в процесі психотерапії). ефективності лікування у віддаленому періоді (безпосередні результати лікування можуть мати значні розбіжності) незалежно від форми психотерапії; по-четверте, уявлення про особливу значимість взаємин «психотерапевт-пацієнт» у рамках практично всіх психотерапевтичних підходів.

3) Загальні фактори психотерапії можуть також розглядатися з погляду її етапів.

Загальний поетапний характер процесу психотерапії (власне кажучи мова йде про послідовну зміну конкретних задач) найбільше чітко проглядається в рамках психотерапевтичних напрямків, орієнтованих на особистісні зміни, і може бути представлений у такий спосіб:

- 1) встановлення оптимального контакту, залучення пацієнта в співробітництво, створення мотивації до психотерапії;
- 2) прояснення (розуміння психотерапевтом і, деякою мірою, пацієнтом) причин і механізмів формування симптомів, виникнення емоційних і поведінкових порушень;
- 3) визначення «психотерапевтичних мішеней»;

4) застосування конкретних методів і технік, спрямованих на досягнення змін (когнітивних, емоційних, поведінкових) і, що приводять надалі до редукції симптоматики;

5) закріплення досягнутих результатів;

6) закінчення курсу психотерапії (зокрема, рішення проблем, зв'язаних з можливою залежністю від психотерапевта) .

4) Існують також спроби виділення загальних факторів психотерапії, пов'язаних з урахуванням як змін, що відбуваються з пацієнтами, загальних характеристик стилю і стратегій поведінки психотерапевтів, так і спільності етапів психотерапевтичного процесу, поза залежністю від теоретичних орієнтацій і застосовуваних методів. До загальних факторів психотерапії відносять: 1) гарні відносини і співробітництво між психотерапевтом і пацієнтом, що розглядається як вихідна передумова, на якій будується психотерапія; 2) ослаблення напруги на початковій стадії, засноване на готовності пацієнта обговорювати свою проблему з особою, від якої він сподівається одержати допомогу; 3) пізнавальне навчання за рахунок інформації, одержуваної від психотерапевта; 4) оперативна модифікація поведінки хворого 5) набуття соціальних навичок на моделі психотерапевта; 6) явне чи приховане переконання; 7) засвоєння більш адаптивних способів поведінки за умови емоційної підтримки з боку психотерапевта.

Покази до психотерапії. Комплексний підхід у лікуванні різних захворювань, що враховує наявність в етіопатогенезі трьох факторів (біологічного, психологічного і соціального), обумовлює необхідність психотерапевтичних впливів, їхня загальна спрямованість, обсяг і глибина визначаються рядом факторів, що і розглядаються як показання до психотерапії. Показання до психотерапії визначаються роллю психологічного фактора в етіопатогенезі захворювання, а також можливими наслідками перенесеного захворювання.

Найбільш істотним показанням до психотерапевтичної роботи з конкретним пацієнтом є роль психологічного фактора у виникненні і перебігу хвороби. Чим більше питома вага психологічного фактора в етіопатогенезі захворювання, тим більше показана психотерапія і тим більше місце вона займає в системі лікувальних впливів. Іншими словами, чим більш виражена психогенна природа захворювання (тобто чим більш виражений психологічно зрозумілий зв'язок між ситуацією, особистістю і хворобою), тим більше адекватним і необхідною стає застосування психотерапевтичних методів. Показання до психотерапії також обумовлені можливими наслідками захворювання. Поняття «наслідки захворювання» можна конкретизувати. Вони можуть бути пов'язані з клінічними, психологічними і соціально-

психологічними проблемами. По-перше, це можлива вторинна невротизація – маніфестація невротичної симптоматики, викликана не первинними психологічними причинами, а психотравмуючою ситуацією, у якості якої виступає основне захворювання. По-друге, це реакція особистості на хворобу, що може як сприяти процесу лікування, так і перешкоджати йому. Неадекватна реакція особистості на хворобу (наприклад, анозогнозтична чи, навпаки, іпохондрична) також має потребу в корекції психотерапевтичними методами. По-третє, можливі психологічні і соціально-психологічні наслідки. Важка хвороба, що змінює звичний спосіб життя пацієнта, може приводити до зміни соціального статусу; неможливості реалізації і задоволення значимих для особистості відносин, установок, потреб, прагнень; до змін у сімейній і професійній сферах; звуженню кола контактів і інтересів; зниженню працездатності, рівня активності і мотиваційних компонентів; невпевненості в собі і зниженню самооцінки; формуванню неадекватних стереотипів емоційного і поведінкового реагування. По-четверте, у процесі хронічного захворювання можлива динамічна трансформація особистісних особливостей, тобто формування в ході хвороби особистісних особливостей (підвищеної сенситивності, тривожності, помисливості, егоцентричності), які потребують корегуючих впливів. Безумовно, що в кожному конкретному випадку показання до психотерапії визначаються не тільки нозологічною приналежністю, але й індивідуально-психологічними особливостями пацієнта, у тому числі, його мотивацією до участі в психотерапевтичній роботі.

Під **суггестивними** методами розуміються різноманітні психологічні впливи за допомогою прямого чи непрямого навіювання, тобто вербально-го чи невербального впливу на людину з метою створення в нього визначеного стану, або спонукання до визначених дій. Нерідко навіювання супроводжується зміною свідомості пацієнта, створення специфічного настрою до сприйняття інформації з боку психотерапевта. Надання суггестивного впливу має на увазі наявність у людини особливих якостей психічної діяльності: суггестивності і гіпнабельності. Суггестивність – це здатність некритично (без участі волі) сприймати одержувану інформацію і легко піддаватися переконанню в сполученні з ознаками підвищеної довірливості, наївності й інших рис інфантилізму. Гіпнабельність – це психофізіологічна здатність (сприйнятливість) легко і безперешкодно входити в гіпнотичний стан, піддаватися гіпнозу, тобто змінювати рівень свідомості з формуванням перехідних між сном і неспанням станів.

Виділяється три стадії гіпнозу: летаргічну, каталептичну і сомнамбулічну. При першій у людини виникає сонливість, при другій – ознаки ката-

лепсії – воскова гнучкість, ступор (відсутність рухів), мутизм, при третій – повна відчуженість від реальності, сноходіння і викликані образи. Застосування гіпнотерапії є обґрунтованим при істеричних невротичних, дисоціативних (конверсійних) розладах і істеричних особистісних розладах.

Навіювання, яке використовується у вигляді гетеросугестії і аутосугестії (самонавіювання), спрямовано на зняття емоційних невротичних симптомів, нормалізацію психічного стану людини в кризові періоди, після впливу психічних травм і як спосіб психопрофілактики. Ефективне застосування сугестивних методів психотерапії для зняття психологічних дезадаптивних типів реагування індивіда на соматичне захворювання. Використовують непрямі і прямі способи навіювання. При непрямому застосовують додатковий подразник.

Психоаналітична психотерапія виходить з несвідомого механізму формування психопатологічної симптоматики (невротичної, психосоматичної) і внаслідок цього спрямована на переведення несвідомих потягів у свідомість людини, їхню переробку й відреагування. У класичному психоаналізі виділяються такі психотерапевтичні методики, як: метод вільних асоціацій, реакції переносу й опору. При застосуванні методу вільних асоціацій людина продукує потік думок, спогадів дитинства, не піддаючи їх аналізу і критиці, а психотерапевт-психоаналітик оцінює їх, розподіляючи в залежності від значимості, намагаючись виявити витиснуті зі свідомості патогенні дитячі переживання. Потім потрібно, щоб пацієнт відреагував (катарсис) значимі переживання з метою рятування від їхнього негативного впливу на психічну діяльність. Подібним чином відбувається процес терапії при аналізі сновидінь, помилкових дій (описок і оговорок) людини, за якими, як вважається в психоаналізі, стоїть символічне значення симптомів і проблем у зв'язку з витисненням їх зі свідомості.

Основним показанням для застосування психоаналітичної психотерапії є аналізуємість пацієнта (феномен, подібний з гіпнабельністю і сугестивністю в сугестивній психотерапії), що залежить від особистісних особливостей пацієнта, у першу чергу, від інтенсивності мотивації на тривалий процес терапії, а також від здатності зняти контроль над своїми думками і почуттями і здатності до ідентифікації з іншими людьми. До протипоказань відносять істеричні особистісні розлади.

Поняття групової психотерапії. Групова й індивідуальна психотерапія являють собою дві основні форми проведення психотерапії. Специфіка групової психотерапії як лікувального методу полягає в цілеспрямованому використанні в психотерапевтичних цілях групової динаміки (тобто всієї сукупності взаємин і взаємодій, що виникають між учасниками групи,

включаючи і групового психотерапевта). Термін «групова психотерапія» далеко не завжди використовується точно й адекватно. Можна виділити дві найбільш розповсюджені помилки: розуміння групової психотерапії, по-перше, як самостійного психотерапевтичного напрямку і, по-друге, як методу, що має специфічні задачі, відмінні від індивідуальної психотерапії. Розглянемо кожне з цих уявлень.

Групова психотерапія має насамперед лікувальні цілі й у рамках конкретного психотерапевтичного напрямку вирішує ті ж задачі, що й індивідуальна, але за допомогою своїх засобів. Якщо психотерапія спрямована на розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту і корекцію неадекватних, порушених відносин особистості, що обумовлюють його виникнення і суб'єктивну нерозв'язність, то ця мета є загальною і для індивідуальної, і для групової психотерапії. Таким чином, індивідуальна і групова форми психотерапії вирішують загальні психотерапевтичні задачі (розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту і корекцію порушених відносин особистості, що обумовили виникнення і суб'єктивну нерозв'язність конфлікту, а також фіксує його), використовуючи свою специфіку.

Відмінність індивідуальної психотерапії і групової, при наявності загальних задач, полягає в тому, що індивідуальна психотерапія в більшому ступені орієнтована і акцентує увагу на історичному (генетичному) аспекті особистості пацієнта, але враховує при цьому і реальні ситуації взаємодії, а групова – у більшому ступені на міжособистісних аспектах, але звертається і до історичного плану особистості пацієнта. Іншими словами, групова психотерапія розкриває внутрішньоособистісну проблематику пацієнта переважно на підставі аналізу того, як вона представлена і розкривається в процесі міжособистісної взаємодії пацієнта в групі. Однак «переважно» не означає «винятково». У груповій психотерапії внутрішній психологічний конфлікт і корекція порушених відносин особистості розкриваються через їхнє безпосереднє відображення в реальній поведінці пацієнта в групі. У той же час у груповій психотерапії, незважаючи на домінуючу інтеракційну спрямованість, не обмежуються тільки актуальною ситуацією «тепер».

Сімейна психотерапія спрямована на корекцію міжособистісних стосунків для усунення емоційних розладів у сім'ї. Показанням для її застосування є усі види порушень поведінки, що пов'язані з емоційними факторами, аномалії характеру та інші нервово-психічні розлади, які викликані різноманітними формами сімейної дезорганізації і неправильним вихованням. Мета сімейної психотерапії досягається перебудовою характеру взаємостосунків у сім'ї хворого. Сімейна психотерапія перед-

бачає перебудову порушених сімейних стосунків стадійно. У першій стадії (*діагностичній*) відбувається постановка так званого сімейного діагнозу, у другій – *ліквідація сімейного конфлікту*. Третя стадія є *реконструктивною*, а четверта – *підтримуючою*. Існують модифікації стадій.

МОДИФІКАЦІЇ ОСНОВНИХ МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПІЇ

Методика збуджуючих спогадів за Мором: лікар акцентує увагу на моментах, пов'язаних з хвилюючими уявленнями у хворого, і цим досягає підвищеного емоційного стану, внаслідок чого змінюється ставлення до того, що відбувається під час психотерапевтичного сеансу, і до особистості самого лікаря, що сприяє терапевтичному ефекту.

Методика сократичного діалогу за Кречмером: це результативність у роботі з ерудованими високоінтелектуальними хворими, для яких має значення добре організована дискусія у формі аргументованої співбесіди.

Методика терапії ігноруванням (спростуванням): орієнтована на витіснення і спростування хворобливих і хвилюючих переживань. Здебільшого лікувальний вплив здійснюється у категоричній, імперативній формі.

Існує ряд ефективних методик для хворих з інфантильно-істеричним складом особистості. *Методика імаготерапії* (І.С. Вольперг, 1972) є різновидом ігрової психотерапії. Хворий, бере участь у імпровізованих інсценуваннях, де відтворює уявний образ, який справляє на нього позитивний лікувальний вплив. Імаготерапія успішно застосовується у дитячій і підлітковій психотерапії.

Патогенетична психотерапія (система психогенетичного аналізу В.Н. Мясіщева із співавт.). Хворий під керівництвом лікаря детально аналізує своє життя, виявляє моменти біографії, спроможні викликати патологічну симптоматику і, виходячи з отриманих знань, прагне виробити у себе такі риси особистості і форми поведінки, що допомогли б йому здолати невротичну чи іншу симптоматику.

Лікувальна тактика вітчизняної психотерапії ґрунтується на поєднанні її з фармакотерапією, гормонотерапією, фізіотерапією, трудотерапією, курортними факторами та іншими медичними заходами з метою взаємного потенціювання методів.

Медикаментозний ефект в значній мірі залежить від вторинного психотерапевтичного сугестуючого впливу лікаря, що призначає ліки. Б.Є. Вотчал вважав, що на 60% ефективніше лікування пов'язане з психотерапевтичним ефектом, що створюється за механізмами гетеро- і ауто-сугестії. Психофармакологічні засоби – нейролептики і антидепресанти ефективні у

комплексі з методиками як індивідуальної, так і колективної психотерапії. Взаємопоглиблююча дія психофармакологічних засобів і емоційного впливу, як і додаткова рефлексотерапія, фізіотерапія, трудотерапія, лікувальна гімнастика, підвищують загальний ефект психотерапії.

В сучасній психотерапії застосовуються різні концепції, теорії і напрями різних підходів, прийомів і методів. Кожен з підходів має власне уявлення про особливості психічного світу і провідні механізми розвитку межових нервовопсихічних розладів. Нижче наведено кілька окремих психологічних шкіл та притаманних їм психотерапевтичних прийомів.

Класичний психоаналіз (З.Фрейд і послідовники австрійської школи). Психоаналітична психотерапія має на меті усвідомлення підсвідомих хворобливих переживань. Головні методи: вільні асоціації та тлумачення сновидінь.

Психосинтез (Р.Ассаджіолі та ін.). Практика ґрунтується на ідеї інтеграції цілісної особистості із її складових частин – субособистостей. Головний метод: заглиблення в особливий (напівгіпнотичний) стан свідомості, а також медитації. Медитація – це метод саморегулювання через керування увагою та концентрація її на якомусь одному об'єкті чи процесі.

Позитивна психотерапія (Н. Пезешкіан). Головна мета – мобілізувати наявні у пацієнта здібності і потенціал самопомоги, превентивні виховні заходи. Основні методи: пацієнт у ролі психотерапевта і терапія соціального оточення.

Нейро-лінгвістичне програмування: НЛП (Р. Бендлер, В. Гріндер). Теорія ґрунтується на тому, що людина отримує інформацію через п'ять органів сприйняття (модальностей): візуальну, аудіальну, кінестетичну, нюхову і смакову. Послідовність використання модальності людиною для переробки інформації – це є стратегія особистості в її життєвих вчинках. Людський суб'єктивний досвід залежить від індивідуальних особливостей стратегій, що застосовуються, і від ступеня розвинутості кожної модальності. Мета НЛП: навчання умінню виділяти стратегії і модальності своїх партнерів по спілкуванню і застосовувати їх у оптимальному для себе співвідношенні. Головний метод: робота з модальностями.

Логотерапія (В.Франкл). Це спрямування даної теорії на отримання сенсу життя. Відсутність змісту життя пов'язується із «екзистенціальною фрустрацією». Головною терапевтичною технікою є парадоксальна інтенція (бажати собі дечого замість того, щоб боятися цього, наприклад: «я бажаю собі тривоги»). Логотерапевтичний підхід ґрунтується на концепції і контрконцепції: пацієнт за допомогою альтернативної концепції здатний

побачити ситуацію по-іншому, і при цьому вона набуває для нього нового значення.

Недирективна (клієнтцентрована) психотерапія (К.Роджерс). Головний акцент – прийняття пацієнта як особистості незалежно від його поведінки на даний момент. Головний терапевтичний метод – справжнє (конгруентне) відношення і поведінка терапевта.

Трансактний аналіз (Е. Берн). «Трансакція» у специфічно психоаналітичному значенні означає – скласти психологічну угоду між двома особами, а в широкому розумінні – як будь-який момент взаємовідносин. Робота проводиться з трьома основними станами («ролями») «Я»: «Батько», «Дорослий» і «Дитина». Провідна лікувальна техніка – навчити розрізняти ці стани свого «Я».

Психогігієна – наука про шляхи збереження та зміцнення психічного здоров'я, душевної коригуючих впливів, спрямованих на кожен фактор, що відповідає його природі. Це означає, що психотерапія як основний чи додатковий вид терапії може застосовуватися в комплексній системі лікування пацієнтів з найрізноманітнішими захворюваннями. Однак питома вага рівноваги – набуває на сьогоднішній день особливе значення у зв'язку із збільшенням ролі психоемоційних факторів у житті людини та розвитку захворювань, ускладненням між особистісних відносин на виробництві та в побуті. Психогігієна є областю гігієни, яка спрямована на оздоровлення оточуючого середовища, образу життя та повсякденної поведінки людини, а також її відносин – з людьми та середовищем.

ІСТОРІЯ ПСИХОГІГІЄНИ

Психічна гігієна містить принципи та відомості, застосування яких допомагає утримувати та зміцнювати психічне здоров'я суспільства і окремих осіб. Елементи психічної гігієни з'явилися в життєвій філософії задовго до систематизації принципів психічної гігієни.

В античній філософії часто зустрічаються поняття міри, психічної гармонії, життєвої мудрості. Демокріт описав принципи *евтімії* (урівноваженого життя), Епікур – *атараксії* (спокою мудрої людини, яка пізнала закони природи та позбавилась страху перед смертю). Інший, не менш позитивний спосіб психічної рівноваги людини проголошує Епіктет. Його апатія і аскетизм означають пасивне примирення раба із важкими й принизливими життєвими ситуаціями. В цілому антична філософія та мистецтво проголошували реальне, емоційно позитивне ставлення людини до життя.

Середньовічна релігійна філософія, проголошуючи дуалізм душі і тіла, спиралася передусім на релігійні та моральні категорії, розглядаючи психічні явища з позицій гріха, провини, самовідданого кохання, надприродних сил та приготування до загробного життя. Релігійне світобачення давало змогу людям пасивно пристосовуватися до відносно незмінних життєвих умов та окремих суспільних і природних катастроф і призвело до психічного відчуження людини від реальності. Тому об'єктивно важкий спосіб життя великої кількості людей не призвів за часів стабілізованого феодалізму до виникнення незадоволення. Таким чином, релігія виконувала певну розумово-гігієнічну, «атарактичну» функцію, притуплюючи прагнення до поліпшення умов життя і слугуючи інтересам владоможців. За часів Ренесансу, життя стало менш урівноваженим – це було пов'язано з науковими відкриттями та стрімким розвитком промисловості, мистецтва.

Поняття «психічна гігієна» виникло у XIX ст. Організований психогігієнічний рух був започаткований К.Бірсом, який після перебування у якості пацієнта в одній із американських психіатричних лікарень, написав у 1908 р. книгу «Душа, яка знайшлася знову». У ній він розглянув недоліки позицій лікарів та інших медпрацівників у стосунках із хворими. Далі К.Бірс розвинув діяльність, спрямовану на поліпшення стаціонарних умов життя психічно хворих і зміну ставлення суспільства до них після виписки їх з медичного закладу.

У 1948 році створена Всесвітня асоціація психічного здоров'я, яка збирає інформацію про стан психічного здоров'я, розробляє основи та концепції психічного здоров'я та оцінює і рекомендує можливості їх втілення.

Розвиток вітчизняної психогігієни бере свій початок із психіатрії. Принципи психогігієни і здійснювані відповідні заходи мають велике значення для профілактики психічних захворювань, здебільшого психогенних, реактивних і особливо неврозів, тобто тих захворювань, що виникають внаслідок психотравмуючих ситуацій. Зростає роль психогігієни також для профілактики непсихічних захворювань, психосоматичних розладів.

Поміж чинників, що надмірно перевантажують нервову систему і сприяють розвиткові психічних і соматичних розладів, вирізняють наступні:

Високий технічний рівень розвитку промисловості зумовлює великі вимоги щодо відповідальності та концентрації уваги працівників. Часто змінюються виробничі програми; зростають вимоги до кваліфікації робітників.

Відставання може негативно відобразитись на суспільному становищі, заробітках, і отже на рівні життя, що стає джерелом психічної перенапруги і незадоволення. Прискорення промислового виробництва, а звідси й усьо-

го життя (транспорт, постачання) потребує масової, безликої поведінки великих груп населення без урахування індивідуальних особливостей, інтересів; підвищення продуктивності виробництва не має прямих зв'язків із зростанням власного задоволення від наслідків праці. На автоматизованих підприємствах людина стає маловизначальною контролюючою ланкою. Доки автоматична лінія функціонує добре – контролер не має чим зайнятися, але він має знаходитись у стані постійної готовності на випадок можливої аварії. Деякі типи особистості, наприклад, надто темпераментні і нетерплячі, не підходять для контролюючої діяльності, на механізованих підприємствах, де виконуються лише декілька механічних, однотипових рухів. Наслідком обмеженого фізичного навантаження є збільшення ваги тіла, яке призводить до розвитку атеросклерозу, судинних та інших соматичних розладів.

«Техногенний стрибок» цивілізації призводить до відставання адаптивних механізмів людини від прискорюючих ритмів «прогресу», що спричинило появу терміну *«технологічний невроз»*.

До обтяжуючих факторів роботи багаточисленного складу керівної ланки виробництва та управління відносять: високу відповідальність, психічну напругу внаслідок високої конкуренції з матеріальною зацікавленістю до перемоги, недостатню кількість фізичних рухів, більш високий рівень життя із можливістю надлишкового споживання їжі, паління і пасивне паління, загроза звільнення. Серед цих працівників спостерігається підвищена схильність до деяких судинних захворювань (гіпертонічна хвороба, інфаркти), а також до невротизації. Ефективна профілактика зазвичай у них утруднена внаслідок високого рівня відповідальності за свою працю, часто – честолюбні прагнення, спрямовані на самоствердження, зазвичай, всупереч ознакам нездоров'я.

В англо-саксонських країнах для захворювань, що виникають за таких умов, затвердився термін «хвороба відповідальних працівників», який означає невротичні та психосоматичні розлади, а для нудьгуючої непрацюючої дружини відповідального працівника – «хвороба пані директорші».

Колективна діяльність у промисловості та інших галузях господарства, що прийшла на зміну традиційній індивідуальній праці (наприклад, від роботи лікаря у власному кабінеті до медичних бригад), потребує від працівників пристосування не тільки до більш складних умов праці, а й до великої кількості співробітників із різними інтересами, із складними стосунками між ними.

Значення так званих макросоціальних стресових чинників (війни, революції, економічні та політичні кризи) не можна оцінювати однобічно

за їх впливом на психічне здоров'я. З одного боку, ці фактори погрожують біологічній сутності людини і націлюють її мислення, відчуття та поведінку до певної мети, а з іншого – вони у певній мірі позбавляють людину від внутрішніх конфліктів і «нормалізують» її. Наприклад, під час війни кількість психогенних розладів та самогубств є меншою ніж за мирних часів. Протилежне явище спостерігається під час безробіття, коли певні групи населення переживають відчуження, несправедливість, приниження та порівнюють свою долю із більш успішними групами.

Промислове виробництво і транспорт є джерелом шуму, який за великої інтенсивності (між 65 і 90 дБ) має нейровегетативний вплив з невротичними розладами, які виникають внаслідок дії шуму. Більш слабкий шум може призводити до психогенних порушень, як несприятливий чинник життєвого середовища, що викликає перенапругу та невдоволення. Має значення ставлення особи, котра підпадає під вплив шуму, до цього джерела шуму: наприклад, молода людина сприймає шум рок-музики з приємним враженням; людина старшого віку почуває себе добре серед шумів ревучого стадіону, і не виносить шуму року. Третя ступінь шуму у 90-100 дБ викликає стійкі органічні розлади слуху.

Певна частина населення, почуваючись не здатною виконати підвищені зовнішні вимоги, або прагнучи не відстати і перегнати інших, схильна підвищувати свою працездатність за допомогою седативних, анальгезуючих або антидепресивних засобів. Так розвивається психічна, а то й фізична залежність від ліків.

Значних змін зазнає структура сім'ї. Навіть у разі формального дотримання законів щодо рівних прав чоловіка і жінки, спостерігається соціально-економічне нерівноправ'я. Окрім виробничої праці, що її здебільшого виконують з фінансових причин, і не знаходячи можливості розкрити особистий потенціал, жінка навантажена обов'язками у домашньому господарстві набагато більше за чоловіка. Послаблюються сімейні стосунки, сімейне середовище для дітей стає менш значущим, ніж у минулому, члени сім'ї часто, у кращому випадку, збираються разом лиш за вечерею, не завжди у повному складі. І у ці хвилини контакти членів сім'ї між собою бувають замінені переглядом телевізійних програм, котрі, з одного боку, передчасно вводять дітей у світ дорослих та психічно збуджують їх, а з іншого, – надто розсіюють та притуплюють їх. Авторитет батьків, особливо батька, втрачає свою традиційну ефективність. Зміст терміну «демократизація сім'ї» має як свої позитивні сторони (наприклад, відволікання від сліпої й некритичної слухняності підлеглих членів сім'ї та

можливість відкритого обміну поглядами у родині), так і негативні: розпад стабільних ідентифікаційних прикладів для дітей того віку, коли вони ще не мають достатнього досвіду для самостійної вірної всебічної оцінки людей, подій навколо себе. Розвиток транспорту дозволяє молоді в короткий термін змінювати місце перебування, встановлювати контакти з групами молоді, яких батьки зовсім не знають. Батьки при цьому втрачають контроль за дітьми, що призводить до девіантних форм поведінки.

Психопрофілактика являє собою комплекс міроприємств, спрямованих на попередження розвитку психічних розладів шляхом попередження дії на організм хвороботворних, в першу чергу психотравмуючих, факторів, виявлення осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості, раннього розпізнавання нервово-психічних розладів, попередження формування та хронізації психічних захворювань з проведенням лікувально-оздоровчих міроприємств.

Розрізняють три види психопрофілактики: первинну, вторинну та третинну.

Первинна психопрофілактика включає систему міроприємств, які передбачають зменшення шкідливих впливів на організм людини, його психічний стан та попередження психічних порушень. В даному виді профілактики вирішальне значення має сукупність соціально-економічних умов, раціональна організація професійної діяльності, побуту, відпочинку і т.п.

Вторинна психопрофілактика – сукупність заходів, які спрямовані на попередження несприятливих наслідків психічного розладу, який уже виник. Мається на увазі активне виявлення осіб з початковими проявами хворобливих станів, ранній початок лікування із використанням комплексної, як правило, патогенетичної терапії, що сприяє більш сприятливому перебігу хвороби, призводить до більш швидкого одужання, запобігає затяжному перебігу процесу.

Третинна психопрофілактика сприяє попередженню несприятливих соціальних наслідків хвороби, рецидивів та дефектів, які перешкоджають трудовій діяльності хворого. Це поняття практично відповідає соціально-психологічній реабілітації, яка проводиться з урахуванням соціальних, професійних, психологічних та медичних факторів та базується на інтегративному підході до хворого, що охоплює всі параметри його життєдіяльності.

Таким чином, останні два види психопрофілактики спрямовані на недопущення ускладнень, хронічного перебігу хвороби, інвалідизації та зміни професійного (соціального) статусу пацієнта.

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОГІГІЄНИ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

1. Виховання дітей шкільного та дошкільного віку.

В період формування ядра особистості необхідні:

1) підтримка розумного режиму дня, харчування, зайнятості, ігрової діяльності, відпочинку, сну і т.д.;

2) забезпечення адекватної психологічної ситуації у родині та дитячому педагогічному колективі, із правильним співвідношенням турботи і вимогливості. Виховання відбувається краще на власних прикладах та діях дорослих, ніж нотаціями, заборонами і страхами, котрі формують із дитинства негативні захисні психологічні комплекси особистості.

Слід не приховувати від дитини проблеми і конфлікти, а конкретно, на прикладі, показати терпляче вирішення складних проблем. Не втягувати дітей у такі конфлікти і ситуації, які вони не в змозі оцінити і зрозуміти. Прагнути, щоб діти на власному досвіді вчилися розуміти ціну речам та грошам, вести їх до самостійності та відкритості. Не нав'язувати передчасно кон'юнктуру діяльності, до якої дитина відчуває відразу або боїться її. Це стосується, приміром, високих досягнень у спорті. Слід виховувати у дітей любов до фізичної праці, що пізніше може стати основою для улюблених занять та «хобі», особливо у людей розумової праці.

2. Шкільна психогігієна.

До виникнення психічних розладів у учнів шкіл призводять наступні проблеми, які потребують відповідної психопрофілактики:

а) нездатність подолати навчальні навантаження завдяки їх складності, перевантаженню програми та іншим вимогам;

б) несправедливе, вороже ставлення педагога до відстаючих, до всіх учнів чи окремих осіб, взаємна антипатія та ін.;

в) зміна шкільного колективу – необхідність адаптуватися до сталих відношень у чужому дитячому колективі і з педагогами;

г) відчуження дитячим колективом з різних причин.

3. Сексуальне виховання і статеві стосунки.

Основою статевого стосунку є потреба у продовженні роду (*прокреація*) та нервово-психічній стимуляції (*рекреація*). Оптимальне задоволення статевої потреби (як і іншої потреби) супроводжується позитивним емоційним станом (*еустресом*), що укріплює нервово-психічне здоров'я. Перешкоди до задоволення статевої потреби або неповне її задоволення поро-

джує негативні емоції (*дистрес*), що призводить до виникнення нервово-психічних та статевих порушень.

Оптимізація статевих стосунків здійснюється медичними працівниками шляхом цілеспрямованої санітарної просвіти. Особливе значення має статеве виховання підростаючого покоління, яке має бути спрямоване на:

1) вироблення психологічних статевих відмінностей у дошкільному та шкільному віці: належність до певної статі, певної трудової та господарської спрямованості, сімейної орієнтації і т. ін.;

2) у підлітковому та юнацькому віці важлива правильна інформація про статеве дозрівання, зміни зовнішнього вигляду, культуру сексуальних стосунків та ін. Важливою є своєчасна правдива інформація щодо проблем, які породжуються сексуальним життям. Слід виховувати у юнаків відповідальність стосовно дівчат, а у дівчат – відповідальність щодо самих себе, за своє здоров'я та майбутнє материнство.

4. Психогігієна сім'ї.

Важливе значення має адекватний вибір партнера за шлюбом. Для гармонійного сумісного життя має велике значення схожість поглядів та інтересів, культурного та інтелектуального рівня, певні комбінації характеру обох. Малоприйнятною є, наприклад, темпераментна вибуховість з обох сторін, тенденція до формування паранойяльних рис (недовірливість, підозрливість, ревності) у обох партнерів, прагнення до пригнічення іншого, особливо у комбінації з емоційно-вольовою нестійкістю та впертістю. Організуючи сімейні стосунки, слід пам'ятати, що кожний член сім'ї:

- повинен мати свій життєвий простір;
- пам'ятати про необхідність поважати іншого;
- впливає на оточуючих і сам підпадає під їхній вплив;
- може опинитися у центрі впливу інших членів сім'ї; доцільно не ухилятися від цього впливу, а навчитися керувати ним;
- виконує кілька ролей у сім'ї (жінка, мати, бабуся та ін.).

«Шість смертних гріхів» можуть звести радість спільного життя нанівець коли ви:

- 1). чекаєте від свого партнера (жінки чи чоловіка) забагато щастя, роблячи його відповідальним за власне щастя;
- 2). маєте хибні уявлення про сексуальність подружжя;
- 3). заздрите успіхам партнера;
- 4). несерйозно ставитесь до його турбот, проблем;
- 5). забудькуватістю та зневажливим ставленням даєте зрозуміти партнерові: «Ти вже небагато для мене важиш»;

- б). дасте зрозуміти партнерові : «Ти більше мене не приваблюєш».
Успішними для шлюбу є:
- 1). об'єктивне, свідоме сприйняття рис характеру один одного – як позитивних, так і небажаних;
 - 2). толерантність до особливостей характеру у партнера;
 - 3). взаємна повага і підтримка;
 - 4). психологічно раціональне вирішення виникаючих конфліктних ситуацій, терплячість і стриманість;
 - 5). взаємодопомога у домашніх справах, притягнення членів родини до вирішення питань про важливі покупки, місце проведення відпустки та ін.;
 - 6). терпіння та повага до інтересів, захоплень і знайомих один одного, котрих самі не поділяють;
 - 7). забезпечення здорового способу життя (без шкідливих звичок);
 - 8). виховання у дітей на власному прикладі скромності, чесності, працьовитості;
 - 9). повага і прийняття сексуальних потреб і схильностей один одного: сексуальна дисгармонія, що виникає протягом подружнього життя, зазвичай є наслідком непорозуміння і конфліктів психологічного характеру.

5. Психогігієна праці та відпочинку.

На виробництві слід раціонально організувати ділові функції, оптимальні навантаження, робочий час. Важливо підтримувати коректну, благоприємну ділову атмосферу, створювати позитивну емоційну установку до праці. Велику роль відіграє адекватний вибір професії. Розробляються конкретні психогігієнічні заходи стосовно конкретних професій та професійних шкідливостей.

«Роботоголізм», втому, невдоволення роботою, почуття виснаженості часто виникають внаслідок антипатії до виду праці, яку людина вимушена виконувати, невизнання наслідків, дезорганізації трудових процесів, конфліктів із співробітниками чи керівництвом. Також робітник виснажується завданнями, які перевищують його можливості.

Відпочинок має бути по можливості активним, діяльність – спрямованою на розвиток особистості, і протилежно спрямованою до тієї, яку людина виконує на роботі. Для робітника розумової праці – такими є фізичні навантаження, спорт; для людей, які займаються фізичною працею – пасивний відпочинок (фізичний спокій із розслабленням м'язів або сон). Після зникнення фізичної втоми для такої людини відпочинком буде діяльність, що потребує розумового навантаження: читання, радіо, телебачення, ігри,

шахмати, навчання. Активний відпочинок не повинен бути пов'язаний із підвищеним напруженням, почуттям відповідальності та турботами, як це буває, наприклад, на спортивних змаганнях. Активний відпочинок одного члена родини не повинен постійно порушувати життя та зв'язки родини.

6. Психологія та психогігієна старості.

Збільшення тривалості життя останніми десятиліттями для більшої частини людей похилого віку означає подовження періоду занепаду сил, хвороб, самотності. Ці люди звертаються до лікарів, деякі у зв'язку з депресією, тяжким подавленим станом стають пацієнтами психіатра. У багатьох настає загострення і гіперболізація, в основному негативна, їх рис характеру. Наприклад, якщо людині у молодому віці була властива говіркість, – вона стає надмірно балакучою, дбайливий перетворюється на дріб'язкового, обережний на боязкого, недовірливий на підозрілого, ошадний на скупого.

Позитивними рисами старості є розсудливість і поступливість, які спираються на багатий життєвий досвід.

Зниження рухливості нервових процесів породжує забруднення здатності пристосовування до змін. Орієнтацію у зовнішньому світі затруднює притуплення органів чуття: зниження слуху, зору. Порушення процесів травлення, секреції, сну призводять до фіксування уваги у цих напрямках. Люди похилого віку краще пам'ятають старі події, ніж запам'ятовують нове (закон Рібо старечого згасання пам'яті), тому у них набувають значення спогади юності. Якщо ці періоди були щасливими, то людина легше переносить і неприємні ситуації у нинішньому, і навпаки. Сучасне суспільство дотримується культу молодості та здоров'я: речі, що виготовляються, дійсні чи уявні цінності є орієнтованими на молодість, у зв'язку з чим у людей похилого віку складається враження, що з їх інтересами та потребами не рахуються, вони почувають себе знедоленими. Особливо важким є період виходу на пенсію. Чоловікам при цьому більш властиво занурюватися у депресію. Люди, що позбавлені можливості працювати, позбавлені ритму роботи та відпочинку, стають пасивними, незадоволеними, похмурими, буркотливими. Звідси виникає заклик до активної старості, наповненої діяльністю або безпосередньою працею згідно з фахом або улюбленою справою – «хобі».

Вирішуючи питання працевлаштування людей похилого віку, передусім слід враховувати специфічні зміни їх особистості. Недоцільним є залучати їх до робіт, пов'язаних із інтенсивним фізичним та розумовим на-

вантаженням. Бажана легка праця із неповним робочим днем, можливістю проміжних періодів відпочинку.

Часто психічно надламаними бувають жінки, які втратили чоловіка. Вони важче переносять самотність, відчувають більшу потребу в емоційному контакті, бувають не здатними на самоті переключатися на будь-які справи так, як це роблять чоловіки.

7. Психогігієна колективного життя (спілкування).

Психологічний клімат – це настрої колективу, його морально-психологічна атмосфера, основним показником якої є міжособистісні стосунки. Для здорового психологічного клімату характерні доброзичливе, товариське співробітництво, принципова взаємна вимогливість один до одного. Для формування здорового психологічного клімату важливо опанувати мистецтвом *критики* і *самокритики*. Щоб критика виконувала мобілізуючу дію щодо тих, кого критикують, їй має бути притаманна:

1. *Позитивність*: важливі не тільки зміст, а й форма побудови зауважень: спочатку вказати на негативні моменти, а наприкінці бесіди відзначити позитивні, оскільки краще запам'ятовуються останні слова; здійснювати порівняння не з іншими, а власне з тим, кого критикують, згадуючи при розбиранні помилок і ті моменти, коли його праця оцінювалася позитивно; якщо критика стосується незначної помилки, бажано напочатку бесіди відзначити позитивні риси опонента.

2. *Перспектива*: не тільки обгрунтовано критикувати за помилки, але й пояснити хоча б у загальних рисах шлях до їх подолання.

3. *Конструктивність*: той, хто припустився помилки, повинен зрозуміти сутність та структуру помилки, усвідомити її викорінення і уникнення її надалі. Форма критики не повинна зачіпати гідність людини, її професійної честі, самолюбства. Критика має бути направлена на помилкові дії, а не на людину, її особисті якості.

4. *Неупередженість*: ступінь критики повинен не перевищувати вини того, кого критикують. Щоб уникнути негативної реакції, критикуючий має подумки, а в складних ситуаціях і з олівцем в руках скласти план аналізу помилки, розділити всі чинники, що призвели до помилки, на об'єктивні і суб'єктивні, що безпосередньо чи опосередковано залежать від того, кого критикують.

5. *Лаконічність*: людина не може довго вислуховувати зауваження; її увага відволікається, вона починає думати про сторонні речі. При цьому найбільш доцільним є застосування дедуктивного методу умовиводів: спочатку викласти основну думку, головний висновок, а потім привести докази.

6. *Цілеспрямованість*: предметом критики мають бути головні, а не другорядні питання: не сперечайтесь за дрібниці, щоб не заступити головного і не підірвати віри до себе, в свої можливості.

7. *Коректність, тактовність, ввічливість*: брутальність, хамство, нетактовність спричиняють не тільки деморалізуючу дію на людину, знижують ефективність її праці, але й призводять до значних психосоматичних, психоневротичних і невідкладних (інфаркти, інсульти) станів. Грубість – це ознака слабкості, невміння переконати людину в своїй правоті силою логіки.

8. *Оптимальна кількість зауважень*. Безмірно часте і тривале використання критики спричиняє байдужість до зауважень, приводить того, кого критикують, до думки, що це є стилем роботи критика.

9. *Гнучкість форми критики*, яка повинна змінюватися в залежності від обставин, але мати однозначний зміст. Дотримання субординації, ступінь досвіду робітника, колегіальність.

10. *Своєчасність*: затримана критика не тільки втрачає свою актуальність, але й нерідко розцінюється як придирка.

11. *Індивідуальність*: слід брати до уваги індивідуальні якості особи критикованого – темперамент, стать, вік, здоров'я, рівень культури, кваліфікацію, минулі заслуги та мотиви, які призвели до помилки.

Неадекватне сприйняття критики часто виникає необгрунтовано, як виправдання своєї поведінки.

Основні типові варіанти неадекватного сприйняття критики:

1. *Демонстративний*: характеризується бурхливими проявами, прагненням не стільки довести справедливість, скільки продемонструвати негативне ставлення до критики, звинуватити у помилковості обраного методу оцінки поведінки, роботи. Контраргументи «демонструються» на підвищених тонах, грубо, нетактовно. Особливо це є характерним для осіб, схильних до агресивного типу поведінки.

2. *Депресивний*: критика сприймається як засіб, що застосований для дискредитації, приниження, причіпок. Властиві низька самооцінка, невпевненість у власних можливостях, постійне хвилювання, надмірна вразливість, знижений фон настрою, сензитивність. Депресивна реакція створює підґрунтя для психосоматичних розладів. Її витoki нерідко знаходяться у дитячому і підлітковому віці у разі сімейного виховання з надмірною опікою, або коли дитина стає об'єктом муштри із вимаганнями педантичного виконання своїх обов'язків, слухняності.

3. *Конформістський*: тенденція змінювати свою поведінку відповідно до тверджень оточуючих. Будь-яка критика – вірна чи невірна – отри-

мує позитивну оцінку, що може доходити до догодження. Властивими є відсутність самостійності при ухваленні рішень, прагнення сховатися за колективною думкою, уникнути відповідальності. В окремих ситуаціях поява конформізму може оцінюватися позитивно, приміром, позитивна реакція медсестри на необґрунтовані звинувачення тяжкохворих з несприятливим прогнозом або психічно хворої людини.

4). **Індиферентний:** байдужа пасивність («в одне вухо влітає в інше – вилітає»). Ґрунтується на неправильному уявленні про критику – що критикують, начебто, для формального порядку, і критика не допомагає, а шкодить. Але індиферентне сприйняття критики може у деяких випадках носити позитивний характер, якщо, наприклад, осудження та докори, навіть необґрунтовані, виходять від тяжкохворої людини. Лікар чи медсестра, керуючись логікою, мають сформулювати для себе вірну установку: «Так, хворий неправий, вчинив мені несправедливе зауваження, але його можна зрозуміти, тому що він змучений хворобою. Я не маю права сперечатися з ним, хворобливо реагувати на його зауваження...».

Оптимальний варіант реагування на критику у загальних рисах описаний у широко відомій пам'ятці: «Не згоден – заперечуй, заперечуєш – пропонуй, пропонуєш – здійснюй».

8. Психогігієна побуту.

Вживання психотоксичних речовин (алкоголю та нікотину), різних фармакологічних препаратів, що мають седативну і психостимулюючу дію, і до яких можливе розвинення звикання, позначають термінами «*залежна поведінка*», «*залежність від вживання алкоголю та психоактивних препаратів*», та ін.

Усвідомивши шкідливість паління і твердо вирішивши назавжди позбавитися шкідливої звички, вольова людина здійснює це рішення відразу і безповоротно. Людям з недостатньо сильною волею допомагають методи поступового позбавлення звички паління: двосходинова система А.С. Романова, засоби фізіотерапії, народної медицини та ін.

Психологічним чинником пияцтва є прагнення людини за допомогою алкоголю компенсувати ті чи інші недоліки свого характеру, врівноважити реальні труднощі психологічної адаптації до конкретної життєвої ситуації. У психогігієнічній, психопрофілактичній та психотерапевтичній антиалкогольній роботі вирішуються наступні завдання: 1) виявлення серед населення, особливо молоді, осіб, залежних від алкоголю; 2) широка антиалкогольна пропаганда; 3) психогігієнічні заходи. Сюди включають лекції та бесіди серед населення, заборону реклами алкогольно-тютюнових

виробів, створення антиалкогольного та антиютюнового культу (здорового способу життя), психотерапевтична робота з корекції поведінки осіб із «характерами алкоголіків» (раціональна психотерапія, аутогенне тренування, емоційно-стресова психотерапія, участь у роботі груп взаємодопомоги типу «анонімних алкоголіків») тощо. З початку 80-х років застосовують метод емоційно-стресової психогієни, що є залученням людей до життя у оздоровчому «сп'янінні внутрішніми прагненнями» внаслідок творчого спілкування з природою, літературою, мистецтвом, наукою, завдяки творчому пошукові у повсякденній праці, колекціонуванні, мандрам, виготовленню творів мистецтва. У людини, яка знайшла за допомогою творчих занять свою духовну індивідуальність, своє місце серед людей, захоплена новими способами життя, що відкрилися, змінюється світосприйняття. Така людина не потребує алкогольного збудника.

Щоб позбавитися від потягу до алкоголю, рекомендують (В.Е. Рожнов):

1. Не несіть тягар хвороби у собі – неодмінно зверніться до лікаря у своїй поліклініці, до районного, обласного центру.

2. Спробуйте вирватися із «п'яної» компанії – хибне розуміння почуття товариства з друзями по п'ятиці психологічно прив'язує вас до алкоголю.

3. Шукайте підтримку у спілкуванні з іншими людьми, що також прагнуть позбавитися шкідливої звички.

4. Спробуйте знайти форму прояву своєї особистості у якомусь різновиді активної, творчої праці. Якщо теперішня справа вам не подобається, спробуйте знайти іншу, більш бажану. Пам'ятайте: лише робота, яка дає відчуття необхідності, може витіснити з вашої психіки потяг до алкоголю.

5. Обміркуйте систему організації вашого дозвілля. Чим ви цікавились у дитинстві? Що вам подобається зараз? Весь ваш час, особливо напочатку лікування, має бути заповненим активною діяльністю, спілкуванням у сім'ї, фізкультурою.

6. Щоб полегшити собі усі ці дії, погляньте на себе «поглядом прокурора», а на оточуючих – «поглядом захисника»: спробуйте у першу чергу в усіх своїх невдачах звинувачувати себе, а не інших. І тоді ви станете на шлях одужання.

Психогієнічні заходи з профілактики алкоголізму мають поєднуватися із засобами загального зміцнення організму – раціональним харчуванням, загартовуванням, фізкультурою.

Робота з попередження наркоманій і токсикоманій має своїми складниками моральне, психологічне та правове виховання молоді, створення оптимальних умов для проведення її дозвілля, своєчасне виявлення серед населення, особливо молоді, осіб, що мають потяг до наркотиків, виховні та психогігієнічні заходи (аналогічні до антиалкогольних) у групі підвищеного ризику, ліквідацію нелегальних джерел придбання наркотиків (знищення посівів культур, що містять токсичні речовини), лікування хворих на наркоманію та токсикоманію, і т.ін. Вітчизняним законодавством передбачена карна відповідальність за виготовлення, зберігання (навіть без наступного розповсюдження і вживання) і розповсюдження наркотиків. Хворий на наркоманію, що самостійно звернувся за допомогою, має моральну перевагу перед особами, які не бажають лікуватися, і до яких застосовують примусове лікування в умовах ізоляції від суспільства.

Завдання для самостійного вирішення.

Тести I рівня складності:

1. До факторів соціального середовища, які спричинюють деструктивний вплив на психіку людини відносяться всі, крім:

- а) високий темп життя й урбанізації;
- б) недостатній рівень зарплати;
- в) наявність більш 3-х дітей;
- г) ризик втрати роботи;
- д) велика відстань між роботою і домівкою.

2. Система заходів, спрямованих на попередження виникнення психічних розладів називається:

- а) первинна психопрофілактика;
- б) вторинна психопрофілактика;
- в) третинна психопрофілактика;
- г) медична реабілітація;
- д) психогігієна.

3. Система заходів, спрямованих на усунення виражених факторів ризику називається:

- а) первинна психопрофілактика;
- б) вторинна психопрофілактика;
- в) третинна психопрофілактика;
- г) медична реабілітація;

д) психогігієна.

4. Комплекс заходів, спрямований на попередження формування негативних психічних розладів та інвалідизації при хронічних психічних захворюваннях називається:

- а) первинна психопрофілактика;
- б) вторинна психопрофілактика;
- в) третинна психопрофілактика;
- г) медична реабілітація;
- д) психогігієна.

5. Якщо невроз розуміється як наслідок конфлікту між несвідомим і свідомістю, то психотерапія буде спрямована на:

- а) переучування;
- б) усвідомлення;
- в) інтеграцію досвіду;
- г) розпізнавання помилкових стереотипів мислення.
- д) створення цілісного образу сприйняття світу

6. Поведінкова психотерапія являє собою практичне застосування:

- а) теорії діяльності;
- б) теорій навчання;
- в) концепції відносин;
- г) психології установки.
- д) психології праці.

7. Когнітивна психотерапія виникла як один з напрямків:

- а) раціональної психотерапії;
- б) гуманістичної психотерапії;
- в) поведінкової психотерапії;
- г) психодинамічної психотерапії.
- д) суггестивної психотерапії.

8. Психологічною основою психодинамічного напрямку є:

- а) біхевіоризм;
- б) психоаналіз;
- в) гуманістична психологія;
- г) когнітивна психологія.
- д) екзистенціальна психологія

9. Психотерапією, центрованою на переносі, може бути названа така психотерапевтична система, як:

- а) когнітивна психотерапія;
- б) розмовна психотерапія;
- в) екзистенціальна психотерапія;
- г) психоаналіз.
- д) поведінкова психотерапія

10. Термін «перенос» означає:

- а) емоційно теплі відносини між пацієнтом і психотерапевтом;
- б) довіра і відкритість пацієнта стосовно психотерапевта;
- в) специфічні відносини між пацієнтом і психотерапевтом, засновані на проєкції;
- г) партнерські відносини між пацієнтом і психотерапевтом.
- д) емпатичне відношення терапевта до пацієнта.

Тести II рівня складності

1. Виділяють наступні стадії гіпнозу:

- 1) Початкову
- 2) Летаргічну
- 3) Сомнамбулічну
- 4) Стадія сноходіння
- 5) Каталептична

2. З'єднайте вид психотерапії та відповідне йому тлумачення:

- | | |
|--------------------|--|
| а. суггестивна | а. спрямована на переведення несвідомих потягів у свідомість людини |
| б. психоаналітична | б. використовує принцип наочності |
| в. поведінкова | в. використовує психотерапевтичне переконання шляхом логічної аргументації |
| г. раціональна | г. використовує психологічні впливи за допомогою прямого чи непрямого навіювання |

3. Особиста гігієна використовує наступні прийоми та методи індивідуальної психотерапії:

- 1) Систематичну десенсибілізацію
- 2) Аутогенне тренування
- 3) Психогімнастику обличчя
- 4) Зміну форм діяльності
- 5) Виробничу гімнастику

4. З'єднайте термін з його характеристикою:
- | | |
|-------------------|---|
| а) сугестивність | а) відреагування |
| б) гіпнабельність | б) друга стадія гіпнозу |
| в) каталепсія | в) здатність легко входити в гіпнотичний стан |
| г) катарсис | г) здатність легко піддаватись переконанню |

Еталони відповідей до завдань

Тести I рівня складності: Тести II рівня складності:

- | | |
|-------|-------------------------------|
| 1. в | 1. б, в, д |
| 2. а | 2. а – г, б – а, в – б, г – в |
| 3. б | 3. в, д |
| 4. в | 4. а – г, б – в, в – б, г – а |
| 5. б | |
| 6. б | |
| 7. а | |
| 8. б | |
| 9. г | |
| 10. в | |

Контрольні питання.

1. Визначення поняття психотерапії, її мету та основні завдання.
2. Характеристика загальних факторів психотерапії.
3. Характеристика етапів психотерапії.
4. Покази та проти покази до застосування психотерапевтичних методик.
5. Характеристика сугестивних методів психотерапії.
6. Розкриття сутності психоаналітичної психотерапії.
7. Особливості когнітивно-поведінкової психотерапії.
8. Особливості індивідуальної та групової психотерапії.
9. Дати визначення поняттю психогігієна, її види та особливості.
10. Психопрофілактики, види та їх характеристика.

Література.

1. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 9-23, 123-138.

2. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К.:«Здоров'я». – 1994. – С.76-89.

3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд.- М.: „МЕДпресс-информ”, 2002. – С.3-61.

Технологічна карта практичного заняття

Етапи	Години, хв.	Навчальні посібники	Місце проведення
1. Тестовий контроль початкового рівня	15	Таблиці, схеми	Навчальна кімната
2. Розбір матеріалу заняття під керівництвом викладача	45	Таблиці, схеми	Навчальна кімната Палата
3. Підсумковий тестовий контроль	15		Навчальна кімната
4. Підведення підсумків заняття	15		Навчальна кімната

Граф логічної структури теми «Основні методи психотерапії в роботі лікаря загальної практики».



РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Избранные психол. труды / Л. И. Божович. – М., 1995. – 352 с.
2. Вачков И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие / И. Вачков. – М., 1999. – 176 с.
3. Виллонас В.К. Психологические мотивации человека / В.К. Виллонас. – М., 1990. – 228 с.
4. Вікова і педагогічна психологія: Практикум / Черкаський держ. технологічний ун-т / Н. Старовойтенко (уклад.). – Черкаси, ЧДТУ, 2003. – 51 с.
5. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія / І.С. Вітенко. – К., 1994. – 296 с.
6. Витенко И. С. Основы психологии / И. С. Витенко, Т. И. Витенко. – К.: Изд-во «Новая книга», 2001.
7. Витенко И.С. Психологические основы профессиональной подготовки семейного врача / И. С.Витенко. – К.: Основа, 2000.
8. Гуцало Е.У. Вікова психологія: Курс лекцій / Е.У. Гуцало. – Кіровоград, РВВ КДПУ ім. Володимира Винниченка, 2004. – 187 с.
9. Долинська Л. В. Психологія конфлікту: навч. посібник / Л. В. Долинська, Л. П. Матяш-Зяец. – К.: Каравела, 2010. – 304 с.
10. Заброцький М.М. Вікова психологія: Навч. посібник / М. М. Заброцький. – К.: Міжрегіональна академія управління персоналом, 1998. – 92 с.
11. Злобина Е.Г. Общение как фактор развития личности / Е.Г. Злобина. – К.: Наукова думка, 1981. – 115 с.
12. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага, 1984. – 405 с.
13. Краснов В.Н. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: клиническое руководство /В.Н. Краснов, И.Я. Гурович. – М., 2000. – 223 с.
14. Куликов В.Г. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики / В.Г. Куликов. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.
15. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М., 2004. – 346 с.
16. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – СПб, 1999.
17. Магазаник Н. А. Искусство обращения с больным / Н. А. Магазаник. – М., 1991.
18. Максименко С. Д. Общая психология: учеб. пособие / С. Д. Максименко, В. О. Соловиенко. – К., 2000.
19. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М., 1998. – 587 с.

20. Мілютіна К. Форми психокорекційного впливу / К. Мілютіна. – К.: “ГЛАВНИК”, 2007. – 143 с.
21. Немов Р.С. Психологія: в 3-х книгах / Р.С. Немов. – М.: Владос, 2002.
22. Основы общей и медицинской психологии / Под ред. И. С. Витенка, О. С. Чабана. – Тернополь: Укрмедкнига, 2003.
23. Петровская Л. А. Компетентность в общении: Социально психологический тренинг / Л. А. Петровская. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 216 с.
24. Поліщук С. А. Методичний довідник з психодіагностики: навчально-методичний посібник/ С. А. Поліщук. – Суми: Університетська книга, 2009. – 442 с.
25. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Изд. Дом «Бархат», 2002. – С. 274-281.
26. Практикум по психологии / Под. ред. Н. Д. Твороговой. – М., 1997.
27. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайберг, Г. К. Розе, Э. Вульф. – М., 1999. – 504 с.
28. Психология. Словарь / Под. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1990. – 494 с.
29. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб: Питер Ком, 1999. – 720 с.
30. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. – [2-е международное изд.]. – М. – СПб.: «Питер», 2006. – 373 с.
31. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 2 / А.С. Спиваковская. – М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с.
32. Степанов О.М. Основы психології і педагогії: Навч. посібник / О.М. Степанов, М.М. Фіцула. – [2. вид., випр., доп.]. – К.: Академвидав, 2006. – 520 с.
33. Терлецька Л. Основы психодіагностики /Л. Терлецька. – К.: “ГЛАВНИК”, 2006. – 144 с.
34. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 348 с.
35. Харди И. Врач, сестра, больной / И. Харди. – Будапешт, 1988. – 338 с.
36. Черепанова Е.М. Психологический стресс / Е.М. Черепанова. – М., 1996. – 127 с.
37. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом. – СПб.: «Питер», 2000. – 640 с.
38. Яценко Т.С. Основы глибинної психокорекції. Теорія і практика: Навчальний посібник / Т.С. Яценко. – К.: Вища школа, 2006.

ДОДАТОК 1

Внутрішня картина хвороби (за А. Гольдшейдером і Р. Лурія)

Кожна соматичне захворювання має об'єктивну та суб'єктивну сторони. Об'єктивна сторона хвороби визначається певними клінічними методами (пальпація, аускультация, рентгенограма, комп'ютерна томографія тощо), а суб'єктивна сторона захворювання виражена внутрішніми переживаннями хворого. Таким чином, кожна клінічна картина захворювання визначається об'єктивною та суб'єктивною сторонами.

Об'єктивна сторона захворювання вивчається в медуніверситеті на клінічних кафедрах, а суб'єктивна сторона, зокрема в межах медичної психології.

Суб'єктивна сторона захворювання – це є внутрішня картина хвороби (ВКХ). Вперше модель внутрішньої картини хвороби було розроблено німецьким вченим А. Гольдшайдером 1929 р. та російським психологом Р.А. Лурія (1935). Ця модель представлена на *схемі А*. Модель виділяє чотири сторони аутопластичної картини хвороби:

1. Інтелектуально-інформативна сторона
2. Сензитивна сторона
3. Емоційна сторона
4. Вольова сторона

Інтелектуально-інформативна сторона передбачає певний рівень інтелекту, знання про захворювання, свій організм та їх оцінка. Сензитивна сторона передбачає переживання неприємних відчуттів, які викликає хвороба. Емоційна сторона відображає емоційні переживання у вигляді страхів, тривоги, надії та ін. Вольова сторона розкриває рівень зусиль, щоб справитись із хворобою, потурбуватися про обстеження та лікування.

Проте ВКХ в залежності від ряду причин, зокрема від індивідуальних особливостей (структура особистості, вік, стать, професія, соціальний статус, культурна та релігійна приналежність тощо), життєвих ситуацій, важкості захворювання, його нозологічної приналежності, психологічна структура ВКХ і її роль регулятора поведінки доволі варіабельні. Якщо захворювання перебігає довготривало, то відбуваються різноманітні пере-

будови ВКХ, які зв'язані не тільки з особливостями перебігу хвороби, але й зі складними процесами адаптації та дезадаптації особистості до свого захворювання, до тих життєвих ситуацій, що зв'язані із хворобою. В цих умовах особистість формує психологічні структури, які мають адаптивний, захисний характер і в свою чергу вступають в складні відносини з іншими психологічними блоками. Являючись активною психологічною формацією особистості, ВКХ здатна активно впливати на систему інтерперсональних та соціальних відносин людини. Тому міра її адекватності об'єктивній картині захворювання може бути різною. Що приводить до різних типів відношення та реагування на захворювання. Тому особливості ВКХ вимагають кожен раз спеціального аналізу. Для цього пропонуємо певну схему аналізу ВКХ (див. схему Б). Виходячи з неї необхідно звернути увагу на такі структурні елементи особистості, як:

1. Характерологічні риси
2. Тип вищої нервової діяльності
3. Емоційний тип реагування
4. Рівень інтелекту
5. Рівень інформованості
6. Ціннісні орієнтації
7. Віра в себе
8. Системи психологічного захисту
9. Вольові процеси

Взаємодія цих чинників формує уявлення хворого про норму та патологію даного розладу, усвідомлення його значущості для особистості, оціненім прогнозу та формування моделей поведінки в умовах наявних порушень та психологічні механізми захисту.

Виходячи із цієї концепції лікування соматичного хворого повинно обов'язково враховувати ВКХ шляхом застосування принципів деонтології, та методів малої психотерапії.

Схема А

Внутрішня картина хвороби (за А. Гольдшейдером і Р. Лурія)

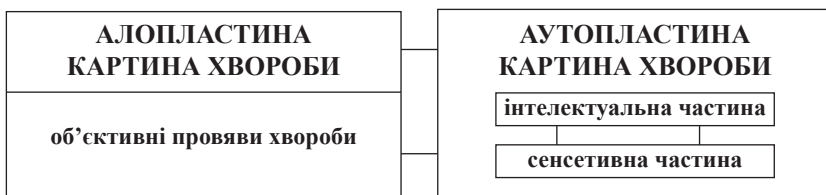
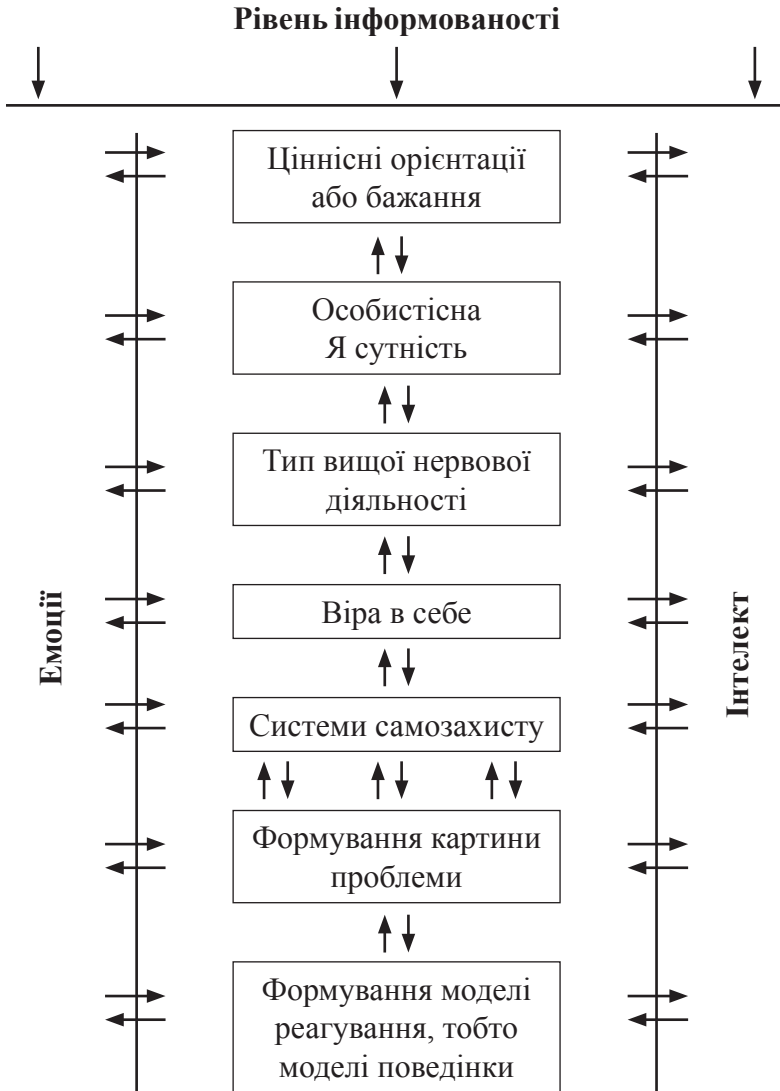


Схема Б



ДОДАТОК 2

Терапія соматизованих депресій

Соматизована (прихована, вегетативна) депресія – різновид депресій, за яких соматовегетативні симптоми займають центральне місце в клінічній картині захворювання.

Взаємозв'язок основної і побічної дії психотропних засобів при лікуванні соматизованої депресії

групи психотропних засобів	основна терапевтична дія	побічна дія
транквілізатори	седативна анксіолітична	центральний міорелаксуючий ефект посилюється при збільшенні терапевтичної дози
трициклічні антидепресанти	тимолептична тимоаналептична	адреноергічний і кардіотоксичний ефект
нейролептики	аптипсихотична гіпноседативна	стимулююча, гіпокінетична, гіперкінетична дія, дискінезії

ПРИТЧІ

Одному учневі весь час не давало спокою питання: як у житті людини поєднується її приреченість зі свободою вибору. Врешті він звернувся із цим питанням до вчителя.

Вчитель відповів:

~ Вирушаючи в поле за букетом, ти не можеш бути абсолютно впевненим ані в своєму майбутньому маршруті (адже навіть напрямок свого руху нерідко ти ледве уявляєш), ані в тому, які саме квіти складуть твій букет. Але ти йдеш від квітки до квітки, керуючись лише власними міркуваннями, ти схиляєшся в подяку до кожної і зриваєш їх, складаючи одну до одної.

Кожна квітка ~ це твій маленький повсякденний досвід, шлях до неї ~ частина твого життя, а букет ~ це весь твій життєвий досвід. Яким бути йому ~ залежить лише від тебе.

Одного разу чоловік йшов повз доглянутий будиночок і побачив на ганку літню пару в кріслах-гойдалках, а між ними лежав собака і скиглив, наче від болю. Чоловік про себе здивувався, чому ж скиглив собака.

Наступного дня він знову йшов повз цей будинок. Старенька пара знов сиділа на ганку в своїх кріслах, а собака, лежачи між ними, так само жалібно скавчав. Спантеличений чоловік пообіцяв собі: якщо й завтра собака буде скиглити, він запитає про нього.

Щож третього дня, побачивши ту саму сцену, чоловік не став стримувати цікавості.

~ Вибачте, пані, ~ звернувся він до старенької, ~ що сталося з вашим собакою?

~ З ним? ~ перепитала вона. ~ Він лежить на цеху.

Збентежений її відповіддю, чоловік запитав:

~ Якщо він лежить на цеху і йому боляче, чому він просто не встане?

Старенька посміхнулася і відповіла:

Значить, йому боляче настільки, щоб скиглити, але не настільки, щоб зрушити з місця...

Один чоловік запитав у Сократа:

- Знаєш, що мені сказав про тебе твій друг?

- Почекай, - зупинив його Сократ, - просій спочатку те, що збираєшся сказати, через три сита.

- Три сита?

- Перш ніж що-небудь говорити, потрібно це тричі просіяти. Спочатку через сито правди. Ти впевнений, що це правда?

- Ні, я просто чув це.

- Значить, ти не знаєш, це правда чи ні. Тоді просіємо через друге сито - сито доброти. Ти хочеш сказати про мого друга щось хороше?

- Ні, навпаки.

- Отже, - продовжував Сократ, - ти збираєшся сказати про нього щось погане, але навіть не впевнений в тому, що це правда. Спробуємо третє сито - сито користі. Чи так вже необхідно мені почути те, що ти хочеш розповісти?

- Ні, в цьому немає необхідності.

- Отже, - уклав Сократ, - в тому, що ти хочеш сказати, немає ні правди, ні доброти, ні користі. Навіщо тоді говорити?

Одного разу жінці приснився сон, що за прилавком магазину стояв Господь Бог.

- Господи! Це ти! - вигукнула вона з радістю.

- Так, це Я - відповів Бог.

- А що у тебе можна купити? - запитала жінка.

- У мене можна купити все, - пролунала відповідь.

- У такому разі дай мені, будь ласка, здоров'я, щастя, любові, успіху і багато грошей.

Бог доброзичливо посміхнувся і пішов у підсобне приміщення за замовленим товаром. Через деякий час він повернувся з маленькою паперовою коробкою.

- У це все?! - вигукнула здивована і розчарована жінка.

- Так, це все, - відповів Бог і додав:

- Хіба ти не знала, що в моєму магазині продається тільки насіння?

Одного разу до старої, але дуже шанованої людини прийшов юнак і попросив дозволу займатися у нього.

- Навіщо тобі це? - запитав старець.

- Хочу стати сильним і непереможним.

- Тоді стань ним! Будь добрий з усіма, ввічливий і уважливий. Доброта і ввічливість подарують тобі повагу інших. Твій дух стане чистим і добрим, а значить, сильним. Уважність допоможе тобі помічати найтонші зміни. Ти отримаєш можливість знайти вірний шлях, щоб уникнути конфлікту, а значить, виграти поєдинок, не вступаючи до нього. Якщо ж ти навчишся уникати конфліктів, то станеш непереможним.

- Чому?

- Тому що тобі ні з ким буде битися.

Юнак пішов. Минуло чимало часу, перш ніж хлопець знову прийшов до мудреця.

- Що тобі потрібно? - Запитав старий.

- Я прийшов поцікавитися вашим здоров'ям і дізнатися, чи не потребуєте ви допомоги...

Старий усміхнувся:

- Що ти там хотів? Стати сильним і непереможним?

Добре, я навчу тебе цьому!

Якось декілька людей навмисне голосно глузували з мудрого чоловіка, коли той проходив їх кварталом. Той усе чув, але відповів їм посмішкою і бажав здоров'я. Хтось запитав його:

- Ти посміхаєся і бажав щим людям здоров'я, невже ти не відчував до них злості?

На що чоловік відповів:

- Коли я приходжу на ринок, я можу витратити тільки те, що є у мене в гаманці. Так само і при спілкуванні з людьми - я можу витратити тільки те, чим наповнена моя душа...

Навчальне видання

**ЖДАН В'ячеслав Миколайович
СКРИПНИКОВ Андрій Миколайович
ЖИВОТОВСЬКА Лілія Валентинівна
СОННИК Григорій Трохимович
ДЕНЕКО Максим Олексійович**

ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

*Навчально-методичний посібник
для студентів вищих медичних навчальних
закладів IV рівнів акредитації
та лікарів-інтернів*

Коректура авторська
Комп'ютерне верстання Кулинич Є.

Підписано до друку 10.09.2014 р. Формат паперу 60×84/16.
Папір офсетний. Друк трафаретний.
Ум. друк. арк. 15,0. Тираж 300 пр. Зам. № 9002.

Видавець і виготовлювач ТОВ «АСМІ». 36011,
м. Полтава, вул. В. Міщенка, 2. Тел./факс: (0532) 56-55-29.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи серія ДК №4420 від 16.10.2012 р.