

УДК 616.89–159.9
ББК 08.4я73
В54

Рецензенти: *Л. Ф. Бурлачук* — чл.-кор. АПН України, докт. психол. наук,
В. Л. Гавенко — докт. мед. наук, проф., *І. Д. Спіріна* — докт. мед. наук, проф.

Вітенко І.С.

В.54 Медична психологія: [Підручник] / І.С. Вітенко. — К.: Здоров'я, 2007. — 208 с. — Бібліогр.: с. 207–208.

ISBN 978-966-463-007-5

У підручнику викладені питання, що включені до програми з дисципліни «Медична психологія», яка затверджена Міністерством охорони здоров'я України для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, що навчаються за спеціальностями 7.110101 «Лікувальна справа», 7.110104 «Педіатрія» та 7.110105 «Медико-профілактична справа».

У перших трьох розділах підручника розглянуто загальні питання медичної психології, зокрема предмет, методи дослідження та завдання медичної психології; поняття про психічне здоров'я людини; особистість та хвороба, внутрішня картина хвороби, психічні функції людини та хвороба.

Згідно з 2-м змістовним модулем програми висвітлюються практичні аспекти медичної психології: психологія медичних працівників у процесі лікувально-діагностичної діяльності; психосоматичні розлади; психологічні особливості поведінки пацієнтів з різними захворюваннями, особливості суїцидальної поведінки; психогігієна, психопрофілактика та психотерапія як основа збереження психічного здоров'я.

Підручник розраховано на студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. Разом з тим видання може бути корисним для студентів-психологів, лікарів-інтернів і студентів вищих медичних навчальних закладів I–III рівнів акредитації.

ББК 08.4я 73

ISBN 978-966-463-007-5

© І. С. Вітенко, 2007



ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
ВСТУП	8
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ	19
Предмет і завдання, зміст та обсяг медичної психології.	
Методи дослідження психологічного стану людини	19
Методи медичної психології §	24
ОСОБИСТІТЬ І ХВОРОБА. ВНУТРІШНЯ	
КАРТИНА ХВОРОБИ	31
Методи дослідження особистості	40
Поняття внутрішньої картини хвороби	41
Умови формування і клінічні прояви дисгармонійної особистості	51
СТАН ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ І ХВОРОБА	64
Хвороба та стан відчуттів і сприйняття	64
Хвороба та стан пам'яті і уваги	71
Хвороба та стан мислення і інтелекту	75
Хвороба та стан емоційно-вольової сфери	78
Хвороба та стан свідомості	83
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ	86
Психологія медичних працівників	86
Синдром емоційного вигорання у медичних працівників	95
ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ	100
ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ	123
Стрес і психосоматичні розлади	125

Патогенетичні механізми психосоматичних захворювань ...	140
Поняття про внутрішній конфлікт. Типи конфліктів	143
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ	
ІЗ РІЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	147
Психологічні і психічні прояви окремих соматичних захворювань	147
Соматичні і фізичні наслідки хронічного захворювання або фізичного дефекту в дитячому і підлітковому віці та їх психологічна корекція	151
Психологічні і психіатричні проблеми у разі ендокринних захворювань	155
Зміни психіки у пацієнтів із соматичними захворюваннями	175
Психологічні проблеми пацієнтів із хронічними захворюваннями	177
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, ТАНАТОЛОГІЇ ТА ЕВТАНАЗІЇ ...	179
Психологічні аспекти помирання і смерті	188
ПСИХОГІГІЄНА, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ	192
ЛІТЕРАТУРА	207



ПЕРЕДМОВА

Здоров'я людей — найважливіший показник розвитку та благополуччя суспільства, який насамперед визначається організацією медико-профілактичної допомоги в державі. Розширення мережі спеціалізованих служб у системі охорони здоров'я України та покращання технічного стану медицини, на жаль, не забезпечили високий рівень якості діагностики, лікування, збереження та зміцнення здоров'я населення нашої країни.

І тепер, як і в минулі роки, медичні працівники, запроваджуючи різноманітну новітню медичну техніку в процес діагностики і лікування хворих людей, недостатньо уваги звертають на суб'єктивні відчуття своїх пацієнтів та зміни в їх психіці в цілому. Лікарі, як правило, більше орієнтуються на результати лабораторних і рентгенівських досліджень, які, на їхню думку, є основою для встановлення діагнозу, а особистість пацієнта як така з її суб'єктивними відчуттями часто випадає з поля зору медиків.

Відомий клініцист Штрюмпель зазначав, що успіхи механізування, титрування, фільтрування, колориметрування і тому подібних методів призводять до того, що лікар іноді майже забуває про самого хворого. А між тим лабораторні дослідження соматичних змін без урахування психічних — шлях помилковий. Їх обов'язково треба розглядати у тісному взаємозв'язку.

Ще лікарі античної епохи соматичний компонент хвороби не протиставляли психічному. Так, Платон у трактаті «Хармід» вустами Сократа стверджував: «Як не можна почати лікування ока, не думаючи про голову, або лікувати голову, не думаючи про цілий організм, так само не можна лікувати тіло, не лікуючи душу; і величезна помилка, що існують лікарі тіла і лікарі душі, тоді, коли це, по суті, неподільне; і саме це недооцінюють лікарі, і тому від них втікає багато хвороб; вони ніколи не бачать перед собою цілого. Треба всю свою увагу віддавати єдиному цілому організму, тому що там, де ціле почуває себе погано, частини його, без сумніву, не можуть бути здоровими». У працях відомого лікаря-філософа давнини Гіппократа, коли йшлося про методи дослідження хворого, наголошується, що поряд з вимогами враховувати не тільки значні, а і малопомітні ознаки хвороби, слід вивча-

індивідуальною, а не шаблонною. Тому все більшого визнання отримує модель інтегрованої медичної допомоги у вигляді тісного співробітництва консультанта-психіатра, психотерапевта, медичного психолога і лікаря загальної практики.

Таким чином, реформування служб, відповідальних за збереження і зміцнення психічного здоров'я нації в сучасних умовах, які вимагають переходу із загальномедичної на біопсихосоціальну модель надання допомоги, неможливе без інтеграції психіатричних і соматичних ланок охорони здоров'я, а також забезпечення наступності в діяльності загальнолікувальної і психіатричної мережі.

Реалізацію цього завдання слід здійснювати в двох напрямках: навчання лікарів загального профілю і сімейних лікарів основним принципам профілактики, діагностики та надання за необхідності першої невідкладної допомоги пацієнтам із найбільш поширеними психічними розладами. Необхідно також знайомити лікарів-стоматологів із основними принципами лікувальних підходів до терапії хворих з розладами психіки і поведінки для усунення міфу про невиліковність багатьох психічних захворювань. Слід створювати в амбулаторних поліклінічних закладах загальносоматичного профілю якомога більш широку мережу спеціалізованих медико-психологічних і психотерапевтичних кабінетів, а також організувати на базі обласних і багатопрофільних міських лікарень психосоматичні відділення, розраховані на 30—40 ліжок.

Крім того, необхідним є зближення служби психіатричної допомоги не тільки із загальною охороною здоров'я, але й з різними соціальними і реабілітаційними закладами. Це надасть можливість здійснювати не лише власне медичні заходи, але й профілактичну роботу, організацію активної участі членів родини в лікувальному процесі та сімейного нагляду за хворим, а також вирішувати багатопланові соціальні питання для поліпшення якості життя пацієнтів. Такий підхід до організації допомоги сприятиме досягненню більш повного і стабільного терапевтичного результату.

Загальним пріоритетним напрямком розвитку медицини в Україні на сучасному етапі є перехід первинної ланки медичної допомоги населенню на засади сімейної медицини. Майбутній сімейний лікар значною мірою має бути психіатром, психотерапевтом і медичним психологом. Щоб це майбутнє відбулося, його треба будувати вже сьогодні.



ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Предмет і завдання, зміст та обсяг медичної психології. Методи дослідження психологічного стану людини

Серед понад п'ятдесяти психологічних дисциплін особливе місце посідає медична психологія. Ця прикладна наука, яка має особливе значення не лише для медичної практики, а й для загальної психології, виникла в кінці XIX ст. Її засновником вважається Лотус — німецький психіатр.

Медична психологія базується на знаннях із загальної психології і водночас є ключем для подальшого засвоєння психіатрії, наркології та інших клінічних дисциплін.

Тісний зв'язок впливу психології на медицину, і навпаки, свідчить про те, що медична психологія одночасно грає роль і психологічної, і медичної науки. Проблеми, які вона вирішує, і завдання, поставлені перед нею, свідчать про те, що це є медична наука, а теоретичні передумови і методи дослідження характеризують її як психологічну науку. І все ж медична психологія є галуззю психологічної науки, яка спрямована на вирішення теоретичних і практичних завдань, пов'язаних із запобіганням захворюванням, діагностикою хвороб і патологічних станів, формами впливу на процес видужання, з вирішенням різних експертних питань, соціальною і трудовою реабілітацією. Разом з тим у психологічній і медичній літературі немає однозначної думки щодо змісту проблем, які повинна вирішувати медична психологія. Це типова ситуація, що виникає у процесі розвитку та становлення всіх міжгалузевих наук.

У цілому медична психологія вивчає закономірності функціонування психіки в умовах виникнення та перебігу захворювання, лікування хворих людей та використання психологічних чинників у лікувальному процесі, профілактичній та гігієнічній роботі медичних працівників.

Є й інше, більш широке визначення медичної психології (В. Д. Менделевич, 1999): це наука, що вивчає психологічні особливості людей із різними захворюваннями, методи і способи діагностики психічних відхилень, диференціацію психологічних феноменів та психопатологічних симптомів і синдромів, психологію взаємовідносин пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичні, психокорекційні і психотерапевтичні способи допомоги пацієнтам, а також теоретичні аспекти психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів.

Предметом медичної психології є різноманітні особливості психіки хворого та їх вплив на здоров'я і хворобу, а також забезпечення оптимальної системи психологічних лікувальних впливів, у тому числі всіх обставин, що сприяють обслуговуванню хворого, які правомірно об'єднують у систему «медик—пацієнт».

Таким чином, медична психологія сприяє не тільки покращанню необхідних контактів із хворими, швидшому і найбільш повному одужанню, вихованню гармонійної особистості, але й запобіганню різним психосоматичним хворобам.

Більш широко медична психологія вивчає весь діапазон позитивних або негативних впливів особливості людини і міжособистісних стосунків на її здоров'я і хворобу.

Медичну психологію поділяють на загальну і спеціальну.

Загальна медична психологія вивчає:

1. Основні закономірності психології хворої людини.
2. Психологію родичів та близьких хворого.
3. Психологію медичних працівників стосовно один одного.

Медична психологія — широка галузь психологічних знань: до її складу входять такі розділи, як клінічна психологія, патопсихологія, нейропсихологія, психофармакологія, психотерапія, психогігієна та психопрофілактика. Наявність цих проблем і їхнє значення для практичної діяльності лікаря призвели до того, що в наш час це самостійні наукові галузі медичної психології.

Клінічна психологія — галузь медичної психології, прикладне значення якої визначається конкретними потребами клініки — психіатричної,

неврологічної, соматичної; головним завданням її є безпосереднє впровадження психологічних методів і закономірностей у клініку (В. М. Іванов, 1974; В. М. Блейхер, 1986).

Співвідношення клінічної і медичної психології відповідає співвідношенню клініки і медицини взагалі (В. М. Блейхер, І. В. Крук, 1986).

Але потрібно зазначити, що існує й інша думка щодо використання терміна «клінічна психологія», яку необхідно обов'язково враховувати, читаючи медичну літературу. Так, В. Д. Менделевич зазначає: «У сучасній психології, як правило, терміни «клінічна» та «медична» використовують як синоніми. Термін також свідчить про те, що потрібно враховувати існуючу традицію медиків називати цю галузь знань «медичною психологією», а психологів — «клінічною психологією».

З клінічною психологією тісно пов'язаний розвиток й іншої наукової дисципліни медичної психології — патологічної психології.

Патологічна психологія як психологічна дисципліна виходить із закономірностей розвитку і структури психіки в нормі. Вона вивчає закономірності розладу психічної діяльності і якостей особистості у співвідношенні із закономірностями формування і перебігу психічних процесів у нормі, а також закономірності викривлень відображувальної діяльності мозку (Б. В. Зейгарнік, 1986). Т. Рібо стверджував, що «хвороба перетворюється на тонке знаряддя аналізу» людини і створює для нас «досліди, жодним іншим шляхом нездійснені», а видатний російський учений В. М. Бехтерев зазначав, що завдяки об'ємній картині патологічних проявів душевної діяльності співвідношення окремих елементів складних психічних процесів часто мають більш яскравий і рельєфний вигляд, ніж у нормальному стані. Так, вивчаючи патологічні випадки, краще видно складові елементи свідомості особистості, яскравіше виступає значення в духовному житті настрою і чуттєвої сфери взагалі, повніше виявляються чинники, що зумовлюють процеси пам'яті, асоціацій і суджень тощо. Тому природно, що сучасні психологи дедалі частіше звертаються до психопатології за роз'ясненням багатьох суперечливих питань.

Подібну думку висловлював і О. Ф. Лазурський, котрий зазначав, що дані, отримані під час вивчення патології душевної діяльності, примусили переглянути, а в численних випадках і піддати ґрунтовному переробленню багато важливих розділів нормальної психології. Виникла можливість розглядати душевні якості людини ніби через збільшувальне скло, що дозволяє побачити такі деталі, про які у нормальних людей

можна лише здогадуватися. Не слід, однак, ототожнювати патопсихологію з психопатологією.

Психопатологія є частиною психіатрії і як галузь медицини спрямована на визначення причин психічної хвороби, на дослідження симптомів і синдромів, типових для того чи іншого психічного захворювання, закономірностей їх виникнення та розвитку, критеріїв прогнозу хвороби, її профілактику та лікування. Психопатологія здебільшого використовує клініко-описовий метод, тоді як патопсихологія вивчає відхилення в психічному функціонуванні за наявності різних соматичних і нервово-психічних захворювань методами психології.

У 30—40-х роках ХХ ст. виникла нова галузь медичної психології — **нейропсихологія**. Формування нейропсихології як самостійної галузі психологічної науки тісно пов'язане з іменами О.Р. Лурії, Л.С. Виготського, М.О. Бернштейна, П.К. Анохіна, Н.П. Бехтеревої, Р. Рейтан, Д. Бекон, Х. Екаем, Є.Д. Хомської. Розвиток цієї науки пов'язаний з успіхами нейрохірургії (використанням обладнання, яке базується на явищі ядерно-магнітного резонансу, комп'ютерної томографії, мікрохірургії).

Нейропсихологія вивчає роль різних мозкових структур у виникненні тих чи інших актів. Основним методом нейропсихології є метод просторової діагностики місцевих уражень мозку і механізмів виникнення психічних розладів унаслідок цих уражень. Нейропсихологія має велике значення для медичної практики, насамперед для топічної діагностики локальних уражень мозку і подальшого їх лікування.

Психологічні методи дослідження використовують у багатьох галузях клінічної медицини.

Психофармакологія — розділ фармакології, що вивчає вплив психотропних засобів на ЦНС. Застосовують ці засоби для лікування нервово-психічних захворювань і для експериментального вивчення психічних розладів.

Психофармакологія вивчає вплив лікарських препаратів на емоційну, інтелектуальну сферу за допомогою спеціальних психологічних тестів і психофізичних методик (ЕЕГ, викликані потенціали, міограма тощо). Основне завдання клінічної психофармакології — підвищення ефективності і безпеки застосування психотропних засобів, індивідуалізація фармакотерапії психічних захворювань. Експериментальна психофармакологія вивчає вплив хімічних речовин на ЦНС тварин з метою пошуку нових психотропних засобів, на молекулярному і клітинному рівнях вивчає фар-

макокінетику психотропних засобів: всмоктування з місця потрапляння, динаміку розподілу по органах і тканинах, біотрансформацію тощо.

На сучасному етапі розвитку медичної психології постає питання про виділення в якості самостійної галузі **психосоматики**, що вивчає природу виникнення, методи лікування психосоматичних розладів і запобігання їхньому розвитку, значущість яких у структурі захворюваності населення постійно зростає.

Перед кожною з цих галузей стоять відповідні завдання. У цілому медична психологія спрямована на те, щоб дати майбутнім лікарям психологічні знання, застосування котрих на практиці забезпечуватиме високоякісну медичну допомогу населенню.

Предметом медичної психології є, зокрема, особливості психіки хворої людини (внутрішня картина хвороби) та їхнє значення для діагностики, лікування і запобігання хворобам.

Конкретні завдання медичної психології визначені у працях дослідчених учених (М. С. Лебединський, В.М. М'ясищев, 1966; М.М. Кабанов, Б.Д. Карвасарський, 1978).

1. Вивчення психічних чинників, що впливають на виникнення, розвиток хвороб, а також на їхню профілактику та лікування.

2. Вивчення впливу тих чи інших хвороб на психіку.

3. Вивчення психічних проявів різних хвороб в їх динаміці.

4. Вивчення порушень розвитку психіки.

5. Вивчення характеру стосунків між хворою людиною та медичним персоналом і мікросередовищем, що їх оточує.

6. Розроблення принципів і методів психологічного дослідження в клініці.

7. Створення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною та профілактичною метою.

Завдання, що стоять перед медичною психологією, продиктовані практикою охорони здоров'я і розвитком сучасної медичної науки. Існуючий донедавна суто біологічний підхід до розуміння виникнення і перебігу хвороб, вузька спеціалізація лікарських професій часто межували з небезпекою визначення хворої людини як погано функціонуючий механізм, а лікар таким чином перетворювався на вправного ремісника, що може знайти поломку і полагодити деталь. У деяких початкуючих медиків таке «технічне» ставлення до професії залишається і нині, тому вивчення медичної психології студентами-медиками покликане запобігти погляду

на хворого, як на набір погано функціонуючих органів і систем, а натомість виробити цілісний, інтегрований підхід до хворого як до особистості з власним психологічним досвідом і переживаннями.

Методи медичної психології

Метод — це спосіб організації діяльності, спрямований на досягнення поставленої мети.

У медичній психології використовують такі методи: клінічна бесіда; спостереження; експеримент; психодіагностичне обстеження.

Клінічна бесіда та спостереження є основними методами, що застосовує в повсякденній практичній роботі лікар.

Метод клінічної бесіди (інтерв'ю) полягає в аналізі фактів психічної діяльності людини, зібраних у процесі безпосереднього контакту лікаря з хворим. Щоб досягти бажаного результату, необхідно попередньо визначити мету й основні теми бесіди. При цьому формулювання запитань має бути зрозумілим хворому і виключати подвійне тлумачення. Слід створити невимушені умови, які дозволяють хворому давати щирі відповіді на поставлені запитання. Небажано перебивати його, а за необхідності лікар чи психолог може коректно поставити додаткові запитання. У процесі бесіди, як правило, вдається зібрати анамнестичні відомості про життя хворого, його трудову діяльність, стосунки з оточуючими, про початок захворювання і причини, з якими він пов'язує свій стан, з'ясовують також ставлення хворого до самого факту захворювання, оскільки хворі схильні перебільшувати тяжкість деяких захворювань. Збираючи анамнез, лікар чи психолог дізнається про перенесені раніше захворювання, які могли б спричинити розвиток хвороби.

Під час бесіди лікар чи психолог визначає наявність або відсутність характерних психологічних ознак і на цій підставі описує *психологічний статус* (стан) хворого.

Анамнез поділяють на *суб'єктивний*, тобто те, що повідомляє про себе сам хворий, і *об'єктивний*, тобто факти, надані оточуючими (родичами, друзями, співробітниками). Відомості, одержані від хворого і оточуючих, взаємодоповнюються, факти анамнезу набувають об'єктивної значущості в процесі аналізу їх лікарем.

Метод спостереження широко використовують у медицині. За його допомогою вивчають психічні процеси (пам'ять, мислення, увагу), психічні властивості особистості (темперамент, характер, здібності), психічні стани (афекти, пристрасті тощо). Вивчення психіки здійснюється у природних життєвих умовах і відрізняється від природного експерименту тим, що лікар чи психолог є пасивним спостерігачем і змушений чекати, коли вдруге зможе побачити явища, які його цікавлять. Перевага цього методу полягає у тому, що під час спостереження не порушується природний перебіг психічних явищ. Проте метод спостереження не дає можливості з абсолютною точністю встановити причину конкретного психологічного явища, оскільки в процесі спостереження не можна врахувати всі зв'язки психічного явища, яке спостерігається, з іншими. Тому спостереження можна вважати методом психологічного дослідження лише тоді, коли воно не обмежується констатацією фактів та змалюванням їх, а стає основою наукового обґрунтування природи психічних явищ у їхньому взаємозв'язку.

Експеримент передбачає можливість активного втручання дослідника у психічну діяльність досліджуваного шляхом створення умов, у яких чітко виявляються саме ті особливості психіки хворого, що його цікавлять. Розрізняють чотири види експерименту: лабораторний, природний, констатуючий, формуючий. Розглянемо два найпоширеніших: лабораторний і природний. **Лабораторний експеримент** передбачає використання експериментатором апаратури і спеціальних методик. За допомогою лабораторного експерименту можна одержати об'єктивні дані про перебіг, розвиток і прояв психічних процесів, про стан і властивості їх у конкретних умовах. Проте штучні умови, створювані в лабораторіях, чекання досліджуваного нерідко утруднюють процес об'єктивного вивчення. Тому поряд з лабораторним часто застосовують *природний експеримент* (О. Ф. Лазурський, 1910), який здійснюється у природних умовах діяльності людини і побудований так, що хворий не знає про те, що він є об'єктом психологічного дослідження. Прикладом природного експерименту може бути дослідження з метою з'ясування, як змінюються спритність, швидкість і координація рухів у хворих на шизофренію та епілепсію (Р. С. Рубінова, 1980). При цьому дослідження проводять не у спеціальній лабораторії, а безпосередньо в лікувально-трудових майстернях.

Психодіагностика як галузь психології орієнтована на вимірювання індивідуально-психологічних властивостей особистості.

За допомогою *психодіагностичного дослідження* перевіряють, як правило, гіпотези (*гіпотеза* — це попередня відповідь на запитання про характер зв'язку подій) про залежність між різними психологічними характеристиками. Завдяки виявленню певних особливостей у достатньої кількості досліджуваних з'являється можливість на основі відповідних математичних розрахунків встановити їх взаємозв'язок.

Психодіагностика — це наука і практика встановлення психологічного діагнозу.

Психологічний діагноз — це виявлення прихованих причин видимого неблагополуччя (Л. Ф. Бурлачук).

Діагноз як основна мета діагностики може встановлюватися на різних рівнях:

1-й рівень — *симптоматичний*, або *емпіричний*; на цьому рівні діагноз обмежується констатацією особливостей або симптомів (ознак);

2-й рівень — *етіологічний*, що враховує не тільки наявність характеристик, але і причини їх виникнення;

3-й рівень — рівень *типологічного* діагнозу, що полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик у загальній картині психічного життя людини.

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

1) дозволяють зібрати діагностичну інформацію у відносно короткі терміни;

2) надають інформацію про людину взагалі, а також, за потреби, прицільно — про ті чи інші її особливості (про інтелект, тривожність тощо);

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

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

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

У межах психодіагностичного методу існують три основні діагностичні підходи (Л. Р. Бурлачук, С. М. Морозов), які охоплюють усі наявні психодіагностичні тести:

1. «Об'єктивний» — діагностику проводять на основі вибору способу та ефективності виконання діяльності. Наприклад, методики для дослідження пам'яті. Пам'ять оцінюють за тим, скільки слів із названих запам'ятав обстежуваний. Інакше цю категорію тестів називають *тестами досягнень*.

2. «Суб'єктивний» — діагностику проводять на основі даних, які повідомляє про себе досліджуваний, самоопису особливостей особистості. Наприклад — *опитувальники*.

3. «Проективний» — діагностику проводять на основі аналізу особливостей взаємодії із зовнішньо нейтральним матеріалом, який стає об'єктом проекції. Згідно з проективною гіпотезою кожний емоційний прояв індивіда, його сприйняття, висловлювання, рухи несуть на собі відбиток особистості. Наприклад, тест Роршаха та тематичний аперцепційний тест (ТАТ). Суть цих методик полягає в тому, що необхідно скласти розповідь за картинкою, яка допускає різні тлумачення; людина «проектує» на аморфні плями (тест Роршаха) власні проблеми або ототожнює себе з персонажем сюжетних картинок (ТАТ) і таким чином розкриває зміст власних думок і почуттів.

Кожний тест повинен бути надійним та валідним. *Надійність* методики відображає стійкість результатів тесту до дії сторонніх випадкових чинників. *Надійність* відображає ступінь згадженості результатів тесту, отриманих під час первинного і вторинного дослідження або в разі використання різних, але таких, що зіставляються, наборів завдань. *Валідність* — це поняття, яке свідчить, що саме тест вимірює і наскільки добре він це робить.

Існують тести *вербальні* (словесні, мовленнєві) та *невербальні* (несловесні, малюнкові). Переважно виділяють дві групи тестів — стандартизовані та проективні.

Тест, орієнтований на оцінку, називається *стандартизованим* тестом (тести інтелекту, спеціальних здібностей, креативності для вимірювання творчих здібностей), а *проективні* — відповідно виходячи з проективного діагностичного підходу (дивись вище) — орієнтовані на інше: вони виявляють не оціночні показники (наприклад, рівень розвитку пев-

ної властивості), а якісні особливості особистості, які не оцінюють за будь-яким критерієм.

Опитувальниками називають методики, що 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 наведені в опитувальнику). Крім того, розрізняють опитувальники-анкети та особистісні опитувальники.

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

Особистісні опитувальники для вимірювання особливостей особистості поділяють на кілька груп:

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

б) опитувальник рис особистості, що визначає вираженість рис — стійких особистісних ознак;

в) опитувальник мотивів;

г) опитувальник цінностей;

д) опитувальник установок;

е) опитувальники інтересів.

У таблиці наведено низку психодіагностичних методик для дослідження тих чи інших сфер психічної діяльності.

Серед психодіагностичних методів дослідження, що використовують у вітчизняній і зарубіжній медичній психології, слід виділити: багаточинний особистісний опитувальник (ММРІ), опитувальник Кеттела та опитувальник Айзенка.

Опитувальник ММРІ ґрунтується на аналізі 550 затверджених відповідей, вивчення яких допомагає визначити самопочуття обстежуваного, ставлення його до себе і до навколишнього світу. За цими твердженнями складається профіль особистості, який містить 10 шкал, а саме: жіночність, параноя, психастенія, шизофренія, гіпоманія, інтроверсія-іпохондрія, депресія, істерія, психопатія, мужність. Існують і російськомовні варіанти опитувальника ММРІ.

Таблиця. Психодіагностичні методики для дослідження сфер психологічної діяльності

Сфера психологічної діяльності	Психодіагностична методика
Увага	Таблиці Шульте Коректурна проба Рахунок за Крепеліним Методика Мюнстерберга
Пам'ять	Тест десяти слів Піктограма Запам'ятовування цифр Відтворення оповідань
Сприйняття	Сенсорна збудливість Проби Ашафенбурга, Рехардта, Ліпмана
Мислення	Тести на класифікацію виключення, силіогізми, аналогії, узагальнення Асоціативний експеримент Піктограма
Емоції	Тест Спілбергера Метод кольорових виборів Люшера
Інтелект	Тест Равена Тест Векслера
Особистість	Тест Роршаха ММРІ ТАТ

Метод вивчення продуктів психічної діяльності хворого також набуває широкого застосування в медицині. Про психічне життя та особливості характеру хворого роблять висновок за такими матеріалами, як твори, малюнки, технічні винаходи тощо. Цей метод часто застосовують у патопсихологічних лабораторіях, психіатричних клініках. Так, малюнки на однакову тему хворого на шизофренію і хворого на епілепсію будуть суттєво відрізнятися. Виконання їх визначає як особистісні особливості хворого, так і характер захворювання, тому вивчення продуктів діяльності хворого може допомогти у процесі визначення діагнозу.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Предмет і завдання медичної психології.
2. Теоретичні і методологічні основи медичної психології.
3. Роль медичної психології у формуванні сучасних уявлень про єдність соматичного і психічного.
4. Роль медичного психолога у діагностичному, лікувальному, реабілітаційному процесах.
5. Розвиток медичної психології в світі і, зокрема, в Україні.
6. Перспективи розвитку медичної психології.
7. Методи психологічного дослідження.
8. Принципи побудови комплексного психологічного дослідження.
9. Визначення психічного здоров'я та рівня психологічної адаптації людини. Критерії здоров'я ВООЗ.



ОСОБИСТІТЬ І ХВОРОБА. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ

Одним із постулатів медицини є принцип «лікувати не хворобу, а хворого». Хвороба впливає не лише на органи людини, але також на особистість хворого.

Особистість — це відносно стійка система суспільно значущих рис, що характеризує індивіда як члена певного суспільства. Це особа, яка володіє свідомістю і самосвідомістю, індивідуально-психологічними особливостями та активно пізнає і перетворює навколишній світ відповідно до своїх вимог. Якість особистості включають рівень вольової регуляції поведінки, дотримання моральних установок, використання світогляду, схильностей і суспільних інтересів під час вибору системи вчинків.

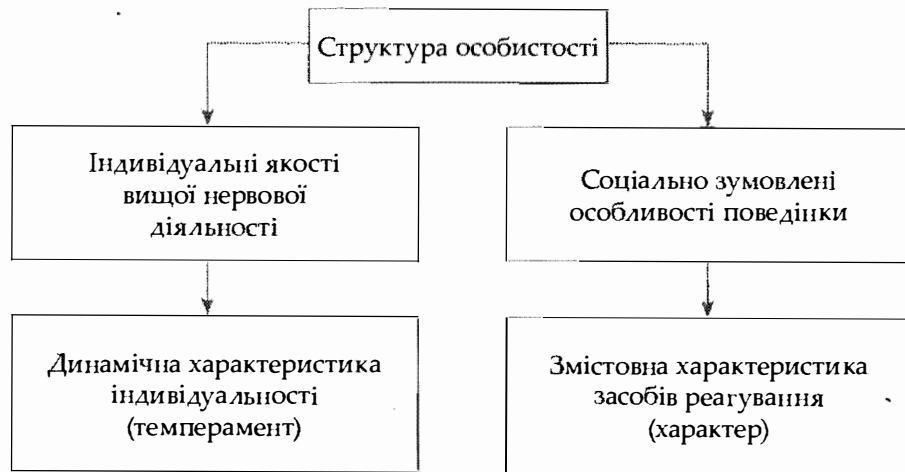
Особистість у суспільних науках розглядають як особливу якість людини, яку вона набуває в соціокультурному середовищі у процесі сумісної діяльності та спілкування.

Особистість у широкому значенні слова розуміють як ансамбль психічної організації людського індивіда.

Особистість у вузькому значенні — рівень «інтегральної індивідуальності», на якому здійснюють головні життєві вибори, приймають рішення. Це індивідуальна сукупність властивостей людини (інтелектуальних, емоційних, вольових, морально-етичних та ін.), особливостей її психічних процесів, що утворюють стійку єдність та детерміновані соціальним середовищем. Основу особистості як носія свідомості та активної соціальної істоти складають здібності, темперамент та характер, особливості перебігу інших психічних процесів, сукупність почуттів та мотивів діяльності, що переважають, світосприйняття, наявність моральних установок та ін.

Формування особистості починається від народження, є складним і суперечливим процесом, який триває протягом усього життя в міру засвоєння соціального досвіду: засобів і знарядь виробництва, духовної культури, засобів чуттєвого пізнання, абстрактного мислення і т. ін. *Життєвий шлях особистості* поєд-

СХЕМА 1



пує унікальну біографічну і історичну складові її розвитку, спирається на досвід попереднього покоління і здійснюється за певними умовними етапами, які складаються з подій, водночас автономних і взаємопов'язаних.

Структура особистості (схема 1), що була запропонована К.І. Платоновим, відображає складність її формування (сполучення біологічних та соціально-психологічних властивостей) у сукупності різних характеристик особистості:

- 1) біологічно зумовлені якості (задатки, темперамент, патологічні зміни особистості);
- 2) соціально зумовлені якості (духовні потреби, спрямованість, моральні якості);
- 3) якості особистості, зумовлені досвідом (знання, навички, вміння, звички);
- 4) якості, зумовлені індивідуальними особливостями психічних процесів (тип пам'яті, ступінь емоційно-моторної стійкості).

Окремі риси особистості нестійкі і змінюються залежно від умов життя, виховання, хвороби. Тож структура особистості є динамічною і має 3 головні складові:

1. **Спрямованість особистості** — стійка система цілей (мотивів), які свідомо досягаються в процесі активної діяльності. Базується на потребах,

інтересах, переконаннях, ідеалах, світоглядах, які є чинниками спрямованості особистості. Спрямованість — це система спонук і ціннісних орієнтацій, яка визначає вибіркове відношення та активну поведінку людини, тобто спрямованість за своєю суттю є стійкою системою мотивів, які орієнтують життєдіяльність особистості.

Залежно від сфери виявлення домінуючої спонуки розрізняють:

- морально-етичну спрямованість особистості;
 - професійну спрямованість особистості;
 - побутову спрямованість особистості.
- Мотиви** — спонукальна сила дій і вчинків людини.

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, коли глибокий інтерес охоплює всю сферу особистості і означає бажання ґрунтовно вивчити чи пізнати об'єкт у всіх деталях, тонкощах і проявах, а поверхневий інтерес проявляється лише в загальному знайомстві з тим чи іншим предметом або явищем;
- в) за стійкістю:
 - стійкі інтереси зберігаються тривалий час, вони відіграють суттєву роль у житті людини і є важливим компонентом спрямованості особистості;
 - нестійкі інтереси швидко виникають і так само швидко зникають.

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.

Потреби — стан необхідності в об'єктах (у будь-чому) для існування і розвитку. Виділяють біологічні (органічні), особисті (психологічні) і над-

К. І. Платонов
(1877—1969)

особистісні (суспільні) потреби. Потреби складають внутрішню основу особистості. Зовнішні прояви потреб у діях і вчинках складають риси характеру. На основі потреб виникає потяг здійснити волевиявлення, вчинок. Потреби бувають:

Фізіологічні (спрага, голод, сон, активність).

Потреби безпеки (захист від болю, страждань, руйнації, невпорядкованості).

Потреби у соціальних зв'язках (потреба у соціальному включенні, належності до групи, у любові і довірі).

Потреби самоповаги (досягнень, схвалення, визнання, прийняття себе, позитивної самооцінки).

Потреби самоактуалізації (реалізація власних потенціалів, розуміння сенсу життя).

Цікавість — бажання активно пізнати певне явище, цілеспрямована увага до конкретного предмету.

Ідеал — висока мета свідомих активних прагнень особистості (моральна, естетична та ін.). Ідеал — модель, яка є еталоном в усіх проявах життєдіяльності людини і основним стимулом її самовдосконалення та формування.

Переконання — усвідомлена потреба діяти у межах своєї системи цінностей. Сукупність переконань називають *світоглядом* (цілісна система поглядів на природу, суспільство, власну суть).

Спрямованість особи назовні на оточуючих людей, предмети і події називають *екстравертованістю*, спрямованість на себе — *інтровертованістю*. Більшість людей поєднують в собі обидва варіанти з деякою перевагою одного.

Типовий екстраверт — товариський, комунікабельний, не любить усамітненої роботи. Прагне до яскравих вражень, ризику, діє під впливом моменту. Дієвий, схильний до агресії, буває нестриманим, ненадійним у спілкуванні через поверхневі стосунки. Успішно працює у стресових умовах, добре витримує негативні зовнішні впливи, біль, екстремальні температури, шум, виконує завдання з високою швидкістю, навіть коли збільшується кількість помилок. Погано працює в умовах монотонії. Краще запам'ятовує матеріал і легше доставляє його з пам'яті. Екстравертованість залежить від сили і рухливості нервових процесів і є одним з показників стресовитривалості.

Типовий інтроверт — схильний до самотності, більше читає, ніж спілкується з людьми. Свої дії планує заздалегідь, не імпульсивний. Уникає сильних впливів, прагне спокійного, упорядкованого життя. Контролює свої емоції, не агресивний, інколи песимістичний, великого значення надає моральним та естетичним нормам. Добре працює у спокійних, монотонних умовах, краще виконує завдання на уважність, надає великого значення безпомилковості за рахунок зниження швидкості роботи; має вищі показники довготривалої пам'яті. У нього низькі чуттєві і больові пороги, а тому він погано переносить біль і сильнодіючі зовнішні фактори. Інтровертованість пов'язується зі слабкістю ЦНС і відрізняється нижчою стресовитривалістю, ніж екстравертованість.

II. *Можливості особистості* — психологічні передумови успішності її діяльності (задатки, здібності, схильності).

Задатки — це природжені анатомо-фізіологічні особливості ЦНС, природна основа розвитку здібностей.

Здібності — індивідуально-психологічні особливості людини, які забезпечують успіх у її діяльності, легкість і швидкість оволодіння нею. Формуються на основі задатків. Виділяють загальні здібності (добре розвинені пам'ять, уява), окремі (добрий музичний слух, окомір) і спеціальні (до одного певного виду діяльності), а також елементарні (окомір, уява, аналітичне мислення) та складні (здатність до гри, праці, догляду, естетичної діяльності, ремесла). Розвитку здібностей сприяють знання: чим вони ширші, тим більше можливостей для творчої праці. Рівні розвитку здібностей: дар, талант, геніальність. *Дар* — сукупність загальних, спеціальних і окремих здібностей, що забезпечують успішну діяльність у певній сфері. *Талант* — високий ступінь дару, успішно реалізований людиною. *Геніальність* — вищий ступінь дару, який дозволяє зробити щось принципово нове в якійсь сфері.

Здібності — це можливі, а не дійсно наявні майстерність, знання та вміння, це індивідуально-психологічні особливості особистості, що є умовами успішного здійснення даної діяльності та мають розбіжності в динаміці оволодіння необхідними знаннями, вміннями та навичками. Здібності проявляються тільки в діяльності, причому тільки в такій діяльності, що не може здійснюватися за відсутності цих здібностей. Здібності виявляються в динаміці придбання знань, умінь і навичок. Вищим ступенем розвитку здібностей є талант — сполучення здібностей, що дають людині можливість успішно, самостійно й оригінально виконувати будь-яку ро-

боту, тобто здійснювати складну трудову діяльність. Природними передумовами здібностей є задатки.

Слід зазначити необхідність виділення якісних (наприклад, організагорських, музичних, інтелектуальних і ін.) і кількісних (рівень здібностей до певних знань, умінь та навичок) характеристик здібностей. Залежно від діяльності виділяють конкретні головні і допоміжні здібності. Здібності (розумові, художні, музичні й ін.) пов'язані з типом вищої нервової діяльності (ВНД), тобто переважанням тієї або іншої сигнальної системи (розумовий, художній і середній типи). Мають значення природні передумови здібностей і талантів — задатки, тобто морфологічні і функціональні особливості мозку, органів чуття і руху. Неодмінною умовою розвитку здібностей є навчання і виховання з раннього дитячого віку. Здібності не передаються у спадок, але без задатків важко розвинути високі здібності.

Схильність — вибіркова спрямованість людини на окремих вид діяльності. Базується на стійких потребах у певній діяльності.

III. *Психологічні особливості поведінки особи (темперамент, характер).* Темперамент — природжені динамічні особливості психічних процесів (інтенсивність, швидкість, темп, ритм). Є відносно стійким протягом життя. І.П. Павлов прирівняв темперамент до типу ВНД і виділив 4 сполучення основних властивостей ЦНС — сили, рухливості і врівноваженості процесів збудження і гальмування, які є основою індивідуальної різниці нервової діяльності. Темперамент — сукупність індивідуально-психологічних особливостей людини, в основі якої лежить тип ВНД, тип емоційного реагування особистості, що характеризується швидкістю і силою емоційних реакцій. Виділяють 4 основних типи темпераменту: сангвінік, холерик, флегматик, меланхолік.

Сангвінік — рухливий, сильний, врівноважений тип («живий»). Має високий рівень психічної активності, енергійності, працездатності, швидкі і жваві рухи, різноманітну і багату міміку. Часто змінює враження, багато спілкується, емоції здебільшого позитивні, легко переживає невдачі.

Холерик — рухливий, сильний, нерівноважений («нестримний»). Високий рівень психічної активності, енергійність дій, різкість рухів, нетерпимість, різкі зміни настрою.

Флегматик — інертний, сильний, врівноважений («спокійний»). Наділений низьким рівнем психічної активності, повільністю рухів, невиразною мімікою, труднощами переключення з одного виду діяльності

на інший і адаптації до нової обстановки, переважанням рівного, спокійного настрою.

Меланхолік — слабкий тип («слабкий»). Має низький рівень психічної активності, загальмовані рухи, стриману моторику і мову, швидко втомлюється. Висока емоційна чутливість, переважають негативні емоції.

Крім темпераменту, І.П. Павлов виділив природжені суто людські типи особистості залежно від превалювання 1-ї чи 2-ї сигнальної системи: *художній тип* (правопівкульний, превалює розвиток 1-ї сигнальної системи) відрізняється образним сприйняттям світу, синтетичним мисленням, емоційністю. Для *мислительного* типу (лівопівкульний, превалює розвиток 2-ї сигнальної системи) характерні аналітичний тип мислення, поміркованість почуттів. Найчастіше (у 80% випадків) спостерігається *середній* (проміжний) тип особистості з урівноваженою діяльністю сигнальних систем.

Г. Айзенк для визначення 4 типів темпераменту запропонував 2 базисних параметри 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 порога 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 за шкалою «інтроверсія» відповідає зниженню порога активації ретикулярної формації, яка контролює рівень активності кори.

Розподіл рис особистості в координатах за осями «екстраверсія — інтроверсія» і «нейротизм — емоційна стабільність» за Г. Айзенком наведений у схемі 2.

Ще однією з фундаментальних основ особистості є *характер* — сукупність індивідуальних, сформованих у процесі соціалізації і поведінки, що стали стійкими стереотипами поведінки, стилю мислення, звичок, манери стосунків з оточуючими, які відображають ставлення людини до навколишнього середовища, інших людей, самого себе і виявляються в діяльності, спілкуванні людини та її поведінці. Характер формується на основі темпераменту, але рисою характеру може вважатися будь-яка риса особистості, якщо вона достатньо яскраво виражена і якщо вона систематично проявляється в різних видах діяльності.

СХЕМА 2

Нестабільний	
тривожний	образливий
смутий	агресивний
стриманий	збудливий
песимістичний	мінливий
замкнутий	імпульсивний
нетовариський	оптимістичний
інтровертований	екстравертований
МЕЛАНХОЛІК	ХОЛЕРИК
пасивний	товариський
старанний	відкритий
вдумливий	балакучий
миролюбний	спритний
слабохарактерний	добродушний
спокійний	безпечний
Стабільний	

Характер не є простою сукупністю окремих рис, різні властивості характеру взаємопов'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 низки інших, пов'язаних з нею рис. Структурність характеру виражається також у певній ієрархічності його рис. Це означає, що серед рис характеру деякі є основними, а інші — другорядними, менш суттєвими.

Єдиної класифікації характеру немає, і ми пропонуємо розглядати його за найтиповішими показниками:

1. Ставлення до суспільства (до інших людей): вміння спілкуватися, колективізм, індивідуалізм, гуманність, жорстокість, чесність, брехливість, людиноненависть, тактовність, безпринципність, брутальність, чемність, гречність, жадібність і т. ін.

2. Ставлення до праці і речей: працелюбність, лінощі, охайність, почуття нового, консерватизм, недобросовісність і т. ін.

3. Ставлення до самого себе: цинічність, самозакоханість, егоїзм, скромність, культурність, гідність і т. ін. Параметр критичності до себе і до власних дій є важливою ознакою психічного здоров'я. У хворих із розладами психіки порушення критики може проявлятися у бездумності і неосмисленості поведінки, відсутності розуміння свого стану тощо.

4. Прояв вольових якостей: цілеспрямованість, відхилення від мети, самостійність, лідерство, мужність, витримка, дисциплінованість, страх і т. ін.

Яскравими показниками характеру є дії (свідомі і обмірковані), особливості мови, зовнішній вигляд людини, а також її здібності.

При аналізі характеру необхідно особливо підкреслити, що це сукупність індивідуальних психічних властивостей, які виявляються в типових для даної особистості способах діяльності, у типових обставинах і визначаються відносинами особистості до цих обставин. Це — своєрідність відношення до себе і оточуючих, своєрідність поведінки стосовно себе і оточуючих, до задоволення потреб, до праці і т. д. Характер — це темперамент (тип ВНД) плюс життєвий досвід, інтелект і воля, емоції та інші психічні процеси.

У кожній рисі характеру виражається ставлення людини до визначених обставин і сторін дійсності. Залежно від переважного впливу різних психічних процесів (розуміння, уваги, волі, емоційного відношення, точності та спритності рухів та ін.) на способи дії можуть бути виділені інтелектуальні, емоційні і вольові риси характеру. Риси характеру можуть бути спонуканими до діяльності і гальмуванням; вони особливо яскраво виявляються у важких ситуаціях, утворюють складну цільну сукупність, що визначає особливості особистості.

Варто проаналізувати наявність індивідуальних особливостей характеру, до яких відносять ступінь цілісності і глибини його властивостей, активність і силу характеру, стійкість чи мінливість, пластичність і ін. Прояви характеру залежать також від віку: у дошкільному віці він ще тільки формується, але вже основні його риси виступають досить чітко (доброта, жадібність, егоїстичність, жорстокість, лінощі та ін.); у підлітковому віці характерні нестійкість, імпульсивність учинків, демонстративність, сексуальні відхилення, схильність до реакцій відмови, емансипації («бунта»), протесту, позитивної і негативної імітації (наслідування) і опозиції, компенсації, прагнення до групування та ін.; у літньому і старечому віці — консерватизм, ригідність, ранимість, жадібність, посилення інстин-

Більш узагальнено впливи соматичного захворювання на психіку можна об'єднати у два шляхи: власне соматогенний вплив (а—в) і психогенний (г), що базуються на суб'єктивному переживанні пацієнтом хвороби та її наслідків.

Таке суб'єктивне переживання пацієнтом своєї хвороби називається **внутрішньою**, або **автопластичною**, **картиною хвороби** (Гольдшейдер, Лурія) і часто недооцінюється медичними працівниками, діяльність яких спрямована переважно на пошук об'єктивних симптомів хвороби. Внутрішня картина хвороби (ВКХ) має такі сторони:

а) сенситивну (вплив локального болю за законом поширення імпульсів з більш периферійних до центральних відділів нервової системи);

б) емоційну (страх, тривога, відчай, надія, тобто емоційні переживання);

в) волюву (зусилля для подолання хвороби, для того, щоб подбати про обстеження і лікування);

г) раціональну й інформативну (інформованість про хворобу, її оцінка).

У дійсності всі ці аспекти тісно переплетені між собою в різних комбінаціях (наприклад, різкий біль спричинює емоційну реакцію страху; раціональне пояснення хворим недоцільності хірургічного втручання, насправді, зумовлено страхом тощо). Слід зазначити, що традиційне негативне уявлення про хворобу останнім часом поступилося місцем амбівалентному ставленню, тобто в суб'єктивному переживанні хвороби може бути і позитивна сторона, пов'язана з певними пільгами, які надає хвороба (аж до «замкнутого психосоматичного кола» підтримування патологічного симптому). Тема здоров'я, хвороби, медичного обстеження і лікування стала останніми десятиріччями дуже популярною, з'явилися так звані престижні хвороби, розмови про хвороби більше не є непристойними. Це дає підстави говорити про таке соціальне явище, як культ хвороби.

ВКХ визначається такими групами чинників:

1. Характер хвороби: гостра чи хронічна, чи є сильний біль, порушення рухливості, неприємні косметичні симптоми, «соціальне несприйняття» хвороби, яка допомога потрібна тощо.

2. Обставини, за яких перебігає хвороба:

а) проблеми і невпевненість, що зумовлює хвороба («хто подбає про мою сім'ю», «чи залишать за мною місце роботи», «чи говорить лікар правду» тощо);

б) середовище, в якому розвивається хвороба: наприклад, у гармонійному домашньому середовищі хворобу переживають більш спокійно, ніж в умовах лікарні, особливо в незвичній обстановці, наприклад за кордоном;

в) причина хвороби: якщо хвороба виникла з вини самого хворого, він більше налаштований на якнайшвидше її подолання (особливо у разі травм).

3. Преморбідна особистість:

а) вік — у дитячому віці на перший план виходять сенситивна і емоційна сторони ВКХ, у старечому віці — страх залишитися на самоті, страх смерті, у середньому віці більшого значення набуває раціональна складова ВКХ (побоювання щодо наслідків хвороби);

б) ступінь загальної чутливості до безпосередніх чинників (біль, шум, обстановка лікарні тощо);

в) тип емоційної реактивності (темперамент) — слід зазначити, що зовнішні прояви і особливо словесне вираження не завжди відповідають дійсному емоційному стану хворого;

г) характер і шкала цінностей;

д) медична свідомість та обізнаність, особистий досвід. Джерелами медичної обізнаності і загальної медичної культури є виховання в дитинстві, медико-санітарна просвіта.

Наші дослідження (І. С. Вітенко, 2000) свідчать, що реакція з боку психічної сфери уже сама по собі є важливою інформативною ознакою перших проявів захворювання, на яку більшість людей не реагують, а погано самопочуття, що виникло, пояснюють для себе, як наслідок втоми, переохолодження, незадовільного харчування, життєвих проблем. І лише у разі клінічного виявлення соматичного захворювання розвиваються явні ознаки захворювання: порушується сон, звужується коло інтересів, знижуються увага, пам'ять, швидкість і якість розумових операцій, спостерігається підвищена емоційна лабільність, плаксивість, уразливість, погіршення настрою.

Прояви психоемоційних відхилень залежать від низки основних чинників: 1) гострого або повільного початку соматичного захворювання; 2) локалізації соматичної патології (захворювання серця, легень, шлунка); 3) віку хворого; 4) фізичного і психічного здоров'я до захворювання; 5) особливостей особистості хворого (рівня інтелектуального розвитку, виховання, моральності, особливостей волі, темпераменту і ха-

рактеру); 6) рівня медичної грамотності; 7) своєчасної і кваліфікованої медичної допомоги; 8) тривалості захворювання; 9) ступеня гарантованого соціального захисту; 10) взаємовідносин у сім'ї та на роботі; 11) наслідків хвороби (повне одужання, зниження працездатності, інвалідизація тощо).

Закономірним є розвиток астеничного стану (виснаження нервово-психічних функцій) у більшості хворих.

Соматопсихічні процеси — це вторинні розлади, передусім емоційні, що посилюються усвідомленням хвороби і її наслідків. Відправною точкою цих явищ є патологічні соматичні процеси. Їх наслідком є відхилення і порушення психічних процесів. Під час оцінювання психічної реактивності встановлюють відносність відмінностей між нормою і патологією. Наприклад, звичайне гостре респіраторне захворювання з підвищеною температурою тіла у більшості людей спричинює почуття втоми, головного болю, підвищеної роздратованості, зниження концентрації уваги, погіршення настрою, звуження кола інтересів, наводить на похмурі і депресивні думки і лише як виняток, частіше у дітей, може супроводжуватися піднесеним і безтурботним настроєм. Хоча це і є соматопсихічні прояви, але медики не вважають їх розладами, бо вони є поширеними, звичайними, типовими і «нормальними». Ці прояви звертають на себе увагу в тих випадках, коли причина їх не з'ясована і вони спостерігаються протягом тривалого часу.

Існує низка класифікацій індивідуальних типів реагування на хворобу:

а) нормальне реагування — відповідає стану хворого та інформації про хворобу;

б) зневажливе — хворий недооцінює серйозність хвороби, нехтує режимом і лікуванням, безпідставно оптимістичний щодо прогнозу;

в) заперечливе — хворий відганяє будь-які думки про хворобу, уникає лікарів. Сюди відноситься дисимуляція;

г) нозофобне — сильний страх хвороби, неодноразово обстежується у різних лікарів;

д) іпохондричне — підозра чи впевненість у наявності важкого захворювання (може поєднуватися з униканням обстеження — «все одно правду не скажуть»);

е) нозофільне — пов'язане з певним заспокоєнням і приємними переживаннями (відпочинок, піклування членів сім'ї);

є) утилітарне — вищий прояв нозофільної реакції, може мати різні мотивування (отримання співчуття, уваги; вихід із неприємної ситуації — військова служба, ненависна робота тощо; отримання матеріального зиску — пенсія, страховка тощо).

З утилітарною метою деякі пацієнти можуть вдаватися до свідомого чи менш свідомого перебільшення існуючих симптомів (*агравация*) або до штучного продукування симптомів неіснуючої хвороби (*симуляція*). Часом до агравації і симуляції вдаються пацієнти, які призвичаїлися до стиснених умов існування в хворобі, отримують певну психологічну користь від статусу хворого, звикли до пасивного і чітко регламентованого життя в умовах медичного стаціонару (*госпіталізм*). Протилежна до симуляції *дисимуляція* — це приховування хвороби та її ознак (спокриється у разі «соціально несприятливих» хвороб — психіатричних, венеричних, а також, якщо хвороба перешкоджає досягненню важливої мети).

Реакції на хворобу можуть бути як психопатологічними, що заважають якісному одужанню, так і психологічно адекватними переживаннями факту хвороби.

Виділяють такі типи ВКХ:

- Гармонійний — відрізняється чітким визначенням свого стану без перебільшення чи недооцінювання його. Прагнення активно допомагати в досягненні успіху лікування, небажання обтяжувати інших турботами з догляду за собою. У разі незадовільного прогнозу щодо одужання — переключення інтересів на аспекти життя, які лишилися доступними.

- Ергопатичний — «втеча від хвороби у роботу». Незважаючи на тяжкість хвороби, існує надцінне ставлення до роботи, прагнення продовжувати її. Вибіркове відношення до обстеження, лікування, терапевтичного режиму зумовлене прагненням будь-якою ціною зберегти професійний статус і можливість активної праці. Часто припиняють курс лікування.

- Астенодепресивний — емоційна нестійкість, підвищена чутливість до подразників, ослаблення потягів, відчуття розбитості і пригніченості, песимістичне світосприйняття. Зневіра хворого в одужанні, в ефекті лікування. Типові суїцидальні думки і вислови, невиконання медичних призначень.

- Психастенічний — надмірна стурбованість можливим негативним враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про його хворобу. Побоювання, що його будуть уникати, вважати неповноцінним, зверх-

ньо ставитися, пліткувати. Побоювання стати тягарем для рідних через хворобу. Характерне пізнє звертання до лікарів, задавнення хвороби.

- **Іпохондричний** — усі інтереси відходять вбік, особа занурюється у хворобу. Повне зосередження на суб'єктивних неприємностях і хворобливих відчуттях, прагнення постійно розповідати про це. Перебільшення свого хворобливого стану, побічної дії препаратів, пошук неіснуючих хвороб. Одночасне прагнення лікуватися і зневіра в успіхові, вимога ретельного обстеження і страх шкоди, болісності процедур. Без допомоги клінічного психолога хворі здебільшого не мають достатньої мотивації на одужання.

- **Істеричний** — «втеча у хворобу». Демонстрування близьким і оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою. Вимога виключної турботи — усі мають відкинути все. Розмови оточуючих швидко переводить «на себе». Інші люди, які теж потребують турботи, оцінюються лише як «конкуренти». Постійне бажання довести іншим свою винятковість стосовно хвороби.

- **Неврастенічний** — переважає «дратівлива слабкість» зі спалахами роздратування щодо першого-ліпшого, особливо у разі болю, неприємних відчуттів, неефективного лікування. Часто все закінчується сльозами і каюттям. Нестерпність болісних відчуттів, нездатність чекати полегшення.

- **Апатичний** — повна байдужість до своєї долі, кінцевого наслідку хвороби, лікування. Пасивна підпорядкованість процедурам і лікуванню. Втрата зацікавленості до життя і всього, що раніше хвилювало.

- **Ейфорично-анозогнозичний** — неухважність до свого здоров'я, невизнання хвороби, поблажливо-безпечне ставлення до хворобливих симптомів, можливого негативного прогнозу щодо одужання, порушення режиму лікування, відмова від обстежень, терапії. Анозогнозія — невизнання хвороби — спостерігається у разі тяжких соматичних захворювань (пухлина, туберкульоз), шизофренії, є типовою рисою алкоголізму і наркоманії. Здійснюється за допомогою витіснення, заміщення, гіперкомпенсації тощо. Хворі або ігнорують захворювання, або ж сконцентровані на менш важких симптомах; пояснюють свій стан і лікуються від тієї хвороби, якій вони надають меншого значення. Анозогнозія ґрунтується на неможливості погодитися з дійсним станом справ, повірити у тяжку небезпечну хворобу.

На різних етапах перебігу хвороби хворий переживає її по-різному. Можна виділити такі фази:

1. **Премедична фаза.** З'являються перші, часто незначні ознаки хвороби. Виникають запитання: «Що сталося?», «Що робити?», «Я захворів?», «Чи треба йти до лікаря?». Для цього періоду характерна невизначеність, переживань і фантазій. Якщо хворий радиться зі знайомими і родичами, то часто отримує прогигієжні поради. Іноді хворий проявляє зовнішню безтурботність.

2. **Різка зміна стилю життя** (у разі госпіталізації або встановлення непрацездатності). Для цього періоду характерним є намагання хворого створити більш тісні контакти з лікарем і медичним персоналом, що часто розцінюється ними як нав'язливість, а насправді є потребою у впевненості і безпеці. Особливо виражені невпевненість, тривога, побоювання, властиві людям, які досі ніколи не хворіли. Важливе значення на цьому етапі має психологічно правильна поведінка медичного персоналу, зважене інформування пацієнта про його хворобу.

3. **Активна адаптація.** Хворий пристосовується до самого факту хвороби, дещо зникає до симптомів, адаптується до лікарняного середовища, підтримує в собі надію на видужання, створює позитивне ставлення до медичного персоналу. З психологічної точки зору адаптований хворий не є проблемою за умови, що його стан покращується згідно з його очікуваннями. Якщо стан не покращується, а навіть погіршується, у хворого може виникнути психічна декомпенсація.

4. **Психічна декомпенсація.** Характеризується почуттям обманутих надій, посилюється невпевненість і страх, хворий втрачає віру в лікування, у лікарів і медичний персонал, стає імпульсивним, нетерплячим і несправедливим. Головна небезпека цієї фази — конфлікт між медичним працівником і хворим.

5. **Пасивна адаптація і капітуляція.** Хворий змиряється зі своєю долею, капітулює перед хворобою. Він стає байдужим, часто психологічно ізолюється. Небезпека такої позиції полягає в тому, що персонал може погодитися із нею і не намагатися її змінити, навіть якщо є можливість досягти покращання стану.

Темперамент, характер і перебіг захворювання. Фундаментальними основами особистості є темперамент і характер. У темпераменті виражаються такі природжені особливості, як сила і швидкість психічних процесів, ступінь емоційної збудливості, котра проявляється різноманітною ін-

тенсивністю зовнішнього вираження емоцій. У людей зі слабким і сильним неврівноваженим типами нервової системи легше виникають так звані зриви ВНД. Ось чому в меланхоліків і холериків легше виникають і важче перебігають захворювання. Необхідно враховувати особливості типів нервової системи, проводячи профілактику і лікування хвороб. Навіть дози ліків повинні бути різними для хворих із сильним і слабким типами нервової системи. Так, середні дози седативних препаратів і транквілізаторів є високими для меланхоліка і замість седативного ефекту посилюють збудження. Якщо середня доза лікарських засобів для меланхоліка є неефективною, її, як правило, потрібно не підвищувати, а знижувати.

Холерики схильні бурхливо реагувати на різноманітні неприємності, зумовлені хворобою. Меланхоліки зовні реагують досить спокійно, але у душі дуже бурхливо. Флегматики важко пристосовуються до нової обстановки, тому їх не потрібно без крайньої необхідності переводити з палати в палату. Під час відволікальної трудотерапії сангвінікам не рекомендують здійснювати одноманітну роботу.

Саме індивідуальні особливості усвідомлення свого стану, яке ґрунтується на самоаналізі, осмисленні та емоційно-вольовому реагуванні на власну хворобу, лежить у основі ВКХ.

Відчуття фізичного дискомфорту й усвідомлення хвороби відповідним чином впливає на прояви підсвідомих процесів. Передусім у хворих загострюється інтуїтивне сприймання себе як хворого. Рівень і якість підсвідомого сприйняття невербальних засобів спілкування (поза, погляд, міміка, жести, тембр голосу, характер пауз у розмові, ознаки щирості, нещирості або розгубленості лікаря і т. п.) також значно підвищуються.

Деякі підсвідомі процеси внаслідок хвороби частково тимчасово «блокуються». Так, хворому важко згадати у потрібний момент необхідну інформацію, яка знаходиться у зоні підсвідомих процесів. Внаслідок цього у деяких хворих розвивається страх з приводу, на їх думку, «загрози втрати пам'яті». У деяких випадках подібні необґрунтовані переживання вимагають проведення психотерапевтичної корекції.

Внаслідок астенизації, загального ослаблення вольових процесів, котре здебільшого поєднується з підсвідомою установкою видужати будь-яким шляхом, у деяких хворих підвищується рівень підсвідомої гіпноїдності і навіювання. Це полегшує проведення психотерапії, але може панести хворому шкоду, якщо він потрапить у руки цинічних і нахабних навколо-медичних шарлатанів.

Таким чином, хвороба впливає на свідомість, самосвідомість і підсвідому сферу хворого. Зміна цих сфер у свою чергу впливає на особистість хворого і на перебіг хвороби. Адекватне самоусвідомлення свого стану сприяє об'єктивному ставленню до хвороби, а суттєві порушення вищої цілісності психічних процесів призводять до змінених форм реагування на хворобу. Тип ставлення хворого до хвороби значною мірою визначає перебіг її і ефективність лікування.

На основі темпераменту під вирішальним впливом виховання формується характер. Нові умови і вимоги життя, зумовлені наявністю хвороби, впливають на прояви існуючих і на формування нових рис характеру. З практики відомі «виразковий» і «жовчний» характери. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки нерідко загострює у хворих схильність більш бурхливо реагувати на неприємності, настрої у них здебільшого похмуро-депресивний, вони не можуть щиро радіти приємному. Сутністю «жовчного» характеру, який розвивається внаслідок застою жовчі в печінці і жовчному міхурі, є схильність хворих активно шукати або провокувати конфліктні ситуації.

Хронічні захворювання можуть спричинювати явища *психопатизації*, тобто значну зміну проявів характеру і поведінки, внаслідок чого хворому стає важко пристосуватися до загальноприйнятих норм і вимог співіснування з оточуючими, які склалися в суспільстві. Особливо виражені прояви психопатизації спостерігаються у разі наркоманії, алкоголізму, туберкульозу, ВІЛ-інфекції і каліцтв.

Установлено, що зріла особистість має певний запас «масок», які зумовлюють характер поведінки у різних ситуаціях. Якщо у хворого розвинулася виражена психопатизація, вона здебільшого коригується маскою «тигра», яка демонструє незадоволення і агресивність. Проте хворі і їхні родичі під час спілкування з медиками здебільшого використовують маску «зайця», тобто несміливості, нерішучості, полохливості, сором'язливості, покірності, догідливості і т. п. Нерідко хворий, який досить добре спілкується з медичним персоналом, під час контакту з іншими хворими чи родичами користується маскою вразливості і всім своїм виглядом демонструє «Не чіпайте мене, мені і без вас погано». Іноколи за маскою байдужості, ігнорування або навіть бравади хворий приховує неусвідомлену тривогу, яка впливає на загальний стан організму.

Хвороба змінює градацію інтересів і цінностей людини. Нерідко лише після того, як людина серйозно захворіла, вона починає усвідомлювати,

що найціннішим у житті є саме здоров'я. Звичні інтереси і потреби людини відходять на задній план, а у центрі уваги постають питання, пов'язані з хворобою та її лікуванням.

Проте домінувальні у свідомості людини потреби, інтереси і цінності у свою чергу можуть впливати на перебіг захворювання. Так, нереалізована потреба у самоствердженні і самореалізації може стати причиною неврозу або психосоматичного захворювання. Якщо у людини домінує схильність до накопичення, котра проявляється у крайній жадібності, такий хворий буде економити на ліках і раціональному повноцінному харчуванні, що негативно вплине на хід лікування. А коли така особа вимушена витратити гроші на ліки і якісні продукти, у неї розвивається стан внутрішнього конфлікту між прагненням до накопичення і необхідністю витратити кошти, що також спричиняє фрустрацію і погіршує стан.

Е. Берн встановив, що складовими особистості є три психологічні структури: «батька», «дорослого» і «дитини». Гармонійний або дисгармонійний розвиток цих структур визначає рівень зрілості особистості та стиль її поведінки. За наявності хвороби питома вага цих складових змінюється.

Найбільше зростає питома вага «дитини». У зв'язку з цим у хворих розвивається підвищена примхливість, образливість, вередливість, плаксивість, емоційна лабільність, потреба у підвищеній до себе увазі, егоїзм, егоцентризм та інші прояви, які є причиною того, що хворий починає поводити себе, як «дитина».

У деяких хворих домінування психологічної структури «дорослого» не дає їм можливості розслабитись. Такі хворі оцінюють свій стан астенізації як прояв лінощів і безвільності, а тому примушують себе через силу виходити на роботу і інтенсивно працювати, не звертаючи уваги на явну потребу у лікуванні та відпочинку, чим наносять шкоду своєму здоров'ю.

Гармонійна особистість — індивід, який у процесі соціалізації свідомо сформувався як людина, що є відповідальною за власну долю і вчинки, керується у своєму житті моральними законами. Поряд із нормальними (соціально адаптованими) виділяють *акцентуйовані та аномальні особистості*. Під час вивчення цього питання необхідно звернути увагу на те, що до акцентуйованих особистостей відносять не патологічні, а граничні варіанти норми, приховане чи помітне надмірне посилення окремих рис характеру, що створює підвищену чутливість до визначених психічних впливів у разі доброї стійкості до інших і що найбільш чітко виявляється в екстремальних, емоційно-стресових ситуаціях.

А. Є. Личко (1985) виділив *інші типи «зміненої» під час хвороби особистості*: гіпертимічний, циклоїдний, астеноневротичний, сенситивний, психастенічний, шизоїдний, епілептоїдний, хитливий, конформний і змішаний (за назвами психічних захворювань і неврозів).

Відповідно до ще однієї класифікації до аномальних, патологічних форм розвитку особистості відносять олігофренію (недоумкуватість) і психопатію (тотальну, відносно стабільну патологію характеру, що перешкоджає нормальній соціальній адаптації).

Умови формування і клінічні прояви дисгармонійної особистості

Адиктивна (залежна) поведінка є наслідком прагнення втечі від дійсності шляхом штучної зміни свого стану засобами хімічного впливу (алкоголь, наркотики, психотропні ліки, певна їжа, куріння) чи постійно прикутою увагою до певної діяльності (пристрасті, «працеголізм», «екстремальні», небезпечні захоплення тощо). Метою є штучне підтримання на сталому рівні виражених емоцій, бо за інших умов життя усвідомлюється «сірим», нечулим, монотонним. Характерні особливості *залежної особистості*:

- низька витривалість до повсякденних труднощів і нормальна — до кризових ситуацій;
- прихований комплекс меншовартості, поєднаний із зовнішньою демонстрацією вищості;
- зовнішня соціальність, поєднана зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що ті невинні;
- прагнення ухилитися від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Парадоксальною відмінністю людей з адиктивною поведінкою від психічно здорових є те, що останні легко (автоматично) пристосовуються до вимог звичайного (побутового) життя і важче витримують кри-

зові ситуації, на відміну від адиктивних осіб, намагаючись уникати криз і хвилюючих подій.

Девіантна поведінка — характеризується відхиленням від існуючих суспільних норм. Встановлюється шляхом суспільного оцінювання того, наскільки нормально (з позицій «розвинутості», адаптивності) особа взаємодіє з сьогоденням. Проявляється незбалансованими проявами психіки, неадаптивністю, ухилянням від морального і естетичного контролю за власною поведінкою.

Види девіантної поведінки: адиктивна, патохарактерологічна, психопатологічна, зумовлена гіперздібностями. **Клінічні форми девіантної поведінки:** агресія, автоагресія, зловживання психотропними речовинами (алкоголь, наркотики, тютюн, лікарські засоби), порушення режиму харчування (переїдання, голодування), аномалії сексуальної поведінки, надцінні психологічні захоплення («працеголізм», колекціювання, «параноя здоров'я», фанатизм — релігійний, спортивний, музичний та ін.), надцінні психопатологічні захоплення («філософічна інтоксикація», кверулянтство), різновиди імпульсивних маній (клептоманія, дромоманія), девіації комунікацій (автизація, надкомпанійськість, нарцисична (самозакохана) аморальна, неестетична поведінка.

Патохарактерологічна поведінка — несприятливі соціальні умови (неправильне виховання за відсутності нагляду чи за типом попелюшки, кумира сім'ї т. ін.), а також спадково-біологічні особливості можуть спричинити формування патологічного характеру, що базується на певному дефіциті процесу гальмування або збудження. Такі люди важко, особливо у підлітковому віці, адаптуються у колективі, їхня поведінка часто дезадаптивна і завдає шкоди успішній самореалізації людини.

Психопатія (хвороба Ганнушкіна) — це дисгармонійний стан особистості, стійка патологія характеру, здебільшого його емоційно-вольової складової, що заважає пристосуванню до повсякдення (сучасний відповідний термін — *розлад особистості*). Центральним проявом є схильність до незвичайної поведінки, різкі зміни настрою без достатніх причин, що призводить до порушення соціальних контактів і накладає відбиток на все життя людини. Діагноз розладу особистості встановлюють після закінчення пубертатного віку.

Акцентуїрована особистість — це граничний варіант норми, коли пригнічення або помітна надмірність окремих рис характеру спричиняє вразливість особи до окремих психотравматичних ситуацій у разі доброї

витривалості до інших. Акцентуації характеру, які сформувалися у підлітковому віці, з часом стираються, компенсуються. Існують певні *типи акцентуації*.

- **Циклоїдний** — зміна фаз настрою з доброго на поганий, які мають різну тривалість.

- **Гіпертимічний** — постійно піднесений настрій, підвищена психічна активність з бажанням діяльності і з тенденцією не доводити справу до кінця.

- **Лабільний** — різка зміна настрою залежно від ситуації.

- **Астенічний** — швидка втома, роздратування, схильність до депресії та іпохондрії.

- **Сенситивний** — підвищена вразливість, страхи, загострене відчуття власної неповноцінності.

- **Психастенічний** — підвищена тривога, підозрілість, нерішучість, схильність до самоаналізу, до постійних сумнівів і міркувань, тенденція до нав'язливих, ритуальних дій.

- **Шизоїдний** — відмежованість, відчуження, інтроверсія, емоційна холодність, відсутність хвилювання про інших, труднощі встановлення емоційних контактів, відсутність інтуїції в процесі спілкування.

- **Епілетоїдний** — схильність до злостиво-нудотного настрою, що проявляється у вигляді люті та гніву (інколи з елементами жорстокості), конфліктність, педантичність.

- **Застрагаючий (параноїдальний)** — підвищена підозрілість і марна обурливість, стійкість негативних емоцій, прагнення домінування, не зважаючи на погляди інших і, як наслідок, підвищена конфліктність.

- **Демонстративний** — схильність до витіснення неприємних чинників, брехливості, фантазування і перевертлення з метою привернення до себе уваги, авантюризм, марнославство, «втеча в хворобу» у разі незадоволення потреби у визнанні.

- **Дистимічний** — переважання поганого настрою, схильність до депресії, зосередженість на похмурому та сумному боці життя.

- **Нестійкий** — схильність піддаватися впливу оточуючих, постійний пошук нових вражень, компаній, висока здатність встановлювати контакти, які мають легковажний характер, слабовільність.

- **Конформний** — надмірна підпорядкованість і залежність від думки інших людей, відсутність критичності та ініціативності, консерватизм.

Частіше за «чисті» спостерігаються змішані форми акцентуації характеру (істероїдно-збудливий, нестійко-параноїдальний і т. ін.) — тобто проміжні типи.

К. Леонгард (1981) виділив такі варіанти *акцентуєваних особистостей*:

- 1) емотивні — тривожні, боязкі, жалісливі та м'якосерді;
- 2) збудливі — запальні, дратівливі, схильні до імпульсивної агресії, але відхідливі;
- 3) епілептоїдні — збудливі, мстиві, жорстокі;
- 4) демонстративні (з істеричними рисами) — схильні до самовихваляння й істеричних реакцій, брехливі, прагнучі привернути до себе увагу, демонстративні у поведінці, егоїстичні;
- 5) демонстративно-застраючі (з істеричними і параноїдальними рисами) — брехливі, самовпевнені, нахабні, схильні до обмовлянь і наклепів, честолюбні, болісно вразливі, лицемірні, мстиві, без етичних норм;
- 6) дистимічні (депресивні) — постійно заклопотані, нерішучі, схильні до песимізму; дистимічно-застраючі (параноїдальні) — заклопотаність і нерішучість у них поєднуються з жадібністю і підозрілістю;
- 7) педантичні (ананкастні, психастенічні) — боязкі, тривожні, недовірливі, совісні;
- 8) що застраюють («параноїдальні») — фанатичні, непоступливі, негнучкі, мстиві, впевнені у своїй правоті («я завжди правий»);
- 9) гіпертимічні — активні, життєрадісні, оптимістичні;
- 10) афективно-лабільні — емоційно хитливі, зі швидкою зміною настрою;
- 11) афективно-екзальтовані — ті, хто бурхливо реагують на все у вигляді захоплення чи розпачу;
- 12) екстравертовані (відкриті, товариські) та інтровертовані (замкнуті, що все переживають у собі).

Згідно з К. Леонгардом риси, властиві особистості, можуть бути основними і додатковими. Основні риси складають «ядро» особистості. У випадку яскравої вираженості основні риси стають акцентуаціями характеру, займають місце між психопатією (розладом особистості) і нормою.

Інша класифікація К. Леонгарда включає 10 типів *акцентуєваних особистостей*, які розділені на дві групи: акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застраючий, збудливий) і акцентуації темпера-

менту (гіпертимічний, дистимічний, боязкий, тривожно-боязкий, циклотимічний, емотивний).

1. *Демонстративний тип*. Характеризується підвищеною здатністю до витіснення, демонстративною поведінкою, жвавістю, рухливістю, легкістю у встановлення контактів. Схильний до фантазерства, облудності й удавання, спрямований на прикрашання своєї персони, здатний до авантюризму, артистизму, позерства, їм рухає прагнення до лідерства, потреба у визнанні, бажання постійної уваги до своєї персони, бажання влади, схвалення; перспектива бути непоміченим дратує його. Він демонструє високу пристосованість до людей, емоційну лабільність (легку зміну настрою) за відсутності дійсно глибоких почуттів, схильність до інтриг (за наявності зовнішньої м'якості манери спілкування). Відзначається безмежний егоцентризм, жага до замилювання, співчуття, шанування, подиву. Звичайно похвала інших у його присутності спричинює в нього особливо неприємні відчуття. Прагнення до компанії звичайно пов'язано з потребою відчувати себе лідером, посісти виключне положення. Самооцінка дуже далека від об'єктивності. Може дратувати своєю самовпевненістю і високими домаганнями, сам систематично провокує конфлікти, але при цьому активно захищається. Володіючи патологічною здатністю до витіснення, він може цілком забути те, про що він не бажає думати. Це звільняє його в неправді. Як правило, бреше з невинним обличчям, оскільки те, про що він говорить у даний момент, для нього є правдою; очевидно, він не усвідомлює свою неправду чи усвідомлює її дуже поверхнево, без помітного каяття. Здатний привертати до себе увагу інших неординарністю мислення і вчинків.

2. *Застраючий тип*. Його характеризує помірна товариськість, занудливість, схильність до моралізаторства, небалакучість. Часто страждає від несправедливості стосовно нього. У зв'язку з цим виявляє обережність і недовірливість стосовно людей, чутливий до образ і засмучені, уразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає дрібні факти, не здатний «легко відходити» від образ. Для нього характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів. Самовпевненість, твердість установок і поглядів, сильно розвинуте честолюбство часто призводять до наполегливого захисту своїх інтересів, які він відстоює з особливою енергійністю. Прагне домогтися високих показників у будь-якій справі, за яку береться, і виявляє велику завзятість у досягненні своїх цілей. Основною рисою є схильність до афектів (правдолюбство, ураз-

ливість, ревнощі, підозрілість), інертність у прояві афектів, у мисленні, у моториці.

3. *Педантичний тип*. Характеризується ригідністю, інертністю психічних процесів, важкістю на підйом, тривалим переживанням подій, які психологічно травмують. Рідко бере участь у конфліктах, але активно реагує на будь-який прояв порушення порядку. На службі є надмірно вимогливим, пред'являючи оточуючим багато формальних вимог. Пунктуальний, охайний, особливу увагу приділяє чистоті і порядку, скрупульозний, сумлінний, схильний суворо дотримуватися плану, у виконанні дій неквапливий, посидючий, орієнтований на високу якість роботи й особливу акуратність, схильний до частих самоперевірок, сумнівів у якості виконаної роботи, до бурчання, формалізму, віддає лідерство іншим людям.

4. *Збудливий тип*. Недостатня керованість, ослаблення контролю над бажаннями і спонуканими поєднуються в людей такого типу з підвладністю фізіологічним потягам. Йому властиві підвищена імпульсивність, інстинктивність, брутальність, занудство, похмурість, схильність до гніву, хамства і свар, до конфліктів, у яких сам виступає активною, провокувальною стороною. Дратівливий, запальний, часто змінює місце роботи. Відзначається низька комунікабельність, сповільненість вербальних і невербальних реакцій. Для нього ніяка праця не є привабливою, працює лише за необхідності, також не бажає вчитися. Байдужий до майбутнього, живе лише сьогоднішнім, бажаючи «витягти» з нього якомога більше розваг. Імпульсивно виникаючі реакції агресії гальмуються з трудом і можуть бути небезпечні для оточення. Він може бути владним, обираючи для спілкування найбільш слабких.

5. *Гіпертимічний тип*. Людей цього типу відрізняє значна рухливість, говариськість, балакучість, виразність жестів, міміки, пантоміміки, надмірна самостійність, схильність до бешкетництва, недостатність почуття дистанції у відносинах з іншими. Часто спонтанно відхиляються від теми розмови. Вносять багато шуму, люблять компанії однолітків, прагнуть ними командувати. Вони майже завжди перебувають у дуже гарному настрою, мають добре самопочуття, високий життєвий тонус, квітучий вигляд, гарний апетит, здоровий сон, схильність до ненажерливості й інших радощів життя. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легковажкі, поверхневі і разом з тим діловиті, винахідливі, блискучі співрозмовники; люди, що вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Велике прагнення до самостійності може служити джерелом конфлік-

тів. Для них характерні вибухи гніву, роздратування, особливо коли вони зустрічають сильну протидію, зазнають невдачі. Схильні до аморальних учинків, підвищеної драгівливості, прожектерства. Недостатньо серйозно відносяться до своїх обов'язків. Вони важко переносять умови твердої дисципліни, монотонну діяльність, змушену самотність.

6. *Дистимічний тип*. Люди цього типу відрізняються серйозністю, навіть пригніченістю настрою, повільністю, слабкістю волевих зусиль. Для них характерні песимістичне відношення до майбутнього, знижена самооцінка, а також низька контактність, небагатослівність у бесіді, навіть мовчазність. Такі люди є домосідами, індивідуалістами; гучних компаній звичайно уникають, ведуть замкнутий спосіб життя. Часто похмурі, загальмовані, схильні зосереджуватися на тінювих сторонах життя. Вони сумлінні, цінують тих, хто з ними дружить, і готові їм підкоритися, відрізняються загостреним почуттям справедливості, а також сповільненістю мислення.

7. *Тривожний тип*. Людям даного типу властиві низька контактність, мінорний настрій, боязкість, лякливість, непевність у собі. Діти тривожного типу часто бояться темряви, тварин, жахаються залишатися одні. Вони цураються гоміних жвавих однолітків, не люблять надмірно гучних ігор, боязкі і сором'язливі, дуже хвилюються під час контрольних робіт, іспитів, перевірок. Часто знаходяться під опікою старших, нотації дорослих можуть викликати в них каяття совісті, почуття провини, сльози, розпач. У них рано формується почуття обов'язку, відповідальності, високі моральні й етичні вимоги. Почуття власної неповноцінності намагаються замаскувати самоствердженням через ті види діяльності, де вони можуть більшою мірою розкрити свої здібності. Властиві їм з дитинства вразливість, чутливість, сором'язливість заважають зблизитися з тими, з ким хочеться, особливо слабкою ланкою є реакція на відношення до них оточуючих. Вони не терплять глузувань, підозра супроводжується невмінням постояти за себе, відстояти правду у разі несправедливих обвинувачень. Рідко конфліктують з оточуючими, виконуючи в конфліктах здебільшого пасивну роль, вони шукають підтримки й опори. Відрізняються дружелью, самокритичністю, ретельністю. Внаслідок своєї беззахисності нерідко бувають «козлами відбувайлами», мішенями для жартів.

8. *Екзальтований тип*. Яскрава риса людей цього типу — здатність захоплюватися, закохуватися, відчувати щастя, радості, насолоди. Ці почуття в них можуть часто виникати через те, що в інших не викликає великого

захоплення. Вони легко приходять у захват від радісних подій і впадають у повний розпач — від сумних, їм властива висока комунікабельність, балакучість, закохуваність. Такі люди часто сперечаються, але не доводять суперечки до відкритих конфліктів. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, так і пасивною стороною. Вони прив'язані до друзів і близьких, альтруїстичні, мають почуття жалю, гарний смак, виявляють яскравість і щирість почуттів. Можуть бути панікерами, піддані тимчасовим настроям, рвучкі, легко переходять від стану захоплення до стану суму, мають лабільну психіку.

9. *Емотивний тип*. Цей тип близький до екзальтованого, але прояви його не настільки бурхливі. Для них характерні емоційність, чутливість, тривожність, боязкість, глибокі реакції у сфері тонких почуттів. Найбільш сильно виражена риса — гуманність, переживання за інших людей чи тварин, чуйність, м'якосердя. Вони вразливі, слізливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше, ніж інші люди. Підлітки гостро реагують на сцені з фільмів, де кому-небудь загрожує небезпека, сцена насильства може спричинити в них сильне потрясіння, що довго не забувається і може порушити сон. Рідко вступають у конфлікти, образи носять у собі, не «вихлюпуються» назовні, їм властиві загострене почуття обов'язку, ретельність, дбайливе ставлення до природи. Вони люблять вирощувати рослини, доглядати за тваринами.

10. *Циклотимічний тип*. Характеризується зміною гіпертимічних і дистимічних станів, їм властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають у них бажання діяльності, підвищену балакучість, «скачки ідей»; сумні — пригніченість, сповільненість реакцій і мислення, так само часто змінюється їхня манера спілкування з оточуючими.

У підлітковому віці можна спостерігати *два варіанти циклотимічної акцентуації*: типові і лабільні циклоїди. Типові циклоїди в дитинстві звичайно створюють враження гіпертимічних, але потім виявляється млявість, занепад сил, те, що раніше давалося легко, тепер вимагає непомірних зусиль. Колись гучні і жваві, вони стають млявими домосідами, спостерігається погіршення апетиту, безсоння чи, навпаки, сонливість. На зауваження реагують роздратуванням, навіть брутальністю і гнівом, у глибині душі, однак, упадаючи при цьому в зневіру, глибоку депресію; не виключені суїцидальні спроби. Вчать нерівно. У лабільних циклоїдів фази зміни настрою звичайно коротші, ніж у типових циклоїдів. «Погані»

дні більше відзначаються інтенсивним погіршенням настрою, ніж млявістю. У період підйому виражені бажання мати друзів, бути в компанії. Настрій впливає на самооцінку.

Механізми психологічного захисту. Це словосполучення вперше застосував З. Фрейд у роботі «Захисні механізми». У 1894 р. Фрейд запропонував концепцію особистості, згідно з якою психічний апарат індивіда поділяється на три сфери:

1. «Воно» — безсвідомо інстинктивна сфера імпульсів і інстинктів, які вимагають негайного задоволення незалежно від ставлення суб'єкта до зовнішньої реальності.

2. «Я» (его) — сфера свідомості. Основне завдання «Я» — цензура імпульсів, які надходять зі сфери «Воно». Для цієї цензури «Я» використовує механізми психологічного захисту.

3. «Над-Я» (супер-его) є носієм установок суспільства, моральним цензором, це сфера моральної оцінки, це ідеальне «Я», усвідомлення того, як повинно виглядати «Я» відповідно до вимог суспільства.

Механізми психологічного захисту — це спосіб боротьби «Я» з хворобливими переживаннями суб'єкта, які він не може перенести. Усі механізми психологічного захисту викривають реальність з метою збереження психічного здоров'я і цілісності особистості.

Механізми психологічного захисту формуються спочатку в міжособистісних відносинах, потім стають внутрішніми характеристиками людини, тобто в індивідуальному досвіді відбувається навчання тих чи інших захисних форм поведінки.

Основні ознаки механізмів психологічного захисту:

- 1) імпульсивність (механізми психологічного захисту не залежать від волі);
- 2) викривлення реальності;
- 3) відсутність і усвідомлення суб'єктом захисних форм поведінки.

Основні функції механізмів психологічного захисту:

- 1) збереження особистісної цілісності, психічного здоров'я, певного «Я-образу»;



З. Фрейд
(1856—1939)

2) регуляція міжособистісних відносин.

Однією із ситуацій, в яких активізуються механізми захисту, є фрустрація.

Фрустрація — це психічний стан людини, що виникає внаслідок непереборної перешкоди на шляху до задоволення потреби. Основою для класифікації захисних механізмів служить ступінь їх зрілості (сила «Я»).

Сублімація — орієнтована на перспективу неконфліктна еволюція імпульсу до зрілого рівня вираження (художник у мистецтві сублімує сексуальні імпульси, політична активність — сублімована агресія).

Витіснення — неприємні переживання та думки усуваються із свідомості.

Інтроєкція — безсвідома символічна інтеріоризація фізичного образу ненависного або улюбленого зовнішнього об'єкта з метою встановлення близькості з ним і його постійної присутності.

Інтелектуалізація — механізм, в якому обґрунтування або логіку використовують як спробу запобігти конфронтації з небажаним імпульсом, і таким чином захищають особистість від тривоги.

Раціоналізація — найзагальніший механізм відновлення почуття власної гідності і ліквідації почуття провини. Забезпечує раціональне («розумне») пояснення вчинків, справжні мотиви яких лишаються неосмисленими. Це — неусвідомлене прагнення до самовиправдання, пошуку причин своїх вчинків ззовні, звинувачення, наприклад оточуючих, у своїй хворобі, невдачах та ін. («Я не вживаю призначених ліків, бо не маю на це часу»).

Проекція — приписування, ніби проектування на інших, власних рис, бажань і мотивів: агресивних, несхвальних — ненависть, страх, нечесність. Людина при цьому відчуває себе невинною і жертвою інших. Проекція часто спричиняє упереджене і вороже ставлення до інших осіб, на яких проектується власні негативні тенденції, що призводить до розвитку взаємного відчуження. Наприклад: «Я не вірю лікарям, бо всі вони нечесні».

1. Комплементарна проекція — приписування іншому того стану, який відсутній у суб'єкта, але додатково до стану суб'єкта (наприклад, якщо я ревную, то іншому приписую зраду).

2. Атрибутивна — наївне судження у разі недостатності знань («інші такі самі, як ми»). Наприклад, студенти, які часто списують, вважають, що всі студенти списують.

3. Симілятивна — приписування власних якостей, яких суб'єкт не усвідомлює, іншим людям. Наприклад, власні негативні риси батьки можуть приписувати своїй дитині.

Перенесення — заміщення недосяжних емоцій чи персон прийнятними і досяжними, замісне задоволення підсвідомих потягу чи відрази до будь-чого чи будь-кого: почуття переноситься на заміщений об'єкт. Частіше переносяться почуття (любові, ненависті). Наприклад, ворожість до рідних може бути свідомо неприйнятною і соціально аморальною, — і тоді переноситься на іншу людину, тим самим оберігаючи особу від усвідомлення цього факту. Перенесення буває позитивним і негативним. У разі фобії страх переноситься від прихованого початкового джерела на інше, зовнішнє і усвідомлене. На лікаря підсвідомо переносяться ставлення до батька чи іншої значущої особи (начальник, дочка) відповідної статі й віку, сексуальні потяги, що призводить до сприймання лікарських призначень позитивно чи негативно відповідно до заміщуваних стосунків.

Регресія — захисне повернення у поведінці на той рівень розвитку, де особа (*дитина*) була нездатна реалістично вирішувати проблеми: регрес навичок охайності (енурез, енкопрез, відмова від гоління, зачіски), самообслуговування (неохайність, некористування столовими приборами), рухів («поза ембріона», смоктання пальця, гризіння нігтів, порушення статичності тіла), мови (невизначна мова, відмова від мови — *мутизм* — повний або вибірковий — лише з особами, що здатні викликати психотравмувальні переживання).

Отір — підсвідома відмова пригадувати травмувальні події, неприйнятні комплекси і так усвідомлювати їх. Так уникають споминів, які можуть викликати тривогу та інші неприємні емоції. Наприклад: «Я не пам'ятаю, лікаря, щоб ви мені це казали».

Ідентифікація — забезпечує заспокоєння через зіставлення себе з кимось: мати, ідентифікуючи себе зі своєю дитиною, говорить замість «вона, йому» — «ми, нам»; бажання, щоб діти досягли у житті того, чого прагнув, але не досяг сам. Формами ідентифікації є *емпатія* (здатність до проекції себе на ситуацію та почуття інших, відчути і розуміти стан іншої людини), *реакції підліткової ідентифікації* — прагнення максимально бути схожим на кумира групи. Лікарі часто свідомо звертаються до прямої чи побічної ідентифікації пацієнта з іншими пацієнтами, що одужують чи вже одужали.

Необхідно також вивчити *особистісні реакції на важкі ситуації*. У дітей молодшого і середнього шкільного віку часто спостерігаються реакції:

1) протесту й опозиції (активного протесту — неслухняність, брутальність, агресивна поведінка, прагнення робити все на зло; пасивного протесту — інфантильна поведінка, псевдовтрата навичок охайності, вибірковий мутизм, втечі зі школи чи з дому, автоагресивна поведінка);

2) відмови (від їжі, ігор, спілкування з оточуючими, пасивність);

3) імітації (відносно тривалі і стійкі зміни поведінки, пов'язані з наслідуванням поведінки оточуючих — лихослів'я, алкоголізація, паління, носіння певного одягу, зачісок);

4) тривожності і непевності.

Для підлітків більш характерні реакції:

1) емансипації (перебільшене прагнення до самостійності, рятування від опікування, контролю батьків, учителів, наставників і т. п.);

2) групування з однолітками — з утворенням неформальних груп просоціального (активно підтримують і захищають пануючі в суспільстві ідеали), асоціального (зневажають пануючі в суспільстві ідеали) і антисоціального (активно виступають проти пануючих у суспільстві ідеалів) типу;

3) захоплення, хобі-реакції (надмірне, перебільшене захоплення чим-небудь — музикою і т. п.);

4) реакції зумовлені сексуальним потягом, що формується (онанізм, раннє статеве життя, транзиторий підлітковий гомосексуалізм, петинг та ін.).

Слід також проаналізувати зміни особистісних властивостей у разі соматичних захворювань. Вони дуже різноманітні: зниження та ослаблення пам'яті і мислення (інтелектуальних функцій), здібностей до певної діяльності й емоційної стійкості чи загострення нівелювання характерологічних рис, виникнення патологічних рис характеру (психопатизація) тощо. Це необхідно враховувати під час роботи з хворими для профілактики несприятливих психоемоційних реакцій, запобігання погіршенню перебігу основного захворювання, розвитку психопатологічних ускладнень і т. п. Відзначається й індивідуальне відношення хворих до своєї хвороби (Р. Конечний, М. Боухал, 1974): нормальне, зневажливе (недооцінка), заперечливе, нозофобне (надмірно боїться хвороби), іпохондричне, нозо-

фільне (затримка видужання), утилітарне (у тому числі агравація та симуляція).

З цієї теми необхідно усвідомити такі положення:

1. Хвороба змінює не лише фізичний, але і психічний стан людини.

2. Хвороба впливає на всі сфери психіки.

3. Між хворобою і сферами психіки існують прямі і зворотні зв'язки.

4. Для кращого розуміння цих взаємозв'язків потрібно знати основи загальної психології.

5. Досягнення сучасної медичної психології підтверджують справедливність поглядів медиків античної Греції: «Важливішим є не те, що лікуєш, а те, кого лікуєш».

6. Без засвоєння основних положень клінічної психології медик не може плідно виконувати свої функціональні обов'язки.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Психічна структура особистості.
2. Класифікація темпераментів, їх роль у формуванні характеру.
3. Визначення акцентуацій особистості. Типи за К. Леонгардом та М. Лічко.
4. Тактика поведінки лікаря з пацієнтами з різними видами акцентуації особистості.
5. Поняття внутрішньої картини хвороби.
6. Основні сфери внутрішньої картини хвороби.
7. Чинники, що впливають на формування внутрішньої картини хвороби.
8. Типи хворих та основні типи ставлення до хвороби.
9. Діагностика основних типів ставлення до хвороби.
10. Вплив ставлення до хвороби на перебіг основного захворювання.
11. Агравація, симуляція, дисимуляція, госпіталізм.
12. Принципи психологічної корекції ставлення до хвороби.



СТАН ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ І ХВОРОБА

Хвороба та стан відчуттів і сприйняття

Будь-яка хвороба тією чи іншою мірою змінює життєдіяльність організму, а отже, впливає на фізичний і психічний стан людини. У свою чергу зміна функціонування психіки призводить до видозміни певних проявів захворювання, тобто чітко проявляються взаємовпливи хвороби та психіки. Простежимо основні з них стосовно кожної сфери психічної діяльності.

Наявність хвороби змінює психологічні компоненти відчуття і сприйняття. Передусім змінюється поріг відчуття і вибірковість сприйняття. Хвора людина починає насторожено прислуховуватися до своїх відчуттів, звертає увагу на ті відчуття, на які раніше не звертала увагу. Усвідомлення хвороби змінює осмислення і емоційне забарвлення відчуттів. Одна справа, коли людина просто відчуває голодний біль у шлунку, не знаючи його причини, а інша справа, коли людина дізналась, що у неї виразкова хвороба шлунка. Той самий біль сприймається і усвідомлюється зовсім інакше.

Будь-яка хвороба призводить до загальної астенизації організму. Внаслідок цього поріг відчуття знижується, і звичайні подразники стають надсильними (гіперестезія). З цієї причини хворі не переносять яскравого світла, шуму, запахів, перепадів атмосферного тиску і температури тощо.

У разі важких станів, котрі супроводжуються оглушенням, може розвинути загальна гіперестезія і звичайні подразники хворий не буде сприймати. Ураження одних аналізаторів індукує компенсаторну функцію інших. Так, відомо, що у сліпих значно покращується діяльність слухових, дотикових і кінестетичних аналізаторів. Інколи у сліпих розвивається «шосте відчуття бар'єра», і вони досить добре обходять перешкоди. Дідро описав сліпого, котрий точно визначав початок сонячного затемнення, яке зрячі люди могли зафіксувати лише за допомогою спеціального обладнання. З історії відомо, що Демокріт

і Діодор свідомо себе осліпили, щоб не розсіювати свою увагу на оточуюче, а поглиблено вивчати сутність явищ.

У разі втрати слуху, зору решта відчуттів набувають для людини особливо важливого значення. Сліпоглуха О.І. Скороходова зазначала з цього приводу: «Людина, позбавлена слуху й зору, може «оглядати» руками скульптуру, дістаючи від цього велике задоволення. Ми, сліпоглухі, відчуваємо запах землі, трави, квітів, запахи моря чи річки, якщо вони неподалік. Буваючи в саду, ми можемо торкатися руками кущів, невисоких дерев і відчувати тремтіння листя під подихом вітерця. Мені особисто дає задоволення тримати руки на музичному інструменті під час чисьї гри, прикладати пальці до шиї кішки, коли вона муркоче. Якщо я перебуваю в кімнаті під час сильної грози (про неї повідомляють люди, які чули), я прикладаю руки до шибки і відчуваю вібрацію при особливо сильних ударах грому. Слухати в такий спосіб грозу я дуже люблю. Під час купання в морі я люблю відчувати хвилі. В усіх цих відчуттях також можна знаходити красу і поезію».

Отже, сенсорна депривація змінює сам процес осмислення. Зниження слуху нерідко призводить до розвитку підвищеної підозрілості, недовіри. Якщо така людина спостерігає, що інші люди про щось говорять, у неї виникають підозри, що ці люди обговорюють її, щось замислюють проти неї. Інколи у таких людей може навіть розвинути манія переслідування, що вимагає допомоги психіатра.

Біль змінює емоційний стан людини. Так, різкий біль у ділянці серця здатний спричинити панічний страх смерті, боязкість перед рухом. Нерідко такого хворого неможливо заспокоїти словами. Скільки разів у нього серцевий напад, стільки разів він суб'єктивно «помирає».

Між сприйняттям, усвідомленням, емоціями і хворобою є прямий і зворотний зв'язок. Наприклад, підвищення артеріального тиску спричинює відчуття головного болю. Усвідомлення людиною факту, що в неї високий артеріальний тиск, спричинює емоцію страху перед можливою гіпертонічною хворобою і її вірогідними наслідками. Ці тривожні переживання посилюють спазми судин і призводять до ще більшого підвищення артеріального тиску. Замикається дефектне коло: підвищений артеріальний тиск спричинює тривогу і страх, а негативні емоції підтримують і навіть посилюють артеріальну гіпертензію.

Серед відчуттів особливе місце посідає біль — суб'єктивно тяжке, часом нестерпне відчуття, що виникає в результаті дії дуже сильних і руй-

півних подразників. Спостереження свідчать про те, що больові відчуття узагальнюються і опрацьовуються 2-ю сигнальною системою, внаслідок чого скарги хворого є для лікаря одним із показників наявності патологічного процесу в організмі, його характеру і місця ураження. У разі одночасних і послідовних больових подразнень виникає взаємодія больових відчуттів. Виявляється це як у пригніченні слабкого болю сильним (слабкий біль у руці посилює зубний біль), так і в маскуванні одного болю болем іншого характеру. У ставленні до болю мають значення суспільно-моральна установка особистості, свідомий і організований характер її поведінки.

Відомі чотири основних типи ставлення до болю (А. К. Сангайло).

1-й тип: поріг болю низький — загальна чутливість до болю є високою. Поріг межі витривалості настає швидко — низька витривалість больового відчуття.

2-й 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-й тип: поріг болю високий — чутливість до болю є невисокою. Інтервал витривалості є малим — відчуття болю виникає пізно, переноситься погано, розрив між порогом болю і витривалістю є малим.

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

Біль має велике біологічне значення, бо він сигналізує організмові про небезпеку, але, відігравши роль інформатора, стає компонентом патологічного процесу, іноді дуже грізним. Реакція людини на больові відчуття залежить від особливостей нервової системи, виховання, психологічної настроєності. У разі сильного емоційного збудження біль притупляється. Зусиллям волі хворий може перенести увагу на важливу для нього діяльність, це може зменшити або втамувати біль. Залежно від характеру больового відчуття і його локалізації, крім суб'єктивних відчуттів болю, спостерігається зміна функцій різних органів і систем: змінюються ритм скорочень серця, артеріальний тиск, формуються різні емоційні і вегетативні реакції.

Больові відчуття супроводжуються невдоволенням і стражданням. Сильний хронічний біль виснажує людину, пригнічує вольові функції,

призводить до виникнення суїцидальних думок. Тому такі хворі не повинні залишатися без уваги. Іноді піклуванням, увагою можна розвіяти побоювання хворого, допомогти подолати біль, нав'язати терпляче ставлення до болю.

Сприйняття тривалого сильного болю спричинює складні переживання: внутрішній дискомфорт зі страхом і тривогою за своє здоров'я. Потім у астеноїзованої людини розвивається озлоблення, до якого приєднується депресія, котра пізніше трансформується у відчай. Як результат у хворого розвивається своєрідна апатія, у разі якої коло інтересів звужується лише навколо проблеми болю. Локалізація болю не завжди збігається з локалізацією патологічного процесу. Прикладом цього може бути біль або гіперестезія в зонах Захар'їна—Геда. Лікар повинен пояснити хворому причину атипового болю і необхідність лікувати причину, тобто захворювання, яке спричинило біль. Наприклад, у жінки загострюється аднексит, а вона відчуває біль у стегні і вважає, що у неї радикуліт. Якщо їй не пояснити сутність больового синдрому, жінка може подумати, що невропатолог просто неуважний або некомпетентний і не хоче її серйозно обстежити, а тому «відфутболує» до гінеколога. Уважне спостереження за поведінкою хворого під час больових відчуттів може допомогти у визначенні діагнозу. Хворий, щоб ослабити або припинити больові відчуття, приймає вимушене положення. Наприклад, у разі сухого плевриту больові відчуття зменшуються, якщо лягти на хворий бік; у разі інфаркту міокарда хворий намагається лежати нерухомо; у разі ниркової кольки хворий не може знайти собі місця, весь час змінює положення.

Психологічне сприйняття болю або інших неприємних відчуттів не завжди корелює з вираженістю органічного ураження. Вивчаючи особливості больового синдрому у разі остеохондрозу та інших уражень хребта, Йорес встановив психологічний феномен, згідно з яким інтенсивність болю здебільшого прямопропорційна функціональним порушенням і оберненопропорційна органічним змінам (виключенням є метастатичний та ішемічний біль у разі онкологічних захворювань та інфаркту міокарда).

Психологічне сприйняття фізичного дефекту не завжди збігається зі ступенем його небезпеки. Наприклад, спотворювальний рубець на обличчі дівчини або молодої жінки, який у принципі не шкодить здоров'ю, завдає багато душевних страждань. Це ж саме стосується плоскостопості, яка не дозволяє дівчині носити модельне взуття на високих підбо-

рах. Вимушене мовчання, зумовлене загостренням хронічного ларингіту, суб'єктивно важко переноситься жінками. Психологи встановили: якщо жінка нічим не зайнята і вимушена систематично мовчати більше 20 хв, у неї може розвинутися невротичний стан.

Таким чином, хвороба змінює кількісні та якісні характеристики сфери відчуття і сприйняття. Між відчуттям і сприйняттям, з одного боку, і хворобою, з іншого боку, існує прямий і зворотний зв'язки. Хвороба змінює відчуття і сприйняття, а змінена перцепція впливає на перебіг захворювання. Порушення відчуття і сприйняття залежить не лише від анатомо-фізіологічних змін, спричинених хворобою, але і від стану психіки. Медик повинен завжди про це пам'ятати.

Хвороба змінює практично всі характеристики уваги. Передусім хвороба суттєво змінює якість життя і спектр інтересів. Хворий мимоволі починає концентрувати увагу і думки на захворюванні, його можливих наслідках, на своєму матеріальному стані, на ставленні до нього лікарів, родичів і співробітників, своїй перспективі стосовно подальшого життя, роботи тощо. Таким чином, увага хворого періодично розсіюється, а якісні характеристики (концентрація, стійкість, переключення) змінюються. Здорова людина в зоні активної уваги утримує в середньому 7 (від 5 до 9) об'єктів. Внаслідок астенизації, спричиненої хворобою, обсяг уваги зменшується, а тому хвора людина не завжди здатна чітко сконцентруватися на інструкціях лікаря. Отже, у цих випадках лікарю потрібно дати хворому інструкції у письмовому вигляді.

Проте у більшості хворих різко загострюється одностороння увага до явищ і процесів, пов'язаних з хворобою і лікуванням. Хворі практично інтуїтивно відчують ступінь компетентності і якість уваги лікаря (чи ця увага щира, чи награна). Хворі «прислуховуються» до найменших змін у стані свого організму, до різноманітних відчуттів, на які раніше не звертали уваги. У деяких хворих розвивається надмірна увага до певних проявів хвороби, що, звичайно, погіршує якість життя і звужує обсяг соціальних зв'язків.

Надмірна фіксація уваги на неприємних відчуттях і страх перед можливим захворюванням можуть стати причиною егогенії, тобто самонавіювання хвороби. Егогенія частіше розвивається у людей з тривожно-помисловими рисами характеру, образним типом сприйняття і гіпертрофованою увагою. Інколи егогенія розвивається у студентів-медиків, які теоретично вивчають симптоми захворювань, але не мають практич-

ного досвіду лікарської діяльності. Надмірна одностороння увага може зумовлювати односторонність сприйняття та осмислення ситуації. Так, в одному з московських медичних вузів був проведений такий експеримент. Студентам різних курсів після проходження певних дисциплін демонстрували відомий портрет Мони Лізи і просили висловити свою думку щодо стану здоров'я цієї молодої жінки. У результаті виявилось, що студенти, які вивчили ожиріння, відзначили у Мони Лізи явну схильність до повноти. Частина студентів, які здали залік з ендокринології, знайшли ознаки гіпертрофії щитоподібної залози. А деякі студенти, котрі вивчили психіатрію, запідозрили, що її «незрозуміла і блаженна посмішка» свідчить про те, що Мона Ліза могла бути інтелектуально недорозвинутою.

Якщо хворі з тривожно-помисловими рисами характеру фіксують і концентрують свою увагу на найменших змінах свого стану, то хворі гіпертимічного складу характеру не звертають увагу не лише на початкові прояви хвороби, але і на явні ознаки її. Внаслідок цього хворий починає лікуватися пізно, коли хвороба завдала значну руйнівну дію на організм і здоров'я.

Слід зазначити, що сприйняття навіть здорової людини не завжди адекватно відображує предмети об'єктивного світу. Прикладом цього можуть бути ілюзії, тобто помилкове, неточне, викривлене відображення дійсності. Основою ілюзій можуть бути фізіологічні закони, закони ВНД. Ілюзії виникають під впливом установок людини. До них належать, наприклад, ілюзії перспективи. Відомо, що розміщені на різній відстані предмети однакового розміру здаються різними, тобто ті з них, що знаходяться далі, сприймаються меншими. Тому, якщо намалювати на лініях, даних у перспективному зображенні, стовпчики однакового розміру, вони будуть сприйматися як стовпчики різного розміру. Це пояснюється тим, що сприйняття у перспективному зображенні створює ілюзію відстані. Особливе значення для виникнення ілюзій має фон. Помилки у сприйнятті виникають внаслідок певних сподівань або стомлення людини. Спостерігачеві, який сподівається побачити певний предмет, з появою предмета, лише схожого на очікуваний, може помилково здатися, що це саме той, на який він чекав, наприклад, куш може здатися людиною. Темний предмет здається меншим, ніж світлий того самого розміру. Якщо розглядати одночасно білий квадрат на чорному фоні і чорний квадрат такого самого розміру на білому фоні, то останній здаватиметься меншим за перший. Один і той самий колір на світлому фоні здається

темнішим, ніж на темному. Маленьке коло серед великих здається меншим, ніж коло такого самого діаметра серед менших. Якщо ж ці самі кола розглядати окремо від інших, то ілюзія зникає, кола сприймаються як однакові. У вразливих людей сильні емоції можуть спричинити своєрідні відчуття, які людина сприймає як власні. Так, Флобер, автор роману «Мадам Боварі», писав: «Коли я описував отруєння мадам Боварі, я відчував смак миш'яку настільки реально, що починалося блювання». У цілому ілюзії не порушують правильності пізнання об'єктів навколишнього світу, бо здорова людина має досить можливостей перевірити достовірність свого першого враження.

Одночасне відчуття (синестезія) полягає в тому, що будь-який подразник, діючи на відповідний орган чуття, поза волею суб'єкта, викликає не лише відчуття, специфічне для певного органа чуття, а водночас ще й додаткове відчуття або уявлення, характерне для іншого органа чуття. Найпоширенішим проявом синестезії є так званий кольоровий слух, за умови якого звук разом із слуховим відчуттям викликає і кольорове зображення. Кольоровий слух спостерігався у композиторів М. А. Римського-Корсакова, О. М. Скрибіна, М. К. Чюрльоніса.

І. М. Сеченов писав про те, що однією з необхідних умов нормальної психічної діяльності людини є відомий мінімум подразників, що надходять у мозок від органів чуття. Пізніше це підтвердилося клінічно: якщо людина не одержує необхідної кількості подразників у зв'язку з патологією органів чуття, то вона засинає або поринає в забуття і нічого з того, що відбувалося з нею в цей проміжок часу, не пам'ятає. Вплив обмеження кількості подразників (сенсорна ізоляція) на психічний стан людини вивчався експериментально на тваринах і на людях. В умовах сенсорної ізоляції у людини можуть виникати незвичайні психічні стани, які спочатку мають функціональний, оборотний характер. Особливо складно відбувається одночасно слухова і зорова ізоляція людей з високим інтелектом. Про це свідчать спостереження співробітників органів міліції. Психічний стан, що виникає у вчених, учителів, лікарів, спричинює таку поведінку, як у разі божевілля: порушуються пам'ять, мислення, емоційна регуляція, виникає панічний страх. У такому стані людина може підписати будь-який документ, навіть такий, який за змістом не відповідає реальності. Ці індивідуальні стани співробітники міліції практично не враховують.

За умови значного збільшення терміну ізоляції ці функціональні зміни трансформуються у патологічні — виникають нервово-психічні захворювання (неврози і психози).

Серед різноманітних порушень відчуттів часто спостерігається зниження поверхневої чутливості — гіпестезія, що виникає за умови підвищення порога больових відчуттів. На практиці можна спостерігати повну втрату больової чутливості — анестезію. До протилежних явищ належить підвищення чутливості до подразників, що діють на органи чуття, — гіпестезія. Іноді паралельно зі зміною больової чутливості порушується температурна чутливість, коли хворі не відчують дотику гарячих предметів і, як наслідок, часто дістають опіки.

Парестезія — відчуття заніміння, поколювання, печіння, «повзання мурашок», що виникають спонтанно. Вони зумовлені порушенням нервових провідників. Тяжке і больове відчуття, локалізоване хворим на якій-небудь ділянці поверхні тіла або у внутрішніх органах, що виникає за відсутності змін у тканинах і органах (потягування, печіння), називається сенестопатією. До розладів відчуттів належить і свербіж — видозмінене больове відчуття, що спричинює потребу почухувати певні ділянки шкіри і слизових оболонок. Свербіж можуть спричинити різні захворювання внутрішніх органів, токсикоз, алергійні фактори. Свербіж несприятливо впливає на психіку людини, призводить до дратівливості, гніву, ворожості. Такі хворі важко вступають у контакт з лікарями і потребують чуйного, терплячого ставлення до них.

Хвороба та стан пам'яті і уваги

Хвороба впливає на сферу пам'яті. Виснажлива хвороба ослаблює всі процеси пам'яті (фіксацію, утримання і відтворення). Якщо немає органічного ураження мозку, це явище є тимчасовим і носить функціональний характер. Внаслідок погіршення якості і об'єму пам'яті у деяких хворих виникає думка, що у них «склероз головного мозку», що їх пам'ять не відновиться. У цьому випадку лікар повинен пояснити хворому, що ці явища тимчасові і після одужання пам'ять відновиться. Лікар не повинен забувати, що астенизованим хворим з ослабленою пам'яттю і увагою потрібно кілька разів повторювати інструкції, а основні положення краще давати хворому у письмовому вигляді. Ні в якому разі лікар не повинен обра-



С. С. Корсаков
(1854—1900)

жатися на хворого за те, що він не уважно його слухав або не запам'ятав необхідну інформацію. З іншого боку, лікар не повинен загострювати увагу хворого на несуттєвих неприємностях, пов'язаних із хворобою.

У багатьох пацієнтів хвороба спричинює односторонню вибірккову гіпермнезію (посилення пам'яті). Хворі пригадують, у кого з родичів або знайомих відзначалися подібні симптоми захворювання, яке лікування отримували ці люди і чим закінчилося захворювання. При цьому здебільшого згадуються неприємні або навіть трагічні факти. Медик повинен пам'ятати про особливості змін пам'яті, спричинених хворобою, і відволікати увагу хворого від неприємних спогадів та асоціацій, пов'язаних із захворюванням. Порушення запам'ятовування, збереження і відтворення

фактів навколишнього життя і власного досвіду називається розладом пам'яті. У випадках, коли порушені лише ці функції, йдеться про кількісні розлади пам'яті. Коли розлади пам'яті поєднуються з несправжніми спогадами, перекручуються минуле і сучасне, реальне і уявне, мова йде про якісні розлади пам'яті.

До кількісних порушень пам'яті належать: амнезія, гіпомнезія і гіпермнезія. Амнезією називається порушення пам'яті у вигляді втрати здатності зберігати і відтворювати раніше набуті знання. Існує багато форм амнезії. Так, у разі антероградної амнезії людина не пам'ятає або забуває події, що відбувалися безпосередньо після закінчення розладу свідомості або хворобливого психічного стану. Вперше описав цей синдром видатний психіатр С. С. Корсаков.

Ретроградна амнезія — це коли особистість забуває події, що передували розладу свідомості або хворобливого психічного стану. Ретроградна амнезія може поширюватися на період від кількох годин до кількох років. У разі ретроградної амнезії відомі медичні психологи М. С. Лебединський та В. М. М'ясищев урахують дві пов'язані між собою можливості: 1) перебудову під впливом захворювання фону пам'яті за рахунок порушення асоціативних зв'язків, зниження інтелекту; 2) порушення самого ме-

ханізму репродукування. У разі старечого недоумства, інших атрофічних уражень мозку спостерігається прогресивна амнезія. Цей вид порушення пам'яті поширюється не лише на нещодавні події, а й на все минуле життя. Іноді у разі прогресивної амнезії хворі не пам'ятають свого дитинства, юності, плутають минуле з сучасним, не орієнтуються у просторі і часі.

Антероретроградна амнезія — поєднання ретроградної і антероградної амнезії, яке характеризується втратою пам'яті на події, що передували розладу свідомості або хворобливому психічному стану, і ті, що відбулися потому.

Гіпомнезія — ослаблення пам'яті або окремих її компонентів (запам'ятовування, відтворення, збереження), частіше спостерігається в осіб похилого віку. При цьому людина пам'ятає про пережиті події, але певною мірою, неповно.

Гіпермнезія — різке загострення пам'яті, коли напливають множинні спогади, іноді образні уявлення, які виникають у формі сцен. Хворі стають здатними цитувати цілі сторінки художніх творів, згадувати давні і незначні події свого життя, називати тисячі імен. Гіпермнезію, на думку чеських учених Р. Конечного і М. Боухала, зумовлюють сильні (але не суперсильні) ефективні переживання, які призводять до того, що людина дуже довго пам'ятає про образу, про грубу, ворожу поведінку стосовно себе. Гіпермнезія часто спостерігається у разі маніакальних станів, на початкових стадіях сп'яніння, за наявності шизофренії, у стані гіпнозу.

До якісних порушень пам'яті належать парамнезії — розлади пам'яті, за яких виникають несправжні або перекручені спогади, а також відбувається змішування сучасного і минулого, реального і уявного. Частіше вони спостерігаються у пацієнтів з органічними захворюваннями ЦНС, у разі корсаковського і сенільного психозів у психопатологічних особистостей. До парамнезій належать псевдоремінісценції, конфабуляції і криптомнезії.

Псевдоремінісценції — це викривлений спогад про факт, який був насправді. Конфабуляції — вигадані психічно хворою людиною події, що набувають форми спогадів. У разі конфабуляції хибні спогади пов'язані з подіями реального життя. Залежно від змісту і фону, на якому вони виникають, розрізняють конфабуляції фантастичні, галюцинаторні та ін. Порушення пам'яті можуть виникати у разі черепно-мозкових травм, психічних і органічних захворювань, а також під впливом тяжких переживань особистості.

Криптомнезії — викривлення пам'яті, за яких зникають відмінності між тим, що відбувалося насправді, і подіями, про які хворий почув, прочитав або які побачив уві сні. В одних випадках усе це згадується, неначе відбувалося насправді із самим хворим (асоційовані спогади); в інших — події, що мали місце насправді, згадуються, ніби почуті від когось, прочитані чи бачені уві сні (відчужені спогади).

Під час дослідження пам'яті важливу роль відіграє спостереження за поведінкою хворих, опитування, у ході якого можна визначити, як збереглися в їхній пам'яті події нещодавнього і віддаленого минулого. Опитування слід вести так, щоб хворий вважав, ніби відбувається звичайна бесіда. Існують і спеціальні методи експериментального дослідження пам'яті. Для цього застосовують набори чисел, слів, тести, таблиці із зображеннями, метод підказування, впізнавання, хворому пропонують порівняти два дуже схожих малюнки. Застосування цих методів залежить від конкретних умов, стану хворого.

Протягом догляду за хворими, які мають патологічні зміни пам'яті, лікар повинен проявляти делікатність, тактовність, оскільки такі хворі дуже вразливі. Так, наприклад, пацієнти з гіпомнезією хворобливо реагують на зниження пам'яті, бояться потрапити в незручне становище. З'являються труднощі в спілкуванні з оточуючими. Це спричинює пригнічений настрій. Медичному працівникові треба вміти підбадьорити, заспокоїти хворого. У разі псевдоремінісценцій і конфабуляцій не можна доводити хворому нереальність його висловлювань. Правильний підхід забезпечує довіру у хворого, сприятиме його одужанню.

У клінічній практиці частіше за інші розлади уваги спостерігається підвищене відволікання. Хворим важко зосереджуватися на одному об'єкті або діяльності. Увага їхня нестійка, сторонні подразники, у тому числі й малоцікаві, можуть порушувати концентрацію уваги і діяльність хворого. Відволікання хворих буває настільки сильним, що вони не можуть зосередитися на запитаннях лікаря, постійно переключаються з однієї думки на іншу.

Відволікання уваги спостерігається у разі підвищеної втомлюваності, загальної слабості людини, зумовленої виснаженням нервової системи, тривалим і інтенсивним емоційним напруженням, надмірною розумовою працею. Воно може з'явитися після інфекцій, інтоксикацій, у разі травм, пухлин, склерозу судин головного мозку. Хворі з підвищеним від-

воліканням не можуть утримувати в свідомості одночасно більше одного, навіть добре їм знайомого предмета.

За умови ураження лобових часток кори великого мозку спостерігається зниження здатності до переключення уваги. Переключення може бути настільки загальмованим, що хворий повторно виконує раніше виконану дію, не помічаючи цього.

Спостерігаються і протилежні випадки, коли здатність до переключення уваги посилюється. Таке порушення уваги характерне для хворих, які перебувають у стані підвищеного настрою, ейфорії.

Хвороба та стан мислення і інтелекту

Більшість хворих намагаються осмислити причини, сутність і наслідки свого захворювання. Цей процес осмислення залежить від інтелектуального рівня хворого, його обізнаності в питаннях медицини, його емоційного стану і установки щодо співпраці з медиками.

Передусім осмисленню підлягає сутність хвороби. Одна справа, коли у хворого діагностовано сезонне гостре респіраторне захворювання, а інша — коли інфаркт міокарда чи цукровий діабет. У пацієнтів із багатою уявою хвороба може змінити стиль мислення, і воно набуде характеру афективного. У цьому випадку в процесі осмислення на перший план виступає не логіка, а емоції (передусім тривога, страх і депресія). Для того щоб хворий зрозумів пояснення лікаря щодо сутності його хвороби, слід усунути емоційне напруження за допомогою методів психотерапії, а за необхідності — і за допомогою фармакологічних засобів, які може використати сімейний лікар та медичний психолог.

Хвороба залучає у свідомість людини багато проблем і, як правило, стан невпевненості. Хворий починає замислюватися над багатьма запитаннями, серед яких основні:

Чи не розпадеться сім'я, заради якої він жив?

Чи збережеться місце роботи?

Чи не стане він інвалідом?

Хто буде турбуватися про сім'ю?

Хто буде турбуватися про нього під час хвороби?

Чи можна лікуватися без грошей, якщо їх немає?

Яка ціна курсу лікування чи операції?

Чи говорить мені лікар правду?

Чи достатня кваліфікація лікаря?..

У хворого виникає безліч подібних запитань, які він осмислює сам, обговорює з родичами, сусідами по палаті, лікарем, молодшим медичним персоналом. Інтереси хворого звужуються навколо проблем, пов'язаних із захворюванням. Нерідко хворий не може знайти однозначної відповіді на якесь запитання чи низку запитань. У таких випадках він постійно думає про те, що для нього є найбільш важливим. Удень хворий має змогу певною мірою відволікатися від цих думок, оскільки спрямовує свою увагу на лікарів, лікування, контакти з оточуючими. Але вночі він залишається наодинці зі своїми думками і переживаннями. Ці думки, страхи, тривога не дають йому змоги заснути, знесилюють хворого, погіршують здоров'я.

Лікарі — це медичні психологи, які повинні спрямувати думки хворого у правильному напрямку, корисному для нього. Потрібно домовитися, щоб хворий вночі спав, а не страждав душевно, щоб вдень він проявляв зацікавленість і активність у лікувальному процесі, а не «копирсався» у своїх неприємних переживаннях і думках.

У деяких пацієнтів хвороба супроводжується напливом настирливих і надцінних думок, які домінують у свідомості і з'являються у людини поза її волею. Як правило, ці думки мають виражене емоційне забарвлення. Зміст думок може бути різним: кардіофобія (страх перед серцевим нападом), канцерофобія (страх, що у хворого зляксіє захворювання), танатофобія (страх раптової смерті), ніктофобія (страх ночі), сифіло- і снідофобія, страхи, що хворий внаслідок своїх переживань може втратити розум тощо. Сімейний лікар повинен встановити наявність таких думок, тому що вони вимагають втручання психіатра. Зневажливе ставлення до таких станів може призвести до суїцидальних дій хворого.

Таким чином, хвороба змінює зміст, форму і якість мислення. У той самий час змінене мислення може впливати на перебіг хвороби, видозмінювати її симптоматику. Наприклад, афективне мислення у істероїдних особистостей може спричинити істероформну симптоматику функціонального характеру (відчуття комка в горлі, функціональна кардіалгія, напади психогенної ядухи, істеричні паралічі і парези тощо).

Своєрідні установки і забобони хворого також можуть погіршити його стан. Наприклад, багато хворих вважають, що у разі нападу болю, зумовленого радикулітом, потрібно «вигрівати» місце ураження. У дійсності

внаслідок дії тепла корінці нервів розбухають, ще більше защемлюються, що посилює больовий синдром і навіть спричинює некроз частини нервових волокон. У деяких хворих є установка на те, що всі ліки є отрутою і їх не треба вживати. Внаслідок своїх забобонних уявлень частина хворих намагаються лікуватися не у лікарів, а у різних цілителів, знахарів або звичайних шарлатанів. Сімейні лікарі повинні вміти вчасно виявити сутність негативних установок і забобонів, щоб ужити адекватні й ефективні заходи коригувального характеру.

Спілкуючись із хворим і пояснюючи йому сутність захворювання та необхідність лікування, слід ураховувати ступінь інтелекту хворого, його кругозір, рівень медичної обізнаності і спрямованість установки хворого щодо лікування. Зрозуміло, що система пояснень хворому з вищою освітою і широким кругозором повинна відрізнитися від стилю просвітницької роботи з недостатньо освіченим, а тим більше неграмотним хворим. Трафаретний «середній» рівень інформації може образити високоосвіченого інтелегента, який може запідозрити, що його вважають недостатньо грамотним. Але цей самий рівень може бути недосяжним для усвідомлення неграмотною чи розумово недорозвиненою людиною. Лікар має розмовляти зрозумілою мовою, переконливо, уникаючи специфічних термінів. Завжди потрібно шанобливо ставитися до гідності хворого. Неприпустимо пасміхатися над необізнаністю чи забобонами хворого. Навпаки, дуже корисно вислухати і зрозуміти причину помилкових суджень, тоді їх буде набагато легше коригувати. Якщо хворий відчує зневажливе ставлення, він здебільшого «замикається» у собі, формально слухає медика, але залишається при своїй думці. Діалог з таким хворим буде нагадувати спілкування «німого з глухим» і стане безрезультатним або навіть шкідливим для хворого.

Низький рівень інтелекту може негативно впливати на перебіг захворювання, що зумовлено неадекватним ставленням до хвороби, неспроможністю усвідомлено дотримуватися режиму і лікування. Проте не завжди низький рівень інтелекту перешкоджає лікувальному процесу. Здебільшого люди з примітивним інтелектом мають високий рівень гінпоїдності. Ось чому такі хворі легко піддаються психотерапії. Причому, чим незрозуміліше, містичніше і «нахабніше» буде діяти індуктор, тим, як правило, кращим буде результат. Саме цим і користуються різного роду провидці, «чудо-цілителі» і шарлатани. Молитва, замовляння, магічний ритуал і театральні паси, голос і погляд дають цілющий ефект, який

стосується лише функціональних змін. Практика свідчить, що у разі проведення психотерапії необхідно обов'язково враховувати рівень інтелекту хворого, його установку і ступінь навіювання.

Таким чином, хвороба має прямий і зворотний зв'язок з мисленням та інтелектом хворого.

Хвороба та стан емоційно-вольової сфери

Будь-який патологічний стан впливає відповідним чином на емоції, переживання і вольову сферу хворого. Доведено, що емоційні переживання супроводжуються збудженням підкіркових центрів та фізіологічними процесами у вегетативній нервовій системі, що призводить до змін у діяльності органів та систем організму. Зокрема, змінюється ритм дихання, серцебиття, травлення, порушується пульс, тиск, розширюються чи звужуються зіниці, змінюються реакції потовиділення, почервоніння або збліднення обличчя і т. п.

Фізіологічні зміни 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 хворих під впливом патогенно-стресових ситуацій виникають психосоматичні хвороби. Крім того, негативні емоції, що супроводжують соматичні захворювання, зумовлюють виникнення так званих функціональних симптомів.

Фізіологічні зміни, пов'язані з переживаннями, можуть по-різному перебігати в різних людей; іноді спостерігаються дуже великі індивідуальні відмінності. Визначальним чинником цієї різноманітності може бути інтенсивність емоційних переживань: ті самі емоції у разі різної їх інтенсивності можуть спричинювати відмінні зміни в діяльності внутрішніх органів.

Серед різноманітних змін, які виникають в організмі під час емоційних переживань, найчастіше спостерігаються такі.

Зміни в системі кровообігу. Ці зміни пов'язані з прискоренням або сповільненням ритму серцебиття. Наприклад, у разі появи неочікуваних, раптових збудників серцебиття різко зростає, а потім досить швидко повертається до норми. Коли людина переживає сильне захоплення або гнів, можна помітити почервоніння обличчя й очей від надмірного

припливу крові. Якщо людина чимось стурбована, відбувається звуження кровоносних судин і виникає спричинена цим блідість шкіри обличчя і т. п. Також типовим явищем у разі різноманітних емоційних збуджень є значне прискорення серцебиття.

У період емоційного піднесення дихання переважно стає глибшим і повільнішим. У разі неочікуваної появи якогось збудника людина часто відчуває, що в неї перехоплює дихання. У стані шоку швидкість дихання зростає, його глибина переважно залишається без змін, але саме дихання стає нерегулярним.

Зміна ширини зіниць. Розширення зіниць спостерігають під час переживання болю, гніву чи емоційного піднесення. Коли людина спокійна й відпочиває, зіниці звужуються.

Шкірна реакція полягає в появі так званої гусячої шкіри під час переживання сильного, важкого для опанування страху.

Розлад функцій шлунка та кишечника. Коли людина переживає сильні емоції, можуть виникнути також ознаки розладу системи травлення, наприклад морська хвороба або пронос. Довготривале емоційне напруження, з яким людина не може впоратися, іноді навіть призводить до викинення виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки.

Напруження м'язів і їх тремтіння. Цей стан може настати в моменти сильного хвилювання, наприклад перед відповідальним виступом на концерті, екзаменом тощо.

Окрім наведених вище добре помітних змін у функціонуванні організму, під впливом емоційних переживань також змінюється *хімічний склад крові та електричний опір* шкіри (так звана психогальванічна реакція). Але для оцінювання таких змін потрібна спеціальна діагностична апаратура, яка є звичним атрибутом лабораторій експериментальної психології.

Здебільшого серйозні захворювання призводять до розвитку у хворого станів тривоги і страху, котрі часто можуть стати відчаєм і панікою. Тривалі захворювання супроводжуються депресією, котра може трансформуватися в апатію. Як правило, наведені типи емоційного реагування поєднуються з явищами загальної астенизації, внаслідок чого виникають основні типи реагування.

Для позначення змін емоційного стану використовують ще й спеціальні поняття.

Ейфорія — це піднесений настрій, стан задоволення і безтурботності, що не відповідає об'єктивним обставинам. Характеризується мімічним

стосується лише функціональних змін. Практика свідчить, що у разі проведення психотерапії необхідно обов'язково враховувати рівень інтелекту хворого, його установку і ступінь навіювання.

Таким чином, хвороба має прямий і зворотний зв'язок з мисленням та інтелектом хворого.

Хвороба та стан емоційно-вольової сфери

Будь-який патологічний стан впливає відповідним чином на емоції, переживання і вольову сферу хворого. Доведено, що емоційні переживання супроводжуються збудженням підкіркових центрів та фізіологічними процесами у вегетативній нервовій системі, що призводить до змін у діяльності органів та систем організму. Зокрема, змінюється ритм дихання, серцебиття, травлення, порушується пульс, тиск, розширюються чи звужуються зіниці, змінюються реакції потовиділення, почервоніння або збліднення обличчя і т.п.

Фізіологічні зміни 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 хворих під впливом патогенно-стресових ситуацій виникають психосоматичні хвороби. Крім того, негативні емоції, що супроводжують соматичні захворювання, зумовлюють виникнення так званих функціональних симптомів.

Фізіологічні зміни, пов'язані з переживаннями, можуть по-різному перебігати в різних людей; іноді спостерігаються дуже великі індивідуальні відмінності. Визначальним чинником цієї різноманітності може бути інтенсивність емоційних переживань: ті самі емоції у разі різної їх інтенсивності можуть спричинювати відмінні зміни в діяльності внутрішніх органів.

Серед різноманітних змін, які виникають в організмі під час емоційних переживань, найчастіше спостерігаються такі.

Зміни в системі кровообігу. Ці зміни пов'язані з прискоренням або сповільненням ритму серцебиття. Наприклад, у разі появи неочікуваних, раптових збудників серцебиття різко зростає, а потім досить швидко повертається до норми. Коли людина переживає сильне захоплення або гнів, можна помітити почервоніння обличчя й очей від надмірного

припливу крові. Якщо людина чимось стурбована, відбувається звуження кровеносних судин і виникає спричинена цим блідість шкіри обличчя і т.п. Також типовим явищем у разі різноманітних емоційних збуджень є значне прискорення серцебиття.

У період емоційного піднесення дихання переважно стає глибшим і повільнішим. У разі неочікуваної появи якогось збудника людина часто відчуває, що в неї перехоплює дихання. У стані шоку швидкість дихання зростає, його глибина переважно залишається без змін, але саме дихання стає нерегулярним.

Зміна ширини зіниць. Розширення зіниць спостерігають під час переживання болю, гніву чи емоційного піднесення. Коли людина спокійна й відпочиває, зіниці звужуються.

Шкірна реакція полягає в появі так званої гусячої шкіри під час переживання сильного, важкого для опанування страху.

Розлад функцій шлунка та кишечнику. Коли людина переживає сильні емоції, можуть виникнути також ознаки розладу системи травлення, наприклад морська хвороба або пронос. Довготривале емоційне напруження, з яким людина не може впоратися, іноді навіть призводить до виникнення виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки.

Напруження м'язів і їх тремтіння. Цей стан може настати в моменти сильного хвилювання, наприклад перед відповідальним виступом на концерті, екзаменом тощо.

Окрім наведених вище добре помітних змін у функціонуванні організму, під впливом емоційних переживань також змінюється *хімічний склад крові та електричний опір* шкіри (так звана психогальванічна реакція). Але для оцінювання таких змін потрібна спеціальна діагностична апаратура, яка є звичним атрибутом лабораторій експериментальної психології.

Здебільшого серйозні захворювання призводять до розвитку у хворого станів тривоги і страху, котрі часто можуть стати відчаєм і панікою. Тривалі захворювання супроводжуються депресією, котра може трансформуватися в апатію. Як правило, наведені типи емоційного реагування поєднуються з явищами загальної астенизації, внаслідок чого виникають основні типи реагування.

Для позначення змін емоційного стану використовують ще й спеціальні поняття.

Ейфорія — це піднесений настрій, стан вдовolenня і безтурботності, що не відповідає об'єктивним обставинам. Характеризується мімічним

і загальним руховим поживленням, психомоторним збудженням. За певних умов стан ейфорії може виникати і в здорових людей, наприклад, після підйому людини високо в гори, внаслідок кисневої недостатності. Часто ейфорія виникає на початкових стадіях алкогольного сп'яніння, під час наркозу, у разі захворювань, пов'язаних із кисневим голодуванням (туберкульоз, анемія).

Дисфорія — пригнічений настрій, що характеризується дратівливістю, ворожістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих, схильністю до вибухів агресії. У клініці дисфорія спостерігається у хворих на епілепсію внаслідок органічних уражень головного мозку, а також при деяких формах психопатій. В окремих випадках хворий може стати небезпечним для оточуючих.

Емоційна лабільність — характеризується легким і швидким переходом від піднесеного до пригніченого настрою. Часто емоційна лабільність спостерігається у разі серцево-судинних захворювань.

Амбівалентність почуттів — неузгодженість, суперечливість кількох емоційних ставлень до певного об'єкта, що їх відчуває людина одночасно.

Апатія — стан, який характеризується емоційною пасивністю, байдужістю, спрощенням почуттів, відсутністю інтересу до навколишніх явищ, подій та ослабленням спонук. Цей стан іноді виникає внаслідок деяких органічних уражень головного мозку, слабоумства, а також тривалого соматичного захворювання. Наведені зміни емоцій характерні для хворих на шизофренію.

Паратимія — неадекватний афект (відповідь), що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його зумовила. Крім того, патологічними можуть стати страх, тривога, смуток тощо.

У клініці спостерігаються й інші хворобливі зміни емоційного стану, такі, як дратівливість, інфантилізм, нездатність стримувати свої емоції — перехід від сміху до ридання, постійний безпричинний гнів. Іноді соматомімічні рефлекси не відповідають справжньому настрою. Людина, переживаючи неприємну звістку, висловлює стурбованість, виявляє занепокоєння і одночасно посміхається. Спостерігається також роздвоєння мімічних реакцій на обличчі — очі плачуть, а губи посміхаються. Емоційні стани ніби відокремлюються від інтелектуальних процесів та поведінкових проявів.

У разі порушення емоцій особливої уваги потребує вивчення депресії. Хворі на депресію прагнуть до самотності, рухова і психічна діяльність

у них загальмована. Часто у таких хворих можуть виникати суїцидальні думки і спроби, тому їх не можна випускати з поля зору.

У разі маніакального стану хворі рухливі, гомінливі, розгальмовані, тому порушують режим у лікарні, створюють труднощі для оточуючих.

Особи з виявленою емоційною лабільністю передусім потребують чуйного ставлення. Цю категорію хворих слід обережати від сильних емоційних потрясінь. Доброзичливий вираз обличчя, обережні рухи, ласкаве слово повертають таким людям, як правило, добрий настрій. Позитивні естетичні відчуття обов'язково повинні входити в комплекс терапевтичних заходів. Велике значення мають і зовнішній вигляд лікаря, і відновідне оформлення приміщень, і освітлення, і колір стін, і розташування меблів.

Як відомо, емоції проявляються не лише у суб'єктивних переживаннях, але також і у відповідному інтегральному реагуванні практично всіх органів і систем. Так, емоції змінюють показники гемодинаміки (від гіпертонічних кризів до колаптоїдних станів із знепритомненням), спричинюють тахікардію, аритмію, посилення перистальтики, сповільнення роботи кишечника, спазми сечового і жовчного міхура, пітливість, напади ядухи, тремтіння тощо). Установлено, що у кожної людини емоційне напруження спричинює характерний саме для цієї людини своєрідний психовегетативний синдром. Чим інтенсивніша емоція, тим яскравіше проявляються ознаки психовегетативного синдрому.

Формування вольових якостей — це один з найскладніших процесів праці особистості над собою. Він залежить від багатьох психофізіологічних і соціальних параметрів, наприклад від особливостей нервової системи, переконань людини, від цілей, які вона перед собою ставить, тощо. При цьому йдеться про постійне подолання не лише зовнішніх, об'єктивних, а й внутрішніх, суб'єктивних, перешкод. Людина може регулювати свою діяльність, якщо вона навчилася володіти своїми звичками, інтересами, бажаннями.

Сильна воля хворого інколи навіть може сприяти збереженню життя. Велике бажання жити допомагає хворому не лише подолати біль, а й видужати.

Одним з основних завдань медиків є зміцнення волі пацієнтів, ослаблених хворобою. Вони повинні вміти відволікати пацієнта від важких думок, вселити віру в одужання, враховуючи при цьому індивідуальні особливості пацієнта і його стан на певний момент. Особливої уваги потребують хворі з порушеннями вольової сфери.

Для вирішення питань про стан вольової сфери значення мають:

- 1) оцінка зовнішності, міміки, пози, поведінки, темпу мовлення, реакції хворого на поставлені запитання під час огляду;
- 2) оцінка суб'єктивних і об'єктивних анамнестичних відомостей про життя пацієнта та його захворювання;
- 3) аналіз скарг і об'єктивних психологічних і соматоневрологічних ознак захворювання;
- 4) дані експериментально-психологічних, клініко-лабораторних та інших досліджень.

Під час захворювання вольові процеси, зумовлені інстинктом самозбереження, можуть посилюватися. Хворий проявляє гіпербулію (посилення вольових процесів) як контрзахід, спрямований на боротьбу із захворюванням. Інколи гіпербулія набуває одностороннього характеру. Наприклад, наркоман на тлі загальної гіпобулії і втрати інтересу до роботи, навчання, сім'ї, минулих захоплень, проявляє море енергії, рішучості, витримки, хитрості, настирливості і сміливості у питаннях, котрі стосуються добування чергової партії наркотику.

Проте у більшості хворих внаслідок астенизації і пригніченого стану вольові процеси слабшають. На тлі астеничних емоцій інстинктивна діяльність (апетит, бажання діяти і пізнавати нове, сексуальна активність) знижується, об'єм соціальних контактів звужується, розвивається загальна слабкість і знесилення.

Водночас наявність астеничних емоцій у вигляді суб'єктивного рішучого протесту проти свого стану, як правило, посилюють вольову сферу і за наявності необхідної кількості життєвих резервів можуть сприяти ефективнішому лікуванню. Але, якщо вольова діяльність є більшою, ніж резервні життєві сили організму, надмірне витрачання енергії може погіршити стан хворого.

У клініці звертають увагу на здатність людини виконувати певні дії з предметами (запалити сірника, показати, як користуватися ключем, розкрити і закрити портфель тощо). Установлюючи діагноз, лікар повинен знати, чи здатний хворий виконувати безпосередньо об'єктивні дії (свистіти, стрибати), автокінетичні рухи (стиснути кулак, висунути язик тощо), чи може він відтворити запропоновані йому рухи тощо. Звертають увагу і на залежність успішності виконання дії від складності запропонованого завдання.

Доведено, що тренуванню піддається не лише система м'язів, а й нервова система. Оптимізації психічної діяльності досягають вольовими тре-

нуваннями нервових процесів. Різні психорегулювальні методики, їхні позитивні сторони об'єднує автогенне тренування, яке є комплексним методом, спрямованим на нормалізацію функцій організму, перебудову особистості, активізацію хворого в процесі лікування. За допомогою автогенного тренування відновлюється нервова регуляція процесів людського організму. Лікувальний і профілактичний ефект автогенного тренування ґрунтується на самонавіюванні. Але дуже важливо враховувати зв'язок функціонального стану ЦНС з тонусом і активністю м'язів. Зовні почуття виявляються в міміці, що відбиває стан психіки. Таким чином, принцип рефлекторної діяльності щодо емоційних реакцій зберігається повністю, оскільки рух є кінцевим виявом психічного акту.

Емоції впливають на стан вольової сфери, а можливість або неможливість активної діяльності впливає відповідним чином на емоційний стан хворого. Особливо важливим є адекватний вплив на емоційно-вольову сферу на етапі реабілітаційної терапії. Наприклад, кожні кілька додаткових кроків хворого, котрий переніс інфаркт міокарда, буквально окрилюють його і додають віри у видужання.

Хвороба та стан свідомості

Патологічні процеси обов'язково впливають на сферу свідомості. Важкі патологічні процеси, виражена інтоксикація, органічні ураження головного мозку можуть спричинити кількісні і якісні зміни свідомості. Лікар будь-якої спеціальності буде спостерігати різні стани і різні виключення свідомості: знепритомнення, оглушення, сопор, кому. У разі оглушення об'єм свідомості зменшується, якість усвідомлення подразників погіршується. Внаслідок підвищення порога відчуття подразники звичайної сили хворим не сприймаються. Звертатися до хворого потрібно голосно, нерідко розворушувати його. Відповідає хворий коротко і лише на прості запитання. У разі сопору і коми свідомість хворого втрачена, і в контакт із ним вступити неможливо. Проте за наявності сопору безумовні рефлекси ще збережені, а в разі коми вони зникають. Симптоми виключення свідомості свідчать про важкість стану хворого, що вимагає інтенсивних дій з боку медиків. Вживання деяких препаратів і наркотиків стимулювальної дії може покращувати якість свідомості, спричинювати стани так званої люцидної свідомості. Після дії таких речовин у хворого обов'язково розвинеться стан виснаження. Крім кількіс-

Для вирішення питань про стан вольової сфери значення мають:

- 1) оцінка зовнішності, міміки, пози, поведінки, темпу мовлення, реакції хворого на поставлені запитання під час огляду;
- 2) оцінка суб'єктивних і об'єктивних анамнестичних відомостей про життя пацієнта та його захворювання;
- 3) аналіз скарг і об'єктивних психологічних і соматоневрологічних ознак захворювання;
- 4) дані експериментально-психологічних, клініко-лабораторних та інших досліджень.

Під час захворювання вольові процеси, зумовлені інстинктом самозбереження, можуть посилюватися. Хворий проявляє гіпербулію (посилення вольових процесів) як контрзахід, спрямований на боротьбу із захворюванням. Інколи гіпербулія набуває одностороннього характеру. Наприклад, наркоман на тлі загальної гіпобулії і втрати інтересу до роботи, навчання, сім'ї, минулих захоплень, проявляє море енергії, рішучості, витримки, хитрості, настирливості і сміливості у питаннях, котрі стосуються добування чергової партії наркотику.

Проте у більшості хворих внаслідок астенізації і пригніченого стану вольові процеси слабшають. На тлі астенічних емоцій інстинктивна діяльність (апетит, бажання діяти і пізнавати нове, сексуальна активність) знижується, об'єм соціальних контактів зривується, розвивається загальна слабкість і знесилення.

Водночас наявність астенічних емоцій у вигляді суб'єктивного рішучого протесту проти свого стану, як правило, посилюють вольову сферу і за наявності необхідної кількості життєвих резервів можуть сприяти ефективнішому лікуванню. Але, якщо вольова діяльність є більшою, ніж резервні життєві сили організму, надмірне витрачання енергії може погіршити стан хворого.

У клініці звертають увагу на здатність людини виконувати певні дії з предметами (запалити сірника, показати, як користуватися ключем, розкрити і закрити портфель тощо). Установлюючи діагноз, лікар повинен знати, чи здатний хворий виконувати безпосередньо об'єктивні дії (свистіти, стрибати), автоткінетичні рухи (стиснути кулак, висунути язик тощо), чи може він відтворити запропоновані йому рухи тощо. Звертають увагу і на залежність успішності виконання дії від складності запропонованого завдання.

Доведено, що тренуванню піддається не лише система м'язів, а й нервова система. Оптимізації психічної діяльності досягають вольовими тре-

нуваннями нервових процесів. Різні психорегулювальні методики, їхні позитивні сторони об'єднує автогенне тренування, яке є комплексним методом, спрямованим на нормалізацію функцій організму, перебудову особистості, активізацію хворого в процесі лікування. За допомогою автогенного тренування відновлюється нервова регуляція процесів людського організму. Лікувальний і профілактичний ефект автогенного тренування ґрунтується на самонавіюванні. Але дуже важливо враховувати зв'язок функціонального стану ЦНС з тонусом і активністю м'язів. Зовні почуття виявляються в міміці, що відбиває стан психіки. Таким чином, принцип рефлекторної діяльності щодо емоційних реакцій зберігається повністю, оскільки рух є кінцевим виявом психічного акту.

Емоції впливають на стан вольової сфери, а можливість або неможливість активної діяльності впливає відповідним чином на емоційний стан хворого. Особливо важливим є адекватний вплив на емоційно-вольову сферу на етапі реабілітаційної терапії. Наприклад, кожні кілька додаткових кроків хворого, котрий переніс інфаркт міокарда, буквально окрилюють його і додають віри у видужання.

Хвороба та стан свідомості

Патологічні процеси обов'язково впливають на сферу свідомості. Важкі патологічні процеси, виражена інтоксикація, органічні ураження головної мозку можуть спричинити кількісні і якісні зміни свідомості. Лікар будь-якої спеціальності буде спостерігати різні стани і різні виключення свідомості: знепритомнення, оглушення, сопор, кому. У разі оглушення об'єм свідомості зменшується, якість усвідомлення подразників погіршується. Внаслідок підвищення порога відчуття подразники звичайної сили хворим не сприймаються. Звертатися до хворого потрібно голосно, нерідко розворушувати його. Відповідає хворий коротко і лише на прості запитання. У разі сопору і коми свідомість хворого втрачена, і в контакт із ним вступити неможливо. Проте за наявності сопору безумовні рефлекси ще збережені, а в разі коми вони зникають. Симптоми виключення свідомості свідчать про важкість стану хворого, що вимагає інтенсивних дій з боку медиків. Вживання деяких препаратів і наркотиків стимулювальної дії може покращувати якість свідомості, спричинювати стани так званої люцидної свідомості. Після дії таких речовин у хворого обов'язково розвинеться стан виснаження. Крім кількіс-

них, можна спостерігати і якісні зміни свідомості (делірій, онейроїд, аменція, сутінкові стани свідомості), які свідчать про розвиток психотичного стану. Ці види порушення є компетенцією лікарів-психіатрів. Якщо кількісні і якісні зміни свідомості — це ознака важкого стану хворого і вони мають визначену симптоматику, яка привертає увагу оточуючих, то зміни самосвідомості є обов'язковими для будь-якої патології. Передусім у хворого змінюється самопочуття. Розвиваються млявість, загальна слабкість, відчуття занепадання. Хвора людина усвідомлює, що з її організмом щось негаразд.

Самоусвідомлення зміни свого здоров'я включає інтегральне реагування всіх сфер психічної діяльності на хворобу з позицій прямого і зворотного зв'язку. Таке самоусвідомлення може бути самокритичним і адекватним, а може бути неадекватним, зумовленим установкою, забобонами, афективною логікою, нерозумінням сутності захворювання і т. ін.

Саме індивідуальні особливості самоусвідомлення свого стану, яке ґрунтується на самоаналізі, осмисленні та емоційно-вольовому реагуванні на власну хворобу, лежать в основі так званої ВКХ.

Відчуття фізичного негаразду й усвідомлення хвороби впливає відповідним чином на прояви підсвідомих процесів. Передусім у хворих загострюється інтуїтивне сприйняття ставлення до себе як до хворого. Рівень якості підсвідомого сприйняття невербальних засобів спілкування (поза, погляд, міміка, жести, пантоміміка, тембр голосу, характер пауз у розмові, ознаки щирості, нещирості або розгубленості лікаря і т. п.) також значно підвищуються.

Деякі підсвідомі процеси внаслідок хвороби частково тимчасово «блокуються». Так, хворому важко згадати у потрібний момент необхідну інформацію, яка знаходиться у зоні підсвідомих процесів. Внаслідок цього у деяких хворих розвивається страх з приводу, на їхню думку, «загрози втрати пам'яті». У деяких випадках подібні необґрунтовані переживання вимагають проведення психотерапевтичної корекції.

Внаслідок астенизації, загального ослаблення вольових процесів, котре ґрунтується з підсвідомою установкою на одужання будь-яким шляхом, у деяких хворих підвищується рівень підсвідомої гіпноїдності і навіювання. Це полегшує проведення психотерапії, але може нашкодити хворому шкоду, коли він потрапляє в руки цинічних і нахабних навколomedичних шарлатанів.

Таким чином, хвороба впливає на свідомість, самосвідомість і підсвідому сферу хворого. Зміна цих сфер у свою чергу впливає на особистість хворого і на перебіг хвороби. Адекватне самоусвідомлення свого стану сприяє

об'єктивному ставленню до хвороби, а суттєві порушення вищої єдності психічних процесів призводять до змінених форм реагування на хворобу.

Тип ставлення пацієнта до хвороби великою мірою визначає перебіг її і ефективність лікування.

Особливе значення у розвитку неврозів, неврозоподібних станів і психосоматичних захворювань (наприклад, гіпертонічної хвороби, виразкової хвороби шлунка, хронічного коліту і т. п.) має сфера безсвідомого.

Таким чином, хвороба змінює свідомість, тобто вищу єдність усіх психічних функцій людини, а зміни свідомості, самосвідомості, підсвідомих і безсвідомих процесів впливають на перебіг захворювання.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності: відчуттів та сприйняття, уваги, пам'яті, мислення та інтелекту.
2. Вплив хвороби на пізнавальні процеси людини.
3. Вплив інтелектуальних особливостей хворого на лікувальний процес.
4. Порушення мови і їх вплив на лікувальний процес.
5. Особливості психологічного дослідження пізнавальної діяльності.
6. Клініко-психологічні особливості емоційно-вольової сфери.
7. Вплив хвороби на емоційно-вольову сферу людини.
8. Хворобливі зміни емоцій та їх психологічна корекція.
9. Вольові якості особистості та їх роль у лікувальному процесі.
10. Зміна волі, потягів та поведінки під час хвороби.
11. Особливості психологічного дослідження емоційно-вольової сфери.
12. Свідомість, самосвідомість, їх рівні.
13. Теорія безсвідомого і психодинамічний підхід у медицині.
14. Критерії непорушеної свідомості.
15. Стани свідомості під час хвороби.
16. Особливі стани свідомості.
17. Психологічне дослідження свідомості і самосвідомості.



Психологія медичних працівників

Люди молодого віку, що обирають медичну професію, керуються різною мотивацією. Певна частина приходить у професію внаслідок свідомої і глибокої зацікавленості, маючи ґрунтовні знання з біологічних і природничих наук. Частина приваблює престижність і затребуваність професії, інші обирають цю професію, беручи за приклад професію батьків або інших авторитетних для них людей. Доволі багато є й таких, хто сам переніс важке захворювання або стикався з медичними проблемами своїх рідних і вирішив якомога більше дізнатися про людський організм і хвороби і допомагати людям у подоланні їхніх страждань. Ті, що у виборі професії керувалися переважно співчуттям, — а таких є більшість, — тісніше стикаючись з медичним середовищем, переживають певне розчарування. І це деякою мірою зрозуміло. Ставлення лікаря до хворого не може визначатися лише емоціями. Поведінка лікаря, особливо коли він змушений діяти швидко і рішуче, звичайній людині може здаватися холодною і безпристрасною. Гуманне ставлення лікаря до хворого визначається розумінням його суб'єктивного стану, чутливим, але небагатослівним відношенням, дбайливим ставленням під час обстеження і лікування, а не повним і цілковитим злиттям зі стражданнями хворого до такого ступеня, щоб і самому переживати емоційний шок.

Передумовою виникнення позитивних психологічних стосунків і довіри між медичними працівниками і хворими є, без сумніву, також і кваліфікація, досвід і високий професіоналізм лікаря. Але фаховий рівень є лише інструментом, ефективність якого залежить від інших сторін особистості лікаря. Існуюча донедавна вузька спеціалізація несе небезпеку звуженого або мозаїчного погляду лікаря на хворого. Медична психологія і теорія вищої нервової діяльності можуть допомогти

вирівняти ці негативні сторони спеціалізації завдяки своєму загальному синтетичному розумінню особистості хворого і його організму в зв'язку з навколишнім середовищем. Довіра до лікаря — це динамічне позитивне ставлення хворого до лікаря, що виражає зумовлене попереднім досвідом очікування наявності у лікаря здібностей, засобів і бажання найкращим чином допомогти хворому.

Для вияву довіри має значення також перше враження, що виникає у хворого під час зустрічі з лікарем, його актуальна міміка, жестикуляція, тон, вирази, які витікають із попередньої ситуації і не мають стосунку до хворого, а також зовнішній вигляд: якщо хворий бачить лікаря неохайним, роздратованим, невиспаним через причини, не пов'язані з роботою, то він матиме сумніви щодо нього, вважаючи, що людина, яка не може сама подбати про себе, навряд чи здатна подбати про інших і бути надійною у своїй роботі.

Медичний працівник викликає довіру хворого тоді, коли він є гармонійною особистістю, спокійний і впевнений, але без зверхності, якщо його поведінка є рішучою і настійливою і поєднується з гуманністю і делікатністю. Приймаючи серйозне рішення, лікар повинен уявляти собі результати його для здоров'я і життя хворого, посилюючи цим в собі почуття відповідальності. Особливою вимогою до лікаря є необхідність бути терплячим, толерантним і володіти собою. Він завжди має передбачати різні можливості розвитку захворювання і не вважати за невдячність, нехтування чи навіть за особисту образу з боку хворого, якщо його стан не покращується. Нелегко адекватно поєднати в роботі лікаря необхідну турботливість і розсудливість з рішучістю і холоднокровністю, оптимізм — з критичним ставленням і скромністю. Трапляються ситуації, коли доцільно застосувати почуття гумору, без іронії і сарказму, за принципом «сміятися разом із хворим, але ніколи — над хворим». Хоча деякі хворі не переносять гумору навіть у помірних дозах, вважаючи його проявом легковажності і неповаги до їхніх проблем.

Урівноважена особистість лікаря є для хворого комплексом гармонійних зовнішніх стимулів, котрі значною мірою впливають на його одужання. Медичний працівник має виховувати і формувати свою особистість, по-перше, спостерігаючи за реакцією на свою поведінку безпосередньо (в розмові з хворим, за його мімікою, жестами, інтонаціями), а по-друге, опосередковано, дізнаючись про свою поведінку, стиль і манери від своїх колег. Сам він також може допомогти своїм колегам відкоригувати їхню

поведінку. Звичайно, це потребує певних зусиль, критичного ставлення до себе і достатньої інтелігентності, котра для медичного працівника є, безумовно, необхідною.

Молодий лікар, про котрого хворим відомо, що він не має достатнього життєвого і професійного досвіду, можливо, перебуває в дещо не вигідному становищі щодо завоювання довіри хворого порівняно зі своїми старшими колегами, але йому має допомагати усвідомлення того, що цей недолік є тимчасовим і може бути компенсований сумлінністю, готовністю в будь-яку хвилину прийти на допомогу та скромністю.

Незважаючи на те що розвиток позитивних взаємостосунків лікаря і хворого можуть ускладнювати також і деякі несприятливі риси характеру хворого (нестриманість, проявів з надмірною емоційністю, наприклад гніву, або замкнутість із слабкими емоційними реакціями і загальмованістю), основою цих стосунків є насамперед властивості особистості лікаря. Загалом, можна зазначити, що хворий втрачає довіру, а медичний працівник — авторитет в очах хворого, якщо у хворого складається враження, що медичний працівник є тим, кого називають не порядною людиною. Таке враження може виникнути із різних спостережень. Наприклад, хворий чує, як лікар обговорює своїх колег, бачить, як він зверхньо ставиться до своїх підлеглих і лестить керівництву, помічає, як він бере у власне користування щось із лікарняного інвентарю, помічає у ньому ознаки марнославства, неприйняття критики, пустої балакучості, зловтіхи. Марнославство може проявлятися, скажімо, у тому, що лікар не вважає за доцільне проконсультуватися у свого більш досвідченого колеги щодо складного випадку або надає хворому перебільшену інформацію стосовно його захворювання, щоб отримати після одужання пацієнта його визнання і захоплення.

Деякі передумови для створення певних взаємостосунків між лікарем і хворим існують ще перед тим, як вони вступають у безпосередній контакт. Слід зауважити, що хворий, який звертається до лікаря, часто знає про нього більше, ніж лікар про хворого. Має значення репутація служби охорони здоров'я взагалі і того медичного закладу, куди звертається хворий, зокрема. Напруженість, незадоволення і обурення хворого, котрий змушений був добиратися до лікаря манівцями або незручним транспортом, довго чекати своєї черги у приймальні, іноді служить механізмом генералізації афекту, який неадекватно проявиться під час зустрічі з лікарем чи медичною сестрою, необґрунтованою ворожістю до них.

Теоретичні основи в галузі стосунків між лікарем і хворим розробляв, зокрема, З. Фрейд у своїй концепції «перенесення» («трансферу»). За цією концепцією лікар підсвідомо нагадує хворому якусь емоційно значущу особу з його дитинства, наприклад матір чи батька. Залежно від того, які враження і ставлення переважали колись у стосунках хворого з цією особою, в актуальному ставленні до лікаря виявлятиметься тенденція або позитивна (почуття любові, довіри), або негативна (ворожість, страх). У протилежному напрямку діє «контрперенесення» («антитрансфер»). І не лише у разі взаємостосунків медичного персоналу і хворого, але і під час кожного нового контакту між людьми має сенс подумати про те, чому хтось, кого ми, вочевидь, бачимо вперше в житті, викликає в нас доволі відчутні симпатії або антипатії, кого вони чимось нагадують з нашого минулого. Якщо ми матимемо на увазі такий «відбиток минулого», це допоможе нам більш реально зрозуміти і виправити ситуації, пов'язані зі ставленням до інших людей.

Слід нагадати також про можливість дії «перенесення естетичного стереотипу». Привабливі люди скоріше викликають симпатію і довіру, що традиційно виражається в дитячих казках, де уявлення про красу пов'язується з добрими якостями, а потворність — зі злом. Незважаючи на те що таке уявлення є безпідставним, підсвідомо воно може впливати досить потужно: зовні привабливий хворий викликає у лікаря більше симпатії, навіть якщо він насправді потребує меншої допомоги, ніж хворий, що викликає своїм виглядом антипатію. Так само і лікар, що впливає естетично позитивно, викликає більше довіри.

У разі встановлення контакту з хворим важливим є перше враження, що складається про нього у хворого. При цьому має значення загальна атмосфера медичного закладу і поведінка усього персоналу. Під час першого контакту з лікарем у хворого має скластися враження, що лікар прагне йому допомогти. Тому лікар повинен, незважаючи на обмеженість часу і можливу обтяженість іншими справами в межах своєї роботи, дотримуватися усіх норм суспільного контакту. Це означає, що він має особисто відрекомендуватися хворому, якщо він з ним незнайомий, подати руку. Така поведінка заспокоює хворого, дає йому відчуття безпеки і посилює почуття власної гідності.

Емпатія — це властивість, що має значення для створення корисних і ефективних терапевтичних стосунків. Це здатність до співпереживання з хворим, проникнення через його поверхневі прояви до почуттів, потреб

і інтересів («я знаю, як ти себе почуваш»). Емпатію слід відрізнати від симпатії, тобто позитивного емоційного ставлення. Емпатія за своєю суттю є емоційно нейтральним процесом, її можна застосовувати як на користь (допомога хворому), так і на шкоду (маніпулятивне спілкування).

Однією з передумов розвитку позитивних стосунків є надання хворому можливості «психічної вентиляції», тобто можливості вільної розповіді про його переживання, проблеми, скарги, турботи і занепокоєння. І навіть якщо лікар має обмежений час для цього, він не повинен показувати, що дуже зайнятий. Лікар має «резонувати на висловлювання хворого». Якщо хворому не надається можливість «психічної вентиляції», він часто скаржитися, що лікар «взагалі мене не вислухав», «діяв, мов робот», і іноді йде від нього з почуттям, що не був обстежений за всіма правилами, хоча, насправді, фізикальний огляд був зроблений належним чином. З боку хворого при цьому проявляється незадоволення, що ним знехтували як особистістю. Активний, говірливий хворий (екстравертований тип за Юнгом) легше досягає «психічної вентиляції» і може зацікавити лікаря своєю розповіддю. Але велику потребу у «психічній вентиляції» мають приховані, інтровертовані особи, котрі через несміливість, сором'язливість чи надмірну скромність приховують свої проблеми, скарги, а іноді і симптоми захворювання. У результаті цього лікар може обстежувати і лікувати хворого на основі поверхневої інформації. На жаль, у практичній діяльності лікаря досить важко узгодити вимоги мінімальної «психічної вентиляції» хворого з часом лікаря.

Практична психологічна проблема виникає тоді, коли лікар помічає, що стосунки між ним і хворим є несприятливими. Тоді лікареві не залишається нічого іншого, як поводитися стримано, терпляче, не піддаватися на провокації і не провокувати самому, намагатися спокоем і розумінням завоювати довіру хворого. Таким чином створюється корекційний досвід, тобто негативні прояви хворого коригуються за допомогою власних позитивних проявів, наприклад терплячістю, тактом і толерантністю. І, навпаки, стереотипна, досі, на жаль, поширена стихійна реакція — злістю на злість, безпорадністю на безпорадність, депресією на депресію — посилює хибне і проблематичне ставлення хворого і складає основу для конфліктів і непорозумінь. Така поведінка добре характеризується висловом: «підлити масла у вогонь». Лікар повинен стримувати власні «природні» негативні реакції і навчати підлеглий медичний персо-

нал стриманості і самовладанню, більш глибоким знанням взаємозв'язків і значення корекційного досвіду.

Нерідко побутує думка, що професіоналізм медичного працівника, його фахова обізнаність вже самі по собі включають медичну деонтологію (сукупність етичних норм виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків) і етику — наука про мораль як суспільне належне (те, що повинно бути в поведінці і стосунках людей). Однак це не завжди так. У деяких медиків виявляються втраченими почуття власної гідності, докорів сумління, честі, що завжди були притаманні істинним лікарям-гуманістам. Моральні якості, що необхідні для медичного працівника, формуються також під впливом літератури, мистецтва. На жаль, сьогодні такі загальнолюдські, гуманістичні цінності певною мірою втратили своє значення, що призвело до дефіциту загальної культури, зокрема й у представників медичної професії. Соціально-психологічною основою ефективного етико-деонтологічного виховання має бути формування і розвиток відповідної сфери мотивацій і потреб у медичних працівників. Це означає, що такі необхідні їм моральні якості, як співпереживання і милосердя, повинні надходити не ззовні, а стати внутрішнім духовним змістом, моральним кредо людини, що проявляється в усіх її вчинках і повсякденній поведінці. Формування таких потреб — справа важка і тривала, що вимагає такту, вміння, терпіння і індивідуального підходу. Саме тому важливим аспектом вибору медичної професії є професійна орієнтація, дослідження психологічних якостей особистості, спрямованості і мотиваційної сфери, знайомство з омріяною професією «зсередини» (стажування старшокласників в якості помічників медичного персоналу).

Щодо особливостей професії лікаря слід зазначити такі поняття, як «лікарський обов'язок», «лікарська відповідальність».

Лікарський обов'язок передбачає кваліфіковане і безумовне виконання кожним лікарем своїх професійних зобов'язань, що передбачені нормами морально-етичного і правового регулювання медичної діяльності. Це відображено в Конституції, Законі про охорону здоров'я, відомчих інструкціях, положеннях і правилах. До лікарського обов'язку входить також зобов'язання зберігати лікарську таємницю. Зараз поняття лікарської таємниці (конфіденційність, обов'язок зберігати мовчання про факти, котрі стали відомими у зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків) поширюється також і на інших медичних працівників,

залучених до лікувально-діагностичного процесу. Метою лікарської таємниці є: а) збереження довіри хворого до лікаря; б) охорона законних прав громадян; в) охорона законних прав медичних працівників. Лікар має право розголошувати таємницю лише за згодою пацієнта, за вимогою вищестоящої медичної інстанції, у випадках обов'язковості надання інформації (наприклад, диспансеризація, профогляд), у судовому порядку (за ордером суду, прокуратури чи органів державної безпеки). Слід зазначити, що обов'язок зберігати мовчання поширюється також і на студентів-медиків.

Лікарська відповідальність ґрунтується на особливостях лікарської діяльності: взаємної довіри пацієнта і лікаря. Існує думка про те, що лікарі взагалі не повинні нести відповідальність за несприятливі результати лікування, навіть якщо вони пов'язані з професійними упущеннями. Прибічники цієї думки вважали, що головним суддею для лікаря є його власне сумління. Дійсно, бували випадки тяжких драм і навіть самогубств лікарів, що припустилися фатальної помилки, яка призвела до смерті пацієнта. Однак думка про те, що лікар не підлягає юридичній відповідальності за будь-які недоліки в своїй роботі є по суті невірною і «відкинута» більшістю законодавств у світі. По-перше, діяльність лікаря, як і будь-якого іншого спеціаліста, має регламентуватися законом. По-друге, хоча абсолютна більшість лікарів люблять свою професію, чесно і сумлінно ставляться до своїх обов'язків, зустрічаються і такі, що внаслідок халатного ставлення до хворих, а іноді і професійної неспроможності, заслуговують на покарання не лише моральне, а й адміністративне, а іноді — і карне.

Усі дії лікарів, які призвели до несприятливих наслідків, більшість судових медиків і юристів поділяють на три групи: нещасні випадки, лікарські помилки і професійні злочини та упущення, що караються законом. Основним критерієм для віднесення дії до тієї чи іншої категорії є ознака правильності чи неправильності, а також причина. Під **нещасним випадком** у медичній практиці слід розуміти несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний з випадковими обставинами, котрі лікар не міг передбачити і попередити (наприклад, алергічна реакція на препарат, який хворий вживав раніше, і побічні ефекти при цьому не виникали).

Лікарські помилки і професійні злочини та упущення, що караються законом, пов'язані з неправильними діями медичного персоналу,

що не відповідають загальноприйнятим у медицині правилам. Різниця між ними полягає в причинах і умовах їх виникнення. Лікарська помилка пов'язана з об'єктивними умовами і обставинами, що пом'якшують провину лікаря (невірна діагностика і тактика у разі атипової клініки хвороби, відсутність умов для проведення повноцінного обстеження і лікування тощо). Тобто основною рисою лікарської помилки є добросовісні дії лікаря, його намагання надати допомогу хворому, хоча дії ці виявилися помилковими. Існує багато класифікацій лікарських помилок, наведемо одну з них. За класифікацією І.Ф. Крилова, лікарські помилки поділяють на: 1) діагностичні (нерозпізнання або помилкове розпізнання хвороби); 2) тактичні (невірно визначені показання для операції або консервативного лікування); 3) технічні (невірне використання медичної техніки, медикаментів, діагностичних засобів). Слід включити сюди також групу деонтологічних помилок, котрі можуть опосередковано спричинювати перші три групи помилок, а також призводити до ятрогенних захворювань.

Кожна професія може сприяти розвитку людини і вдосконалювати її особистісні якості на користь суспільству. Але також професія може деформувати характер людини. Деформації можуть бути предметом для жартів і анекдотів (розсіяність науковця) або бути предметом іронії, сарказму і критики (бюрократизм можновладця).

Схильність до **професійної деформації** особливо часто спостерігається у певних професіях, представники яких наділені важко контролюваною і важко обмеженою владою. Від рішень і волі цих людей залежить гідність, свобода, і навіть здоров'я і життя інших людей, як це буває, наприклад, у вчителів, суддів, військових, працівників органів правопорядку. Лікар також наділений певною владою над хворими, тому він також зазнає небезпеки професійної деформації. Професійна деформація розвивається, як правило, поступово із професійної адаптації. Професійна адаптація є необхідною для медичного працівника. У лікарів, медичних сестер, допоміжного персоналу, котрі на початку своєї професійної діяльності бурхливо переживають усі події, що мають важкий психологічний вплив, такі, як страждання, операції, кровотечі, прояви психічних розладів, смерть хворих, поступово розвивається певний емоційний опір. У суворих драматичних ситуаціях, коли життя хворого є під загрозою, лікар поступово навчається аналізувати і оцінювати ситуацію, приймати рішення і діяти. Студенти-медики після декількох годин або днів

відвідування секційного залу долають психічне потрясіння, що виникло у них під час першого відвідування, і розпочинають ділове вивчення анатомії. Хоча емоційний опір певною мірою потрібний і корисний, у свідомості лікарів і медичних працівників назавжди повинна зберегтися здатність розуміти хворого як людину, котра страждає, і з повагою ставитися до мертвого тіла. Це є необхідною складовою не лише загальнолюдського, а й професійного рівня лікаря.

Професійними деформаціями є поведінка і вислови медичних працівників, що виявляють черствість до хворих такою мірою, що межують з бездушністю і цинізмом. Наприклад, коли лікар і медична сестра не вважають за потрібне відділити хоча б ширмою ліжку хворого, що помирає в палаті на двадцять пацієнтів, або коли лікарі під час обходу дискутують біля ліжка пацієнта про несприятливий прогноз його хвороби. Особистість хворого не можна розглядати як незручний додаток до хворого органа, який лікар має обстежити. Проявами професійної деформації медиків на більш високому, інституціональному рівні, є побудова лікарень з палатами на певну кількість пацієнтів, що звичайно полегшує роботу медичного персоналу, але дискримінує хворих. «Жахливим є перебування в палаті, де один їсть, інший — стогне, третій випорожнюється, а четвертий помирає» (В. Вондрачек, цит. за Р. Конечним, М. Боухалом). Професійна деформація проявляється також у своєрідному професійному жаргоні, що часто використовується в присутності пацієнта. Ознакою професійної деформації є нехтування узагальненими в суспільстві правилами спілкування з хворими, звертання до них на ірзивище або взагалі «хворий». Іноді лікар диференціює своїх хворих лише за діагнозами («хто у нас там, пневмонія?»), і вони всі здаються йому на одне обличчя. Підсвідоме відчуття влади над людиною, котра шукала і досі шукає у лікаря допомоги, залишили в психології лікарів пережитки, що мають іноді кастовий характер («не розпитуйте, це моя справа — лікувати..., проходите, наступний... вас багато, а я один, я не можу розірватися...»). У наш час така нетактовна, а іноді брутальна, поведінка лікаря може скласти позитивне враження поваги і авторитетності хіба що на дуже наївних і примітивних пацієнтів, а у більшості викличе відразу і недовіру. Тому необхідно слідкувати за тим, щоб підсвідомий і безконтрольний розвиток професійної деформації не став одним із чинників ятрогенного ураження хворих.

Синдром емоційного вигорання у медичних працівників

Існує класифікація професій за «критерієм складності і шкідливості» діяльності (А. С. Шафранова, цит. за Г. С. Абрамовою, Ю. А. Юдич):

1. Професії вищого типу — за ознакою необхідності постійної позаурочної роботи над предметом і собою (освіта, мистецтво, медицина).

2. Професії середнього (ремісничого) типу — потребують роботи лише над предметом.

3. Професії нижчого типу — після навчання не потребують роботи ні над собою, ні над предметом.

Природно віднести професію лікаря до професій вищого типу, позаяк існує необхідність постійної рефлексії на змісті предмету своєї діяльності. Крім того, лікар на рівні емоційного переживання постійно має справу зі смертю. Вона може виступати для нього у трьох формах: 1) реальна (безуспішність реанімаційних заходів, смерть під час операції тощо); 2) потенційна (коли від результатів діяльності лікаря, від його професіоналізму залежать здоров'я, а часто і життя людини), смерть як потенційна загроза завжди присутня в діяльності лікаря і спричинює потужне емоційне напруження; 3) фантомна (у вигляді скарг на стан здоров'я іпохондричного пацієнта, взаємостосунки з родичами тяжкохворих). Емоційний опір, про який згадувалось вище, дозволяє частково не включати свої почуття в ситуацію, але це вдається далеко не завжди.

Звернення до проблеми емоційної дезадаптації професіоналів (внаслідок нестерпних емоційних перевантажень) відбулось у сфері психології праці після появи результатів дослідження так званого синдрому емоційного вигорання (СЕВ) як специфічного професійного захворювання осіб, що працюють у системі «людина — людина» (психологів, психіатрів, вчителів, священників тощо). Термін «емоційне вигорання» введений американським психологом Х. Дж. Фрейденбергером у 1974 р. для характеристики психологічного стану здорових людей, що перебувають в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами (пацієнтами) в емоційно перевантаженій атмосфері під час надання професійної допомоги і визначається наступним симптомокомплексом: почуття емоційного виснаження, знемоги, дегуманізація, деперсоналізація, тенденція розвивати негативне ставлення до клієнтів (пацієнтів), негативне

самосприйняття в професійному плані. Можна виділити три типи чинників, що відіграють роль у СЕВ у лікарів:

1. Соціальні чинники: а) невизнання істинних заслуг лікаря; б) обмеження права на свободу вибору; в) невідповідність морально-етичних вимог до професії і реальної ситуації на робочому місці; г) обмеження активності професійного росту; д) приниження соціального статусу професії (зокрема, матеріального плану); е) особисті, сімейно-побутові проблеми.

2. Особистісний чинник. Вигорання часто зазнають ті, хто первинно орієнтований на служіння іншим, хто свідомо обрав професію з певним емоційним відношенням, орієнтованим на інших людей. Співчутливий, захоплений лікар-ідеаліст, орієнтований на інших, у разі недостатньої раціональності, невміння критично оцінити несприятливі чинники та низької стійкості до стресорів медичної професії може стати носієм швидко прогресуючого СЕВ. Не виключений швидкий розвиток СЕВ за неможливості за короткий термін досягти бажаних результатів у професіоналів з фанатичною відданістю справі, орієнтованих на досягнення, схильних до лідерства, авторитарності, низького ступеня емпатії і реагуючих на стрес агресією, що поступається місцем апатії.

3. Чинник середовища (місця роботи). Величезне значення мають стосунки з колегами в колективі, те, складається чи ні ситуація «спільної справи», активного спільного виконання професійних завдань у рамках гуманістичного ціннісного підходу. Колектив (нерідко — включаючи адміністрацію) може знижувати мотивацію діяльності своїм загальним негативним чи байдужим ставленням до неї. Крім того, умови роботи можуть не сприяти успішному виконанню завдань: переповнені палати, відсутність медикаментів, низька загальна матеріально-технічна база, відсутність у лікаря кабінету чи кімнати для відпочинку, напружений робочий графік тощо.

Наведемо основні складові СЕВ:

- втома, змученість, виснаженість (після активної професійної діяльності);
- психосоматичні проблеми (коливання артеріального тиску, головний біль, розлади травної та серцево-судинної систем, неврологічні розлади);
- безсоння;

— негативна налаштованість до пацієнтів (замість раніше існуючих позитивних взаємостосунків);

— негативна налаштованість до виконуваної діяльності (замість присутньої раніше «це — справа усього мого життя»);

— стереотипізація особистісної установки, стандартизація в спілкуванні, схематизація діяльності, ригідність розумових операцій;

— агресивні тенденції (гнів і дратівливість стосовно колег і пацієнтів);

— функціональне негативне ставлення до себе;

— тривожні стани;

— песимізм, депресія, відчуття марності подій, що відбуваються;

— почуття провини.

Через підвищення вираженості СЕВ лікар поступово втрачає авторитет у пацієнтів і колег, припускається лікарських помилок і сам втрачає віру в себе як професіонала. Не відчуваючи здорового оптимізму лікаря, а натомість відчуваючи його роздратування і втому, пацієнт втрачає довіру до лікаря. У разі тривоги, неспокою і невпевненості, що спричинені СЕВ, лікар втрачає здатність до правдивого і щирого викладення інформації про стан здоров'я пацієнта, він або занадто оберегає психіку пацієнта і не дає йому належної інформації, або, навпаки, приголомшує його надмірною інформацією. Оскільки слово лікаря несе в собі великий сугестивний заряд для пацієнта, зрозуміло, що професіонал з СЕВ, котрий переживає почуття марності, безнадії і провини, неминуче передаватиме ці почуття своїм пацієнтам у слові, інтонації, емоційних реакціях. Лікар, що втратив зміст власної психічної реальності, припиняє звертатися до такого змісту в інших людях, знецінюючи і дегуманізуючи таким чином як себе, так і їх.

За характеристикою проявів СЕВ має багато спільного з іншим станом, що також набув значного поширення серед представників медичної професії — синдромом хронічної втоми (СХВ). Ці два синдроми є змістовими характеристиками професійної деформації і, всупереч зовнішній подібності симптомів, мають значні відмінності. СХВ пов'язаний з первинним прийняттям готових форм знань про світ, себе і інших людей; фантомізацією лікарської свідомості і придбанням функціонального підходу до іншої людини (ставлення як до об'єкта), а також і до себе. СЕВ більш властивий професіоналам, що первинно мають ве-

ликий творчий потенціал, орієнтовані на іншу людину, фанатично віддані своїй справі.

Профілактикою СЕВ є збереження принципів психогієни медичного працівника. Правильно організованим має бути робоче місце, раціонально спланований робочий час. На жаль, лікар часто сам викликає у себе стан перевтоми, відмовляючись від відпочинку після чергування чи беручи на себе додаткове навантаження. Без достатнього відпочинку знижується опір організму, виникають психічні зриви та психосоматичні розлади. Наявність у лікаря хобі, позапрофесійних інтересів, можливостей активного проведення дозвілля також знижують ризик розвитку СЕВ. Отже, велике значення для профілактики СЕВ мають два види методів: мобілізувальні і спрямовані на відновлення і відпочинок. Хоча значення перших є велике, але вирішальну роль у профілактиці СХВ і СЕВ грають відновні методи. Нервове напруження в діяльності лікаря присутнє майже завжди і є одним з найбільш енергомістких процесів. До способів нервово-психічної релаксації слід віднести м'язову релаксацію за Е. Джекобсоном, котра включає в себе не лише процес зняття м'язового тону, але й досягнення людиною нервово-психічного стану, протилежного за своїм характером активності. Часто в цю систему включають також метод автогенного тренування. Запобігання вигорянню полягає в активних і пасивних методах. Активні: оволодіння ситуацією шляхом її перетворення; подолання емоційного дистресу шляхом зміни власного ставлення до ситуації. Пасивні: відмова від будь-яких спроб вплинути на зумовлені ситуацією складнощі, відхід від них і від ситуації. До способів запобігання емоційному вигорянню відносять також: планомірне розв'язання проблем, шлях прямої конфронтації, дистанціювання (зміна масштабів того, що відбувається, у бік зменшення), самовладання, пошук соціальної підтримки, прийняття на себе відповідальності за те, що відбувається, позитивне переформулювання (пошук позитивного в тому, що відбувається). Стає зрозумілим, що вибір найбільш оптимальних методів та їх реалізація неможливі без допомоги психолога-спеціаліста, котрий міг би здійснювати заходи релаксаційного і відновного характеру. Тому доступність психологічного консультування і введення в штат медичних закладів спеціально навчених медичних психологів є важливим психопрофілактичним заходом у системі запобігання СХВ і СЕВ у медичних працівників.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Основні мотиви вибору професії медичного працівника. Значення професійної орієнтації у виборі професії.
2. Важливі професійні та морально-етичні якості лікаря.
3. Поняття медичної деонтології.
4. Визначення понять «лікарський обов'язок» і «лікарська таємниця».
5. Лікарські помилки: причини і види.
6. Поняття про професійну деформацію.
7. Особливості професій, при яких розвивається професійна деформація.
8. Синдром вигоряння: ознаки, шляхи запобігання.
9. Синдром хронічної втоми: ознаки, шляхи запобігання.
10. Умови створення здорового психологічного клімату в медичному середовищі.



ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Жодна професія не є настільки тісно пов'язаною з долею людини, як професія лікаря. Вочевидь, специфіка праці лікаря, який нерідко виконує роль педагога і вихователя, має бути врахована і під час вибору професії, і під час підготовки молодого спеціаліста, що разом з оволодінням фаховими знаннями та навичками обов'язково має вдосконалювати культуру поведінки та культуру спілкування, оскільки професійна діяльність лікаря починається саме зі спілкування з пацієнтом. Від мистецтва спілкування багато в чому залежать результати лікування.

Спілкування — специфічна форма взаємодії людини з іншими людьми як членами суспільства і реалізації соціальних відносин (стосунків). Це одна з базових категорій психологічної науки. За своїм значенням для теоретичних, експериментальних та прикладних досліджень проблема спілкування не поступається проблемам діяльності особи, свідомості та низці інших фундаментальних проблем психології. Спілкування є найважливішою частиною індивідуальної форми буття людини. Важко знайти такі психічні явища, властиві людині, які б так чи інакше не були залучені до процесу спілкування. Особливо важливе уміння спілкуватися для фахівців, які постійно взаємодіють з іншими людьми. Зокрема, професія лікаря передбачає повсякчасне спілкування з пацієнтами, їх родичами, зі своїми колегами і підлеглими, і від того, наскільки ефективним є таке спілкування, від комунікативної спроможності лікаря, часто залежить психологічний клімат у медичному закладі, позитивна психологічна налаштованість осіб, задіяних у лікувально-діагностичному процесі, що у свою чергу позначається на ефективності лікувально-реабілітаційних заходів. Саме тому є важливим розуміти, з яких компонентів складається спілкування, які є основні види спілкування і їх відмінності, а також, які засоби можна використати для досягнення максимальної комунікативної ефективності та збереження позитивного психологічного клімату в сфері спілкування.

ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Спілкування — це багатоплановий процес розвитку контактів між людьми, породжений потребами спільної діяльності. Через спілкування людина формує свої стосунки з іншими людьми. Спілкування є умовою, без якої фактично неможливо пізнання дійсності, воно є обов'язковим компонентом тих видів діяльності, що передбачають взаємодію людей.

Спілкування включає численні духовні та матеріальні форми життєдіяльності людини і є її потребою, яка пояснюється насамперед соціальною природою людини. Хворобливе зниження природної людської потреби у спілкуванні з реальними людьми у психології називається **аутизмом**. У процесі спілкування людина задовольняє одну з найважливіших соціальних потреб — самоствердження. Людина прагне посісти суспільно значуще місце в групі за рахунок власних чеснот чи досягнень або ж за рахунок своїх вад, хвороби і нездоланості. Так, іноді хворіні зі складним діагнозом почувається більш значущою особою, ніж ті, чия захворювання легше.

Спілкування завжди визначається системою суспільних відносин, але в структурі і динаміці спілкування неможливо різко відокремити особисте від громадського. Отже, спілкування найбільш стисло можна визначити як складний процес взаємодії двох або більше людей, які перебувають у процесі інформаційного взаємообміну. Таким чином, для спілкування необхідні, як мінімум, двоє. Уточнення це аж ніяк не довільне, оскільки не всяка зовнішня мова є спілкуванням. Не можна вважати спілкуванням бесіду психічно хворого із вигаданими співрозмовниками: він спілкується не з іншою особистістю, а з проєкціями власної несвідомої психіки.

Тобто спілкування, і це слід підкреслити, завжди є соціальним. Довербальні примітивні форми спілкування досягають найбільшого розвитку в тих тваринних співтовариствах, що мають найбільш складну соціальну організацію.

Повністю виключити спілкування у людському співтоваристві неможливо, тому що будь-яка поведінка в присутності іншої людини вже є певною комунікацією. Вона може здійснюватися навіть мимоволі — за допомогою міміки, жестів, ходи, ритму дихання тощо.

В єдиному процесі спілкування виділяють три **компоненти**:

- перцептивний — взаємосприйняття;
- комунікативний — передача інформації;

— інтерактивний — взаємодія.

З точки зору єдності цих компонентів спілкування виступає як спосіб організації спільної діяльності та взаємостосунків осіб, задіяних в ньому.

У процесі спілкування, цієї специфічної форми взаємодії людини з іншими людьми, відбувається взаємний обмін інформацією, уявленнями, ідеями, життєвим досвідом, інтересами, почуттями тощо. Спілкування є самостійною і специфічною формою активності суб'єкта. Її результат — стосунки з людьми.

Способи, види, сфера та динаміка спілкування визначаються соціальними функціями задіяних у ньому осіб, їх становищем у системі суспільних відносин, а також загальноприйнятими в суспільстві законами, правилами, нормами тощо. Важко знайти такі психічні явища, властиві людині, які так чи інакше не були включені у процес спілкування. Саме завдяки спілкуванню, нерозривно пов'язаному з діяльністю, людина залучається до життя суспільства, опановує досвід, накопичений людством, набуває індивідуальності.

Спілкування властиве всім живим істотам, але на рівні людини воно стає найбільш досконалим, свідомим і опосередкованим мовою.

У спілкуванні виділяються такі ланки: мета, зміст і засоби.

Мета спілкування — це те, заради чого людина проявляє цей вид активності. Метою спілкування може бути передача й одержання об'єктивних знань про світ і навчання, виховання; погодження дій людей у їх спільній діяльності; налагодження і з'ясування особистих та ділових взаємостосунків, задоволення потреби інтелектуального росту, морального розвитку, соціальних, культурних, пізнавальних, творчих, естетичних та інших потреб.

Зміст спілкування — це інформація, яка в міжособистісних контактах передається від одного учасника спілкування до іншого. Людське спілкування багатопредметне і різноманітне. Люди обмінюються один з одним різною інформацією, знаннями, життєвим досвідом, здібностями, уміннями та навичками. Крім того, за допомогою спілкування можуть передаватися дані про емоційні стани (радість, гнів, сум, страждання тощо). Така інформація є засобом міжособистісної надбудови. Наприклад, з людиною, що розгнівана чи страждає, ми поведимось інакше, ніж з тим, хто відчуває радість і має доброзичливий настрій.

Засоби спілкування — це різні варіанти кодування, передачі, перероблення та розшифрування інформації, яка передається в процесі спіл-

кування. Наприклад, інформація може передаватися за допомогою прямих тілесних контактів (торкання руки тощо), через органи чуття (спостереження за людиною з боку). Важливими засобами спілкування є мова та інші знакові системи, письменність у її різних видах і формах (тексти, схеми, малюнки, креслення), технічні засоби запису, зберігання й передачі інформації (радіо- та відеотехніка).

Функції спілкування досить різноманітні, але основними слід вважати такі:

- інформаційно-комунікативна (обмін інформацією);
- регуляційно-комунікативна (міжособистісна взаємодія);
- афективно-комунікативна (розуміння людьми один одного);
- соціальні (управління і контроль спілкування);
- психологічні (функції емоційного задоволення від спілкування та самоактуалізації особи).

Під час здійснення інформаційно-комунікативної функції обмін інформацією можливий, якщо всі учасники спілкування наділені єдиною інформаційною системою кодування. Але навіть коли значення одних і тих самих слів відомо, люди не завжди розуміють їх однаково; причиною є соціальні, політичні, освітні, вікові та інші особливості. Інакше кажучи, в умовах людської комунікації можуть виникати цілком специфічні комунікативні бар'єри соціального й психологічного характеру. З одного боку, такі бар'єри можуть виникати через відсутність одностайного розуміння ситуації, спричиненого глибинними розбіжностями (політичними, релігійними, національними та ін.). З іншого боку, бар'єри можуть пошити і чітко виражений психологічний характер, виникаючи або у зв'язку з індивідуальними психологічними особливостями тих, хто спілкується, або внаслідок психологічних стосунків, що склалися між ними. Цю функцію не можна розглядати як простий «рух інформації» — комунікативний вплив є не що інше, як психологічний вплив однієї людини на іншу.

Регуляційно-комунікативна функція, або міжособистісне сприйняття, називається також *перцептивною стороною спілкування* і складається з таких процесів: ідентифікації, рефлексії, стереотипізації.

Ідентифікація — це спосіб розуміння іншої людини через свідоме чи несвідоме уподібнення до неї. Термін «ідентифікація» буквально означає «уподібнення себе іншому». У реальних ситуаціях взаємодії люди користуються таким прийомом, коли припущення про внутрішній стан партнера зі спілкування будується на основі спроби поставити себе на його

го місце. Таким чином, ідентифікація є механізмом пізнання і розуміння іншої людини. Ідентифікація тісно пов'язана з іншим, близьким за змістом явищем — емпатією.

Емпатія — особливий доброзичливий спосіб розуміння іншої людини, співчуття і співпереживання (навіть за відсутності згоди), поважне ставлення до права співбесідника на будь-яку думку.

Рефлексія — це логічна форма пізнання індивідуальних особливостей (власних та інших людей). Іноді їй властива схильність до викривленого розуміння особливостей інших людей на основі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину відносять до певного стереотипу і приписують їй набір якостей, притаманних цьому стереотипу.

Інакше кажучи, **стереотипізація** — це класифікація форм поведінки та інтерпретація їхніх причин шляхом віднесення до вже відомих (або до таких, що здаються відомими) явищ, тобто відповідних існуючим стереотипам.

Несвідоме структурування особистості іншої людини проявляється в тому, що логічно об'єднуються в цілісний образ тільки суворо визначені риси особистості і тоді будь-яке поняття, котре не вписується в цей образ, відкидається.

Досягнення бажаного результату спілкування можливе, якщо в процесі міжособистісного сприйняття враховують такі **ефекти**:

1. **Ефект «ореолу»** проявляється в тому, що початкове ставлення до якогось одного окремого боку особи узагальнюється щодо всього образу людини, а потім загальне враження про людину переноситься на оцінку його окремих якостей. Якщо загальне враження про людину сприятливе, то її позитивні риси переоцінюються, а недоліки або не помічаються, або виправляються. І навпаки, якщо загальне враження про людину негативне, то навіть благородні її вчинки не помічаються або тлумачаться неправильно, як своєкорисливі.

2. **Ефект «проектування»** проявляється в тому, що іншій людині приписується за аналогією з собою власні якості та емоційні стани. При цьому людина, сприймаючи та оцінюючи іншу людину, схильна керуватися логікою: «усі люди подібні до мене» або «інші протилежні мені». Вперта людина з підозрою схильна бачити аналогічні якості у партнера зі спілкування, навіть якщо їх об'єктивно немає. Чуйна, щира, чесна людина, навпаки, може сприймати незнайомця через «рожеві окуляри»

і помилятися. Тому, якщо хтось скаржиться на те, що, буцімто, усі навколо жорстокі, жадібні, нечесні, не виключено, що він судить по собі.

У повсякденному житті зазвичай люди, не знаючи справжніх причин поведінки іншої людини, починають приписувати один одному причини поведінки. Таке приписування причин поведінки іншій людині її особистісним якостям без урахування ситуаційних чинників називається **каузальною атрибуцією**.

На сприйняття іншого впливає і настрій того, хто сприймає. Якщо він сумний (наприклад, через погане самопочуття), то перше враження про іншу людину може бути здебільшого негативним. Відомий той факт, що у разі позитивного емоційного ставлення до сюжету картини запам'ятовується зазвичай удвічі більше деталей, ніж у разі негативного. Значить, правомірним є висновок: щоб перше враження про незнайому людину було повнішим і точнішим, важливо позитивно ставитися до неї.

Значний вплив на міжособистісне сприйняття має зовнішній вигляд людини. Деякі люди вродливі від природи, а інші менш привабливі. Можна було б вважати, що вже нічого не вдієш. Проте ця думка хибна, бо людина може змінити свою зовнішність, вдало добравши одяг. Старе прислів'я «одяг робить людину» не втратило своєї актуальності і в наш час. Безсумнівно, перше враження про людину складається за її одягом, зачіскою, манерою поведінки. Одяг може багато повідомити про людину. Уміння зі смаком одягатися може значно скоригувати фізичні вади, і, навпаки, позбавлений смаку одяг може зіпсувати природну привабливість людини. Одяг має дуже велике значення у спілкуванні. У партнера зі спілкування може скластися негативне ставлення до іншої людини ще до того, як вона вимовить перше слово, якщо людина одягнена неохайно, і, навпаки, приємне враження справляє людина, одягнена зі смаком, акуратно.

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. Одяг впливає також на виступ доповідача. Гарний одяг, підібраний зі смаком, надає впевненості і справляє добре враження на слухачів.

Справляти позитивне враження, досягати популярності в групі можна лише в тому випадку, коли зовнішній вигляд людини, її поведінка і манери відповідають уявленням і неписаним правилам певної групи.

Але є люди, яких сприймають позитивно в усіх суспільних групах. Їм властиві такі якості, як весела вдача, тактовність, чуйність, стриманість,

і вони досягають популярності в основному внаслідок того, що вміють пристосовувати свою поведінку до неписаних правил тієї або іншої групи.

Людина, зацікавлена краще орієнтуватися в особливостях своїх стосунків з оточуючими, повинна постійно шукати навколо себе різні ознаки, які свідчать про істинні наслідки її поведінки. Особливо мають цікавити реакції інших людей на її вчинки в конкретних ситуаціях. Збираючи подібну інформацію від різних людей, одержуєш можливість побачити себе ніби в різних «дзеркалах». Таким чином, можна дізнатися про щось нове, що допоможе краще і ясніше побачити самого себе. Забезпечення інших зворотним зв'язком — відомостями про те, які почуття і думки викликає у нас їхня поведінка — може підвищувати взаємну довіру. Для того щоб висловлювати і приймати зворотний зв'язок, потрібно мати не лише відповідні уміння, а й сміливість. Уміння можна виробити за допомогою вправ, сміливість набувають у результаті послідовних спроб, готовності. Соціальні функції спілкування формуються у зв'язку з тим, що людина живе в суспільстві і виконує певні соціальні дії (навчання, виробничу діяльність тощо). Тому соціальні функції спілкування поділяються на службові, життєві, сімейні. Крім того, спілкування може мати функції управління і контролю. Управління спілкуванням передбачає уміння вибрати спосіб і вид спілкування, адекватні життєвій ситуації, і відповідним чином коригувати їх. Функція контролю — оцінювання результату спілкування — тісно пов'язана з функцією емоційного задоволення від спілкування.

Для того щоб бути успішним, спілкування обов'язково передбачає *зворотний зв'язок* — одержання суб'єктом інформації про результати взаємодії. Повідомляючи про щось іншій людині, наказуючи або звертаючись з проханням чи запитанням, індивід весь час одержує необхідну інформацію про ефективність свого звернення до неї. Роль зворотного зв'язку у спілкуванні особливо чітко усвідомлюється, якщо така можливість у силу будь-яких причин є заблокованою. Якщо неможливо сприйняти співбесідника візуально, збіднюється жестикуляція, виникає скутість рухів. Взагалі сприйняття співбесідника або слухача під час спілкування є важливою умовою налагодження взаєморозуміння. Таким чином, зворотний зв'язок у процесах міжособистісного сприйняття виконує функцію контролю і сприяє саморегуляції.

Види спілкування формуються залежно від різних цілей взаємодії людей і можуть бути такими: *ділове, дружнє, сімейне, життєве, побутове*. Спілкування на рівні випадкового спільного перебування (спілкування заради спілкування) називається *фатичним*.

Засоби передачі інформації — це прийоми, завдяки яким спілкування набуває ефективності. До засобів спілкування належать:

1. *Мова* — система слів, висловів та правил їх з'єднання в осмислені висловлення, що використовують для спілкування. Слова і правила їх використання одні для всіх, хто розмовляє цією мовою, це робить можливим спілкування за допомогою мови, якщо я говорю «стіл», я впевнений, що будь-хто з моїх співбесідників поєднує з цим словом ті самі поняття, що і я. Це об'єктивне соціальне значення слова можна назвати знаком мови. Але об'єктивне значення слова переломлюється для людини через призму його власної діяльності і утворює вже свій особистий, «суб'єктивний» смисл — тому ми не завжди правильно розуміємо один одного.

2. *Інтонція* — емоційна виразність, яка здатна надавати різного смислу одній і тій самій фразі.

3. *Міміка, поза, погляд* співбесідника можуть посилювати, доповнювати або заперечувати, відхиляти смисл фрази.

4. *Жести* як засоби спілкування можуть бути як загальноприйнятими, тобто мати закріплені за ними значення, або експресивними, так і служити для більшої виразності мовлення.

5. *Відстань*, на якій спілкуються співбесідники (*проксеміка*), залежить від культурних, національних традицій, від ступеня довіри співбесіднику.

У процедурі спілкування виділяють такі *етапи*:

1. Потреба у спілкуванні (необхідність повідомити або стримати інформацію, вплинути на співбесідника тощо) спонукає людину вступити в контакт з іншими людьми.

2. Орієнтування в цілях спілкування, у ситуації спілкування.

3. Орієнтування в особистості співбесідника.

4. Планування змісту свого спілкування, людина уявляє собі (як правило, несвідомо), що саме скаже.

5. Несвідомо (інколи свідомо) людина вибирає конкретні засоби, стиль мовлення, фрази, якими користуватиметься, вирішуватиме як буде говорити, вести себе.

6. Сприйняття і оцінювання відповідної реакції співбесідника, контроль ефективності спілкування на основі встановлення зворотного зв'язку.

7. Коригування напрямку, стилю, методів спілкування.

Якщо будь-яка з ланок акту спілкування порушена, то тому, хто говорить, не вдається досягти очікуваних результатів спілкування — воно виявиться неефективним. Уміння спілкуватися ефективно називають соціальним інтелектом, практично-психологічним розумом, комунікативною компетентністю, комунікабельністю.

Способи передачі інформації:

- вербальний (словесний, мовленнєвий);
- невербальний (несловесний, немовленнєвий).

Мовлення — особлива і найбільш досконала форма спілкування, властива тільки людині. Мовлення виконує дві основні функції — комунікативну та сигніфікативну. *Комунікативна функція* полягає в тому, що в процесі спілкування між людьми здійснюється обмін інформацією, емоціями, ідеями, можуть бути виражені симпатія і антипатія. *Сигніфікативна функція* — це позначення за допомогою мовлення певних предметів і явищ. Цим мова людини відрізняється від мови тварин, яка виражає в звуках лише афективний стан, але не означає певних предметів.

Розрізняють такі види мовлення: внутрішнє і зовнішнє. Зовнішнє мовлення поділяють на письмове і усне, а усне — на монологічне і діалогічне. Усі види мовлення тісно взаємодіють один з одним. Загальним для усіх видів мовлення є вимова слів — вголос або подумки. Однак кожен з видів мовлення має свої специфічні особливості. Коли людина вимовляє будь-що про себе, то відбувається внутрішня промова. У письмовому мовленні умови спілкування опосередковані текстом, використовуються письмові знаки. Таке мовлення більш концентроване і більш змістовне, ніж розмовне. Письмове мовлення з'являється пізніше, ніж усне, і формується на його основі. Почуте мовлення, яке кимсь промовляється, називається усним мовленням. В усному мовленні спілкування обмежене умовами простору й часу. Як правило, співбесідники добре бачать один одного або знаходяться на такій відстані, що можуть почути сказані слова, що відбивається на характері мовлення. У разі зміни умов, наприклад, під час розмови по телефону, характеристики мовлення, як правило, змінюються, воно стає більш коротким, менш ґрунтовним і т. д. Значно змінюється характер мовного спілкування у разі теле- і радіомовлення, коли

між слухаючим і тим, хто говорить, немає зворотного зв'язку. *Діалогічне мовлення* підтримується взаємними репліками співбесідників і має назву розмовного (бесіда лікаря і хворого). *Монологічне мовлення* — частіше задалегідь підготовлений обсяг інформації (лекція, доповідь, виступ тощо). Монологічне мовлення потребує завершеної думки, суворой логіки та послідовності, і тому є більш складним, ніж діалогічне, яке формується і коригується в процесі бесіди.

Невербальне спілкування — це система знаків і символів (жестикуляція, міміка, пантоміміка, тембр голосу, діапазон, тональність, плач, сміх, паузи, темп мовлення), яка заміняє чи доповнює вербальне спілкування.

Для встановлення нормальних стосунків між людьми велике значення має культура спілкування, яка передбачає наявність таких рис у поведінці, як терпимість (толерантність), доброзичливість, повага до людей, чуйність і щирість. Про культуру спілкування можна судити за умінням людей володіти власними емоціями, стримувати їх, а також за спробами коригувати негативні риси власного характеру. Здатність співвідносити свою поведінку з конкретними обставинами, відчуття міри у взаєминах — запорука нормальних взаємостосунків.

Відкрите спілкування — бажання і уміння повно висловити свою точку зору і готовність урахувати позиції інших. Закрите спілкування — небажання або невміння зрозуміло висловити свою точку зору, своє ставлення, наявну інформацію. Використання закритих комунікацій виправдане у випадках:

1. Якщо є значна розбіжність між ступенями предметної компетентності і безглуздим витрачанням часу і сил на підвищення компетентності» низької сторони».

2. У конфліктних умовах розкриття своїх почуттів, планів супротивнику недоцільно. Відкриті комунікації ефективні, якщо є порівнянність, але не тотожність предметних позицій (обмін думками, задумками). «Однобічне випитування» — напівзакрита комунікація, за якої людина намагається з'ясувати позиції іншої людини, і в той самий час не розкриває своєї позиції. «Істеричне пред'явлення проблеми» — людина відкрито висловлює свої почуття, проблеми, обставини, не цікавлячись тим, чи бачає інша людина «увійти в чужі обставини», слухати чужі міркування.

Виділяють такі **варіанти спілкування:**

1. «Контакт масок» — формальне спілкування, коли немає прагнення зрозуміти і враховувати особливості особи, використовують звичні маски

(ввічливості, суворості, байдужості, скромності, співчутливості тощо) — набір висловлювань особи, жестів, стандартних фраз, що дозволяють приховати справжні емоції ставлення до співбесідника. У місті контакт масок навіть необхідний у деяких ситуаціях, щоб люди «не чіпали» один одного без потреби, щоб «відгородитися» від співбесідника.

2. Примітивне спілкування, коли іншу людину оцінюють як об'єкт потрібний або такий, що заважає: якщо потрібний — активно вступають в контакт, якщо заважає — відштовхують або реагують агресивними, брутальними репліками. Якщо від співбесідника одержали бажане, то втрачають подальший інтерес до нього і не приховують цього.

3. Формально-рольове спілкування, коли регламентовані і зміст, і засоби спілкування, і замість знання особи співбесідника вдовольняються лише знанням його соціальної ролі.

4. Ділове спілкування, коли враховують особливості особи, характеру, віку, настрою співбесідника, але інтереси справи більш значущі, ніж можливі індивідуальні розбіжності.

5. Духовне, міжособистісне спілкування друзів, коли можна порушити будь-яку тему і не обов'язково звертатися за допомогою до слів, товариш зрозуміє вас за виразом обличчя, за рухами, інтонаціями. Таке спілкування можливе тоді, коли кожен учасник має образ співбесідника, знає його особистість, може передбачити його реакції, інтереси, переконання, ставлення.

6. Маніпулятивне спілкування спрямоване на здобування вигоди від співбесідника, використовуючи прийоми (лестоці, залякування, «замилування очей», обман, демонстрація доброти тощо) залежно від індивідуальних особливостей співбесідника.

7. Світське спілкування. Суть світського спілкування полягає в його безпредметності, тобто люди говорять не те, що думають, а те, що належить говорити в подібних випадках. Це спілкування закрите тому, що точки зору людей на це чи інше питання не мають ніякого значення і не визначають характеру комунікацій. Життєвий досвід багатьох людей сформував так званий кодекс спілкування в різних ситуаціях.

Кодекс світського спілкування

1. Ввічливість, такт — «зважає на інтереси іншого».
2. Схвалення, згода — «не ганьби іншого», «уникай заперечень».
3. Симпатії — «будь доброзичливим, привітним».

Кодекс ділового спілкування

1. Принцип кооперативності — «твій внесок повинен бути таким, якого потребує спільно прийнятий напрямок розмови».

2. Принцип достатності інформації — «говори не більше і не менше, ніж потрібно на цей момент».

3. Принцип якості інформації — «не бреш» (не вводь в оману).

4. Принцип доцільності — «не відхиляйся від теми, зумій знайти рішення».

5. «Висловлюй думку виразно й переконливо для співбесідника».

6. «Уміє слухати й зрозуміти потрібну думку».

7. «Уміє враховувати індивідуальні особливості співбесідника заради інтересів справи».

Якщо один співбесідник орієнтується на принцип ввічливості, а інший — на принцип кооперативності, вони можуть потрапити в безглузду, неефективну комунікацію. Значить, правила спілкування повинні бути узгодженими і дотримуваними обома учасниками.

Тактика спілкування — реалізація в конкретній ситуації комунікативних внутрішніх можливостей на основі володіння технікою та знаннями правил спілкування. *Техніка спілкування* — сукупність конкретних комунікативних умінь говорити й умінь слухати.

Досягненню бажаного ефекту спілкування сприяє *емпатія* — здатність емоційно сприймати іншу людину, проникнути в її внутрішній світ, прийняти її з усіма думками і почуттями. Здатність до емоційного відображення у різних людей неоднакова.

Виділяють три рівні розвитку: перший рівень — найнижчий, звертаючись до співбесідника, людина проявляє своєрідну сліпоту до стану, переживань, намірів співбесідника. Другий рівень — у процесі спілкування у людини виникають уривкові уявлення про переживання іншої людини. Третій рівень — його характеризує умінь одразу ввійти в стан іншої людини не лише в окремих ситуаціях, а й протягом усього процесу взаємодії з ним.

Розвиток спілкування. У людини чи не з народження виникає потреба в спілкуванні з іншими людьми. Спочатку неусвідомлено, а потім людина свідомо вступає у певні стосунки з оточуючими, долучаючись до життєвого досвіду.

З моменту народження дитини дорослі спонукають її до спілкування. Потреба в спілкуванні розвивається в дітей поетапно. Дитина різноманіт-

(ввічливості, суворості, байдужості, скромності, співчутливості тощо) — набір висловлювань особи, жестів, стандартних фраз, що дозволяють приховати справжні емоції ставлення до співбесідника. У місті контакт масок навіть необхідний у деяких ситуаціях, щоб люди «не чіпали» один одного без потреби, щоб «відгородитися» від співбесідника.

2. Примітивне спілкування, коли іншу людину оцінюють як об'єкт потрібний або такий, що заважає: якщо потрібний — активно вступають в контакт, якщо заважає — відштовхують або реагують агресивними, брутальними репліками. Якщо від співбесідника одержали бажане, то втрачають подальший інтерес до нього і не приховують цього.

3. Формально-рольове спілкування, коли регламентовані і зміст, і засоби спілкування, і замість знання особи співбесідника вдовольняються лише знанням його соціальної ролі.

4. Ділове спілкування, коли враховують особливості особи, характеру, віку, настрою співбесідника, але інтереси справи більш значущі, ніж можливі індивідуальні розбіжності.

5. Духовне, міжособистісне спілкування друзів, коли можна порушити будь-яку тему і не обов'язково звертатися за допомогою до слів, товариш зрозуміє вас за виразом обличчя, за рухами, інтонаціями. Таке спілкування можливе тоді, коли кожен учасник має образ співбесідника, знає його особистість, може передбачити його реакції, інтереси, переконання, ставлення.

6. Маніпулятивне спілкування спрямоване на здобування вигоди від співбесідника, використовуючи прийоми (лестоці, залякування, «замилування очей», обман, демонстрація доброти тощо) залежно від індивідуальних особливостей співбесідника.

7. Світське спілкування. Суть світського спілкування полягає в його безпредметності, тобто люди говорять не те, що думають, а те, що належить говорити в подібних випадках. Це спілкування закрите тому, що точки зору людей на це чи інше питання не мають ніякого значення і не визначають характеру комунікацій. Життєвий досвід багатьох людей сформував так званий кодекс спілкування в різних ситуаціях.

Кодекс світського спілкування

1. Ввічливість, такт — «зважає на інтереси іншого».
2. Схвалення, згода — «не ганьби іншого», «уникай заперечень».
3. Симпатії - «будь доброзичливим, привітним».

Кодекс ділового спілкування

1. Принцип кооперативності — «твій внесок повинен бути таким, якого потребує спільно прийнятий напрямок розмови».

2. Принцип достатності інформації — «говори не більше і не менше, ніж потрібно на цей момент».

3. Принцип якості інформації — «не бреш» (не вводь в оману).

4. Принцип доцільності — «не відхиляйся від теми, зумій знайти рішення».

5. «Висловлюй думку виразно й переконливо для співбесідника».

6. «Уміє слухати й зрозуміти потрібну думку».

7. «Уміє враховувати індивідуальні особливості співбесідника заради інтересів справи».

Якщо один співбесідник орієнтується на принцип ввічливості, а інший — на принцип кооперативності, вони можуть потрапити в безглузду, неефективну комунікацію. Значить, правила спілкування повинні бути узгодженими і дотримуваними обома учасниками.

Тактика спілкування — реалізація в конкретній ситуації комунікативних внутрішніх можливостей на основі володіння технікою та знаннями правил спілкування. *Техніка спілкування* — сукупність конкретних комунікативних умінь говорити й умінь слухати.

Досягненню бажаного ефекту спілкування сприяє *емпатія* — здатність емоційно сприймати іншу людину, проникнути в її внутрішній світ, прийняти її з усіма думками і почуттями. Здатність до емоційного відображення у різних людей неоднакова.

Виділяють три рівні розвитку: перший рівень — найнижчий, звертаючись до співбесідника, людина проявляє своєрідну сліпоту до стану, переживань, намірів співбесідника. Другий рівень — у процесі спілкування у людини виникають уривкові уявлення про переживання іншої людини. Третій рівень — його характеризує умінь одразу ввійти в стан іншої людини не лише в окремих ситуаціях, а й протягом усього процесу взаємодії з ним.

Розвиток спілкування. У людини чи не з народження виникає потреба в спілкуванні з іншими людьми. Спочатку неусвідомлено, а потім людина свідомо вступає у певні стосунки з оточуючими, долучаючись до життєвого досвіду.

З моменту народження дитини дорослі спонукають її до спілкування. Потреба в спілкуванні розвивається в дітей поетапно. Дитина різноманіт-

ними способами привертає увагу дорослих ще до того, як почне говорити. Про відчуття голоду, мокрі пелюшки, про інші неприємні речі дитина сповіщає дорослих своїм криком. У місячному віці дитина пильно вдивляється в обличчя матері. Двомісячна дитина посміхається у відповідь на ласкаве слово і посмішку дорослого. Посмішка — це жест, комунікативний стимул. Дво-, трьохмісячна дитина іноді без видимих причин починає вередувати і заспокоюється тільки тоді, коли з нею заговорять. Спілкування вже в такому віці є однією з головних умов психічного розвитку дитини.

Діти виражають свій емоційний стан, просять про допомогу, користуючись діями і жестами, тобто спілкуються ще до того, як навчилися розмовляти. Дитина відштовхуючим жестом виражає відмову, але тягнеться до предмету, що вабить її. Ці жести можуть супроводжуватися і цілеспрямованими звуками. Разом вони передують мовному спілкуванню.

У разі правильних методів виховання дитина від спілкування, яке полягало у прагненні уваги дорослих, переходить до співробітництва з ними. Співробітництво полягає в тому, що дорослі допомагають виконати дитині дію, привертають її увагу до предметів, керують діями малюка. А дитина звертається за допомогою до дорослих, коли не може виконати якусь дію. При цьому дорослий оцінює поведінку дитини — заохочує її посмішкою або виявляє мімікою і жестами своє незадоволення. Так дитина вчиться правильно поводитись.

Потреба у спілкуванні створює основу для наслідування звуків людської мови. Під кінець другого місяця діти у відповідь на звернені до них слова починають агукати, а у віці п'яти-шести місяців у них виникає лепет. Перші слова дитина звичайно вимовляє приблизно в один рік. До півтора року діти вимовляють близько 50 слів. Ці слова означають те, що дитині здається важливим (дай, мама, тато, молоко тощо).

З розвитком мовлення спілкування дітей стає набагато ефективнішим.

Стадії розвитку потреби дитини у спілкуванні (за М. І. Лісіною):

- 1) потреба в увазі та доброзичливості дорослого (перше півріччя життя);
- 2) у співробітництві (ранній дошкільний вік);
- 3) у зацікавленості дорослого запитам дитини (молодший та середній дошкільний вік);
- 4) у взаєморозумінні та співпереживанні (старший дошкільний вік).

У спілкуванні між людьми відбувається обмін досвідом, знанням, навичками, тобто взаємозбагачення їх. У професійній діяльності в різних сферах життя виявляються відмінності між людьми, різниця в оцінках, поглядах, інтересах, емоціях, діях. Визначними для спілкування індивідів є норми та принципи моралі, що склалися в суспільстві.

Без відповідного розвитку форм спілкування практично неможливі такі галузі людської діяльності, як освіта і виховання, наука і мистецтво, політика, охорона здоров'я тощо.

У діяльності лікарів особливо велике значення у спілкуванні з хворими має вміння співпереживати і співчувати, вселяти хворому віру у власні сили, оптимізм. Зі справжньою культурою спілкування несумісні егоїзм, заздрість, марнослів'я, байдужість, прагнення нав'язати свою думку, свої звички та смаки. Культура спілкування людей у різних ситуаціях базується на виконанні певних правил, які вироблялися людством протягом тисячоліть. Такі форми спілкування, регламентовані суспільством, називаються етикетом. Він передбачає технічні сторони спілкування (зовнішній бік поведінки за певних обставин), а також принципи, невиконання яких засуджується і навіть карається. Зовнішній бік ділових стосунків регламентує службовий етикет. Людина істинної культури спілкування проявляє її всюди: на роботі, на відпочинку, у сімейному колі, у громадських місцях. Уміння людей передавати свої думки та почуття іншим людям, вміння не лише говорити, а й слухати, проявляти розуміння і доброзичливість, співчуття і повагу складають культуру повсякденного спілкування.

Добре, коли діалог між лікарем і хворим перебігає в рамках щирої і доброзичливої зацікавленості обох сторін і спрямований на досягнення спільної мети — збереження здоров'я. Але часом буває інакше: пацієнт не задоволений перебігом лікування, лікар також виявляє претензії до хворого. Обидва вони не задоволені діалогом, який може навіть переростати у конфлікт. Частіше всього джерелом конфлікту є обое: і лікар, і пацієнт. Через хворобу пацієнт певною мірою втрачає самокритичність, не стримує своїх емоцій, висуває надмірні вимоги і необґрунтовані звинувачення до медичного персоналу. Спілкування лікаря з такими хворими вимагає особливого такту, толерантності, витримки та вміння.

Розглядаючи проблеми спілкування, слід звернути увагу на певні типові ситуації лікарського спілкування на різних етапах лікувально-діагностичного процесу.

Спілкування як довірливий діалог зазвичай потребує певних умов. Як правило, про яку довірливість чи навіть певну інтимність бесіди може йтися, якщо лікар на бігу, десь у коридорі заводить із хворим розмову про важливі для хворого речі або розмовляє неухважно, одночасно щось записуючи в інших історіях хвороби, роблячи розпорядження медичній сестрі чи розмовляючи по телефону. На жаль, такі ситуації не є рідкісними. Таке ставлення нічого, крім неповаги до лікаря, втрати довіри до нього та розчарування, у хворого не залишає.

Розмовляти з пацієнтом, родичами і близькими йому людьми найкраще наодинці, бажано в окремій кімнаті. Вести бесіду слід не кваплячись, відключившись від інших справ, уважно, не перебиваючи вислуховувати співбесідника. Небажано, щоб співбесідники стояли, це завжди мимоволі сигналізує про обмеження часу спілкування. Для встановлення міжособистісного контакту має значення поза і жести. Якщо лікар сидить на краю стільця, це буде для співбесідника нагадуванням про те, що лікар поспішає, у нього багато інших справ, за таких умов навряд чи виникне бажання відвертості. Не сприяє відвертості і надмірна жестикуляція лікаря, що може відволікати співбесідника. Не можна недооцінювати значення міміки, виразу обличчя лікаря.

Безумовно, найважливішим засобом спілкування є мова. Вона має особливе значення і для встановлення контакту, і для його підтримання, і для розвитку. У мові слід намагатися уникати банальних фраз, не зловживати медичними термінами, що можуть бути невірно витлумаченими і викликати тривогу в пацієнта. Вочевидь, у межах розумного, щоб не травмувати психіку хворого, слід дозувати ступінь відвертості в оцінюванні важкості стану і прогнозу, вселяючи оптимізм, лікар тим самим мобілізує хворого на спільну боротьбу з недугою. Так само слід налаштовувати і родичів пацієнта. Серйозність розмови не виключає інтелектуального гумору, що підтримує душевні сили і надає впевненості в сприятливому результаті.

Усе наведене вище набуває особливого значення, коли лікар розмовляє з хворим чи його родичами перед операцією, складною інструментальною маніпуляцією, що пов'язана із болем і неприємними відчуттями чи є потенційно небезпечною для пацієнта. У таких випадках слід бути особливо обережним і чуйним. Уміння лікарського спілкування — свідчення культури і самоповаги, оскільки людина, котра поважає себе і любить свою професію, усвідомлює свій високий гуманістичний обов'язок,

не може дозволити зневажливо ставитися до іншого, ігнорувати його страждання і переживання.

Професійна діяльність лікаря здійснюється також у безпосередньому спілкуванні з колегами, середнім медичним персоналом та іншими співробітниками. Таке спілкування часто відбувається на очах у хворих, які за власними спостереженнями часто складають вірне судження про особистість лікуючого лікаря. Багато втрачає в очах хворих лікар, що лестить старшим за посадовим статусом і зневажливо та зверхньо ставиться до молодших колег, середнього медичного персоналу. На основі своїх спостережень за міжособистісними стосунками, що складаються в колективі медичних працівників, хворі визначають статус кожного його члена і оцінюють його. Погано, якщо з такої, не завжди об'єктивної оцінки у хворих складається хибна негативна психологічна установка щодо особи лікуючого лікаря, тобто насторожене ставлення до його знань, вмінь та бажання надати допомогу. Зрозуміло, що це лише заважатиме налагодженню лікарського спілкування, викликатиме недовіру до лікаря, перешкоджатиме ефективному лікуванню.

Одним із важливих показників соціально-психологічного клімату в колективі є конфліктні ситуації, конфліктність або соціально-психологічне напруження в колективі, яке негативно відбивається на всіх аспектах його життєдіяльності.

Психічне напруження — це психічний стан, зумовлений передбаченням несприятливого для суб'єкта розвитку подій, що супроводжується відчуттям тривоги, страху, дискомфорту.

Конфлікт (від лат. conflictus — зіткнення) — це зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій, поглядів або думок опонентів чи суб'єктів взаємодії. На соціально-психологічний клімат великий вплив справляють міжособистісні стосунки, суб'єктивний характер яких виявляється у сумісності людей. Сумісність характеризується оптимальним поєднанням якостей людей у процесі спільної діяльності, що сприяє її успішному виконанню. Гармонійне поєднання фізичних якостей людей, що виконують певну спільну діяльність, свідчить про фізичну сумісність. Запорукою психофізіологічної сумісності є властивості нервової системи, а також особливості аналізаторних систем. Основою соціально-психологічної сумісності є взаємини людей з такими особистісними властивостями, які сприяють успішному виконанню соціальних ролей. Психологічна

сумісність передбачає спільність поглядів, переконань, цінностей, ставлень.

Вважається, що, на відміну від морального, психологічний клімат формується в результаті неформальних міжособистісних стосунків. Однак не слід применшувати значення формалізованих стосунків, що утворюються всередині групи людей. Наприклад, керівник надто суворо і нав'язливо стежить за виконанням певних формальних вимог. Чи буде це допомагати формуванню сприятливого психологічного клімату? Невірно, ні. Швидше виникнуть передумови для створення психічного напруження в колективі.

Володіючи широким спектром характерних властивостей (типологічні особливості характеру, експансивність, екстра- та інтровертність, статеві і вікові відмінності тощо), людина може позитивно або негативно впливати на сточуючих, роблячи певний внесок в основу психологічного клімату.

Особистість, яка приносить у колектив доброту і розуміння, має здатність до емпатії, комунікабельна, виявляє піклування, сумлінне ставлення до праці, принциповість і багато інших позитивних якостей, безумовно, буде сприяти оптимізації трудової і соціальної діяльності.

І навпаки, особистість, яка нехтує нормами етики, виявляє егоїзм, нестриманість, непослідовність, демонструє гірші сторони свого характеру, буде руйнувати хороші міжособистісні стосунки, негативно впливати на особистість та провокувати конфлікти.

Психологічні особливості управління конфліктом. Теорія управління стверджує, що за наявності 30% незадоволених або критично напружених осіб у колективі починається дезорганізація, а за наявності 50% — настає криза, що породжує конфлікт.

У рамках функціонального аналізу конфлікти доцільно розглядати поетапно з позиції їх виникнення, динаміки розвитку, функціонального значення і доцільності.

Розглядаючи динаміку конфлікту, можна виділити певні стадії:

- виникнення об'єктивної конфліктної ситуації;
- усвідомлення її;
- конфліктна поведінка;
- розв'язання конфлікту.

На етапі виникнення конфлікти поділяють на *стихийні* і *заплановані*. До запланованих конфліктів удаються свідомо з метою зняття на-

пруження, яке виникає в результаті протиборства між окремими особистостями, групою і особистістю, групою і суспільством, між групами в одній організації. При цьому можуть переслідуватися особисті, групові або суспільні цілі.

Запланований конфлікт розцінюють як виправданий, коли досягається поставлена мета, і невиправданий, коли результат є негативним.

До **ознак класифікації конфліктів** можна також віднести:

- часову ознаку (нетривалі, тривалі і затяжні);
- можливість управління (керовані й некеровані);
- обсяги конфліктів (локальний або широкий);
- наслідки (позитивні чи негативні);
- силу впливу на учасників (наскільки зачіпає статус особистості).

Суттєве практичне значення має поділ конфліктів за результатами «корисності». Враховуючи це, виділяють конфлікти **конструктивні, стабілізуювальні та деструктивні**.

Конструктивні та стабілізуювальні конфлікти відіграють інтегративну роль в оптимізації організаційної структури персоналу. Відомо, що за певних умов конфлікт об'єднує людей, стимулює ефективний вихід зі становища, що склалося. Прикладом конструктивного конфлікту можуть бути суперечності у творчих колективах, що ґрунтуються на предметно-пізнавальній діяльності, коли одну мету досягають різними шляхами. Конструктивні ділові конфлікти (інтелектуальні та наукові) свідчать про зацікавленість людей у загальній справі. Конструктивний конфлікт навіть здатний позитивно впливати на розвиток особистості, стимулюючи раніше приховані можливості особистості. У деструктивних міжособистісних конфліктах один із опонентів використовує морально засуджувані методи боротьби, намагається психологічно «придушити» партнера, дискредитує його в очах оточуючих. Цей прийом завжди спричинює гнів, шалений опір. У такій ситуації розраховувати на швидке вирішення конфлікту не доводиться. Деструктивні конфлікти призводять до негативних, часто руйнівних дій, що іноді переростають у плітки та інші негативні явища, які призводять до різкого зниження ефективності роботи групи чи організації. Основною ознакою класифікації конфліктів за М. Дейчем є співвідношення між об'єктивним станом справ та тим станом, який реально склався у конфлікуючих сторін. М. Дейч виділяє шість типів конфлікту:

1. «Реальний конфлікт» — це конфлікт, який об'єктивно існує та адекватно сприймається.

2. «Випадковий конфлікт» — залежить від обставин, що можуть змінюватися, але ці обставини не усвідомлюються конфліктуючими сторонами.

3. «Зміщений конфлікт» — реальний конфлікт, за яким приховується інший конфлікт, що є справжнім чинником конфліктної ситуації.

4. «Помилково дописаний конфлікт» — конфлікт, який помилково тлумачиться.

5. «Латентний конфлікт» — має відбутися, але не відбувається, оскільки усвідомлюється.

6. «Хибний конфлікт» — у цьому випадку реальних підстав для конфлікту не існує, об'єктивно його немає, але він виникає у свідомості конфліктуючих сторін через помилкове сприймання та розуміння ситуації.

Конфліктність напруження у ланці «керівник — виконавець» належить до групи конфліктних ситуацій *вертикальної спрямованості*. Часті випадки, коли до конфліктних ситуацій залучаються і колеги, тоді вертикальний конфлікт переростає у *горизонтальний*.

Причиною конфліктних ситуацій може стати взаємозалежність під час виконання певної роботи. Передавання зміни (за умови багатозмінної діяльності) часто супроводжується незгодами. Певна група суперечностей може виникати і тоді, коли члени колективу погано проінформовані.

Емоційно-психічне напруження, що переростає у конфліктну ситуацію і відвертий конфлікт, найчастіше спостерігається у колективах, де працюють однакові за віком чи темпераментом люди.

Висока конфліктність спостерігається в колективах, що складаються з осіб найпродуктивнішого віку — 30—50 років. Причина конфліктності у таких колективах — переважання генераторів ідей і недостатність гальмівного чинника (старших за віком і початківців, які б ці ідеї реалізували).

Причини конфлікту умовно можна поділити на три групи.

I група. Причини, що закладені у властивостях об'єкта управління (виконавець, група виконавців). До них належать:

- встановлений консерватизм, відсталість поглядів, суджень співробітників;
- різний підхід членів колективу до оцінки норм, інтересів цінностей;

— наявність у колективі акцентуованих особистостей і відсутність належного розуміння їх статусу іншими співробітниками;

— відсутність регламентуючих і нормативних документів щодо організації трудового процесу;

— низька загальна і виробнича культура;

— пезадовільна професійна підготовка;

— наявність негативних неформальних лідерів або осіб, які негативно впливають на колектив;

— підбір однотипних за темпераментом людей;

— безпосередня психологічна несумісність співробітників.

II група. Причини, що закладені в стилі керівництва і зумовлені негативними якостями особистості керівника. Це:

— відсутність елементарних знань із психології;

— низька загальна культура керівника;

— низька компетентність у питаннях теорії і практики управління;

— низький або надвисокий рівень товариськості керівника;

— відсутність рис лідера;

— низькі моральні якості;

— невідповідність способів реалізації керуючих дій соціально-психологічним сподіванням працівників;

— вияв негативних якостей керівника (запальність, нестриманість, необов'язковість тощо);

— низька професійна підготовка;

— невідповідність цілей, що стоять перед колективом, завданням, які вирішують працівники.

III група. Причини, що виявляються в основних формах взаємовідносин конфліктуючих сил:

— невідповідність вимог колективу можливостям працівника в період первинної трудової адаптації;

— намагання придумати будь-який конфлікт;

— неузгодженість цілей, функцій, обов'язків, прав співробітників за рівнями управління;

— перенесення особистих взаємин на службові (симпатії та антипатії тощо);

— наявність взаємовиключних цілей у мікроколективах;

— недостатність інформаційного забезпечення;

— низький рівень виховної роботи.

Конфліктна ситуація — це ще не конфлікт. Потрібен інцидент, який перетворив би її у відвертий конфлікт. Сила інциденту залежить від багатьох причин. Прикладом може бути порушення працівниками правил грудового розпорядку. Тут певне значення має те, наскільки очевидним було порушення, сила реакції з боку того, хто повинен стежити за виконанням правил, тощо.

До загальних превентивних заходів конфліктних ситуацій у колективах належать: усунення психологічних бар'єрів у взаємовідносинах: співробітників, визначення об'єктивних причин протистояння; аргументація мотивів переконання груп, що протистоять; внесення змін у систему винагород, створення умов для визначення помилок, зміна структур, функцій, прав, обов'язків, правил за умови виникнення перших ознак напруження.

Залежно від змісту конфліктної ситуації, конструктивності конфлікту і ефективності управління ним *наслідки* можуть бути *функціональними* або *дисфункціональними* з відповідними передумовами формування майбутніх стосунків.

Способи управління конфліктною ситуацією умовно поділяють на *структурні* та *міжособистісні*.

Структурний спосіб управління службовим конфліктом має кілька методичних підходів, які можна розглядати з позицій превентивних заходів. Наприклад, пояснюють співробітнику, чого від нього чекають, за можливості добирають критерії обсягу і якості роботи, визначають повноваження, встановлюють систему винагород і загальноорганізаційних заходів, спрямованих на досягнення мети (для кожного працівника і для групи осіб окремо). Всіляко підвищується престиж мети, що об'єднує людей.

К. Томас та Р. Кілмен виділяють *п'ять основних стилів* поведінки у конфліктних ситуаціях, що спираються на власний стиль, стиль інших учасників конфлікту, а також на сам конфлікт.

Стиль конкуренції. Він може бути ефективним тоді, коли ви наділені певною владою; ви знаєте, що ваше рішення чи підхід у даній ситуації правильні, і маєте можливість наполягати на них.

Стиль уникання. Його можна використовувати тоді, коли зачеплена не важлива для вас проблема, коли ви не хочете витратити сили на її вирішення або коли відчуваєте, що перебуваєте у безнадійному становищі. Стиль уникання може стати придатним у спілкуванні з «тяж-

кою» особистістю. Дехто вважає стиль уникання «втечею» від проблем та відповідальності, а не ефективним підходом до розв'язання конфлікту.

Стиль пристосування. Його можна використати, коли результат справи надзвичайно важливий для іншої людини і несуттєвий для вас. Цей стиль корисний також і в тих ситуаціях, коли ви не можете отримати верх, оскільки інша людина наділена більшою владою; таким чином ви йдете на поступки і вгамовуєтесь з тим, чого хоче опонент.

Стиль співробітництва вимагає певних зусиль. Обидві сторони повинні витратити на це час, повинні вміти пояснити свої бажання, висловити свої потреби, вислухати один одного, а потім виробити альтернативні варіанти розв'язання проблеми. Відсутність хоча б одного з цих елементів робить цей підхід неефективним.

Стиль співробітництва серед інших стилів є найважчим, зате він допомагає знайти рішення, яке більше задовольняє обидві сторони у складних конфліктних ситуаціях.

Стиль компромісу. Компроміс досягається на більш поверхневому рівні порівняно зі співробітництвом; ви поступаєтесь у чомусь, інша людина теж у чомусь поступається, і в результаті ви можете дійти згоди. Стиль компромісу найефективніший у тих випадках, коли ви та інша людина хочете одного й того самого, але знаєте, що тим часом це є для вас нездійсненим.

Конфлікти, незважаючи на свою специфіку та різноманітність, мають у цілому загальні *стадії перебігу*:

- стадію потенційного формування суперечливих інтересів, цінностей, норм;
- стадію переходу потенційного конфлікту в реальний чи стадію усвідомлення учасниками конфлікту своїх правильних чи хибних інтересів;
- стадію конфліктних дій;
- стадію ліквідації чи розв'язання конфлікту.

У міжособистісному вирішенні конфліктних ситуацій часто втрачається об'єктивність у сприйнятті опонентів. Викривлене сприйняття конфлікту призводить до реальної загрози потрапити до пастки власної упередженості. Не слід вбачати в опоненті лише ворожість, не помічаючи позитивних його якостей.

Знаючи класифікацію, основні причини виникнення і структуру конфлікту, доцільно для ефективного управління ним сформувати модель процесу розгортання конфліктної взаємодії. На кожному етапі можна за-

стосувати перевірені практикою методи, за допомогою яких вдається заново побудувати розвиток конфлікту або розв'язати його з конструктивними наслідками.

Недооцінювати або ігнорувати конфлікт у повсякденній діяльності не слід. Краще конфліктувати свідомо, спрямовуючи події на конструктивний вихід. Сам по собі конфлікт як зіткнення різних позицій, поглядів, думок не завжди призводить до негативних наслідків.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Психологічні основи спілкування в лікувально-діагностичному процесі.
2. Комунікативна компетентність та її роль в ефективній і безконфліктній взаємодії.
3. Функції спілкування: інформаційно-комунікативна, регуляторно-комунікативна, афективно-комунікативна.
4. Роль психологічних особливостей лікаря в лікарському спілкуванні.
5. Психологічні особливості спілкування на різних етапах лікувально-діагностичного процесу.
6. Медико-деонтологічні засади лікарського спілкування.
7. Інформування хворого про діагноз.
8. Взаємодія і спілкування лікаря з хворими та їх родичами.
9. Конфлікти в медичному середовищі, їх різновиди.
10. Схема розвитку конфлікту.
11. Особливості конфліктів між особами, що задіяні в лікувально-діагностичному процесі. Способи вирішення та попередження конфліктів.



«...Індивідум — це складна динамічна система, що перебуває в стані нестійкої рівноваги і реагує на всі зміни як у навколишньому середовищі, так і всередині самої системи. А в разі захворювання, тобто порушення гомеостазу, порушуються і чисельні аспекти всієї системи. Наводячи психологічні чи фізіологічні процеси, мають на увазі різний підхід до одного і того самого явища, але власне явище є неподільним. Отже, у цьому значенні немає ні соматичної, ні психогенної хвороби, а є просто хвороба» (ВООЗ).

Психосоматика — напрям сучасної медицини, що вивчає вплив психічних, передусім особистісних чинників, на виникнення соматичних захворювань, психологічні механізми перебігу хвороб, зв'язки між характером психічного стресора та ураженням певних органів і систем. Комітет експертів ВООЗ із психосоматики зазначає, що не менше ніж 50 % стаціонарних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією.

Вихідним пунктом психосоматичного процесу є певний психічний стан або зміна станів, які спричинюють фізіологічну реакцію організму. Найбільш вираженою ця реакція буває у разі емоційних відхилень та афектів, наприклад, під час радості, гніву, страху. Деякі автори повідомляють про так звану мову органів: «вхопило за серце», «це розриває серце», «впав камінь з серця», «стискає серце», «що в тебе на серці», «він безсердечний», «добре, м'яке серце», «сердечний», «посинів від злості», «зблід від жаху», «почервонів від гніву», «в ньому не було ані кровинки», «почервонів від сорому», «спалахнула з радощів», «затамував дихання», «хапав ротом повітря», «у нього потекли слинки», «не зміг цього проковтнути (переварити)», «я від тебе посивію», «від жаху в нього волосся встало дибки на голові», «заціпенів від жаху», «у нього затремтіли коліна», «людина без хребта», «він облився холодним потом» і т. д.

Результати низки досліджень свідчать про наявність соматичної реакції на психічні емоційні процеси. Голлман «звинуватив» групу здорових студентів медичного факультету в не-

дбайливому ставленні до навчання. У тих, хто реагував на це зауваження, він визначав частішання пульсу, підвищення артеріального тиску (АТ), хвилиного об'єму крові. Пфейффер і Вольф спостерігали підвищення АТ у здорових осіб під час дискусії про їх емоційні проблеми. Інші автори виявляли підвищення рівня холестерину в крові під час іспитів і т. д.

Однак є психосоматичні реакції, що не мають вираженого емоційного компонента. Наприклад, дивлячись на лимон, який є прямим подразником, що діє на органи чуття, виникає слиновиділення. Але слиновиділення відбувається також у разі лише уявлення лимона. Обидва ці процеси відбуваються в функціональних структурах першої сигнальної системи. Але вихідним пунктом може бути дія і через 2-гу сигнальну систему — словесне описання лимона, що вторинно викликає уявлення про нього (якщо студентам на лекції словесно описати розрізаний лимон, слиновиділення буде позитивним у 95—100% учасників).

У наведених прикладах йдеться про результати умовності: прямі подразники, уявлення та словесне описання спричинюють відповідні умовні рефлекси.

Фізіологічні реакції психічних процесів можуть відбуватися в різних ділянках та системах організму:

1. Зміни з боку серцево-судинної системи: частішання серцебиття, зміна АТ, в основному його підвищення; звуження або розширення судин (збліднення чи почервоніння шкіри).

Крім звичайної реєстрації зміни пульсу та АТ, застосовують плетизмографію для реєстрації зміни кровопостачання.

2. Зміни дихання: затримка, уповільнення або частішання дихальних рухів (реєструється на пневмографі).

3. Реакції травного тракту: посилена моторика шлунка, схильність до блювання, підвищена перистальтика кишків з прискореним пересуванням вмісту та можливою схильністю до проносів; уповільнена моторика з пригніченням активності травного тракту та закрепками. Підвищена секреція слини, або, навпаки, знижене слиновиділення з відчуттям сухості в роті. Але в разі виникнення слиновиділення не дуже важливу роль відіграє емоційний компонент, який набагато більше виражений за умов розвитку шлункових реакцій, як це підкреслює Барклі: «Шлунок є одним з найбільш чутливих органів тіла та реагує на всі емоції».

4. Сексуальні реакції. Готовність до їх виникнення залежить від розвитку і стану гормональної готовності, однак психічні процеси при цьому грають важливу роль пускового механізму. У разі візуального або фізич-

ного контакту із сексуальним партнером відбувається ерекція статевого члена, набухання клітора та секреція в генітальній області разом із іншими нейровегетативними супутніми явищами, такими, як зміни дихання, кровообігу та м'язового тону. У разі більш сильного сексуального тону для виникнення цих реакцій достатнім є лише уявлення про сексуального партнера чи сексуальної дії.

5. Мимовільні м'язові реакції, наприклад, такі, як тремор (тремтіння), що їх можна зобразити графічно, або зміни м'язового напруження, які можна зафіксувати за допомогою електроміографії.

6. Пітливість (особливо долоней) є загальновідомою реакцією у разі емоційних відхилень. Вона відіграє суттєву роль у зміні шкірно-гальванічної реакції, що реєструється психогальванометром.

Вихідним пунктом є певний стан організму, що спричинює психічну реакцію. Прикладом може бути почуття голоду, що призводить до недоволення, напруження, втоми, але також — і до фізичної активності, що спрямована на насичення. На фізіологічному рівні йдеться про вплив гіпоглікемії на клітини ЦНС. Іншим прикладом може служити почуття спраги.

Стрес і психосоматичні розлади

Ланг навів безперечний факт збільшення кількості людей із гіпертонічною хворобою після блокади Ленінграда німецькими фашистами під час Другої світової війни. Горват (Чехословаччина) діагностував гіпертонічну хворобу в 11% телефоністок.

У зоопарку м. Сухумі спостерігали розвиток гіпертонічної хвороби у мавпи-самця, від якого відсадили самку, що раніше жила з ним, у клітку до іншого самця і вона жила з іншим партнером у нього на виду. В інших експериментах з так званою відповідальною мавпою, які пагадували виробничі ситуації, встановлено наступне. Двох мавп у двох окремих клітках, які стояли поряд, подразнювали досить сильними електричними розрядами. Причому одна з мавп була «відповідальною», вона мала можливість відключити струм так, щоб ні вона, ні сусідка не отримували б розрядів. Мавпа-сусідка такої можливості не мала. І виявилось, що у «відповідальною» мавпи в результаті експерименту виникли виразки на слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки, а її сусідка лишилася

здоровою. Здавалось би, що все повинно бути навпаки, адже у експериментальної мавпи була можливість навчитися вимикати струм і врятуватися, а у її сусідки такої можливості не було, вона була у безвихідному становищі. Отже, процес активного навчання і вироблення відчуття відповідальності за інших може спричинити перенапруження нервово-психічних процесів, що призводить до органічної патології.

Г. Сельє, автор теорії стресу, характеризує діалектику стресу наступними словами: «Мета фактично не в тому, щоб уникати стресу. Стрес є складовою частиною самого життя. Це є природний побічний продукт будь-якої нашої діяльності, уникати стресу було б так само невірною, як відмовлятися від їжі, від фізичних рухів або ж від кохання. Для того щоб найбільш повно проявити себе, необхідно спочатку визначити свій оптимальний стресовий рівень і у відповідності з ним використовувати свою адаптаційну енергію в тій мірі і в тому напрямку, котрий найкращим чином відповідає природженому влаштуванню думки і тіла». Дослідження стресу засвідчили, що повний відпочинок не справляє позитивної дії на організм і окремі органи. Стрес у помірних дозах є необхідним для життя. Крім того, вимушена бездіяльність може спричинити більш виражений стрес, ніж нормальна діяльність.

Шкідливі психічні фактори спостерігаються практично завжди в соціально-психологічній області сучасної цивілізації. Звідси назва «хвороби цивілізації», значна частина яких відноситься до психосоматозів.

Отже, діяльність органів і систем безпосередньо пов'язана з діяльністю психіки людини. Тіло і душа — це єдине ціле. Тому патологічний процес, призводячи до зміни функціонування внутрішніх органів, обов'язково спричинює зміну психічної діяльності і навпаки.

Згідно з дослідженням ВООЗ, психічні порушення в 4 з 10 випадків у країнах із ринковою економікою призводять до інвалідності. В Україні в сумарній втраті працездатності серед усіх захворювань частка психоневрологічних захворювань становить 10,5%.

Пацієнти з психічними розладами часто (до 75% випадків) звертаються за допомогою до лікарів первинної ланки. Але згідно з міжнародними даними ці лікарі лише в 10—30% випадків встановлюють діагноз депресії, яка є найпоширенішим психічним порушенням.

Отже, саме життя зумовлює необхідність інтегрування психології та психіатрії в практику лікарів первинної ланки охорони здоров'я.

Результати численних досліджень свідчать, що між соматичними та психічними захворюваннями є чіткий і закономірний взаємозв'язок.

Тому окремо аналізувати особливості клініки соматичних та психічних порушень, очевидно, недоцільно.

Будь-яке захворювання, навіть якщо воно не супроводжується вираженими соматичними змінами, обов'язково змінює психіку хворого та його поведінку у зв'язку з виникненням нових, відсутніх до хвороби, форм реагування пацієнта на цю хворобу. Йдеться про вплив страху, хвилювання, турботи хворого за наслідки і кінцевий результат захворювання.

Низка соматичних захворювань має психопатологічні прояви. Деякі лікарські засоби, особливо у разі їх тривалого вживання, можуть справляти побічну дію щодо психіки — від легкої астенії до психотичних станів.

Не викликає сумніву і той факт, що більше ніж 1/3 хворих, які звертаються до лікаря з соматичними скаргами, є по суті практично здоровими особами, котрі потребують лише корекції емоційного стану.

Останнім часом психосоматична медицина і комплексний підхід до пацієнта знову стали предметом широкого обговорення, що, можливо, зумовлено введенням у Німеччині нової лікарської спеціалізації «психотерапевтична медицина» і диплома з психосоматичної медицини в Австрії.

Психосоматика має специфічне значення для всіх можливих практичних застосувань, зокрема, для основ медичного обслуговування, до якого пацієнти звертаються за першою допомогою і яке часом буває вирішальним для їх майбутнього.

Поділ захворювань на психічні та психосоматичні, як уже зазначалося, вельми умовний, адже за будь-якого з цих хворобливих станів страждає весь організм людини, її поведінка та її оточення.

Психосоматична медицина є підходом до вирішення медичних проблем, основою якого є врахування комплексності сомато-психосоціальної взаємодії під час оцінювання механізмів виникнення, особливостей перебігу та терапії захворювань.

Необхідно звернути увагу на такий психосоматичний аспект, недостатньо висвітлений у вітчизняній літературі, як взаємодії в системах хворий — лікар, хворий — його сім'я, лікар — сім'я хворого.

Пацієнт, незалежно від віку, від тяжкості захворювання, від того, який орган у нього ушкоджений, повинен бути впевнений, що зустрине лікаря, який відповідно до потреб приділить увагу його проблемам — біологічним, духовним і соціальним. Цю проблему може вирішити, наприклад, сімейний лікар.

Пацієнти із тяжкими, духовно зумовленими органічними хворобами звертаються за психосоматичною допомогою в середньому лише після 7-річного лікування у різних лікарів. У таких пацієнтів, як правило, виникає залежність від таблеток. Цьому можна було б запобігти, якби сімейні або спеціалізовані лікарі не гаяли часу, спостерігаючи за пацієнтом.

Не кожна довготривала хвороба або втрата працездатності, незалежно від того, чи вона психічного, чи фізичного характеру, має своїм наслідком «хронічну хворобливу поведінку». Під цим поняттям слід розуміти такі випадки, коли суб'єктивне відчуття хвороби пацієнтом, отже і подальша його поведінка, не відповідають об'єктивним даним медичного обстеження. Це означає, що поведінка пацієнтів така, ніби їхня хвороба більш тяжка, ніж визнано лікарем.

Хвора людина особливо потребує спілкування, її переживання і стосунки можуть змінитися через хворобливий стан, що часто виражається мовою тіла. Сімейний лікар повинен бути «перекладачем» таких очевидних симптомів. Це вимагає планомірного оформлення цих стосунків. Тому необхідно створити такий домашній клімат, який забезпечує особисту індивідуально спрямовану допомогу. Під час діагностичної фази треба враховувати симптом, причому не тільки на органічному, але й на емоційному рівні.

Пацієнт підтверджує свою довіру до лікаря тим, що висловлює йому свої скарги, не соромлячись, при цьому він повинен знайти можливість сформулювати свої проблеми. Сімейний лікар має співчутливо ставитися до скарг пацієнта і сприймати їх не тільки як медичну, але й як психічну та соціальну причину хвороби, перевіряти та брати їх до відома. Так, між лікарем і пацієнтом виникають справжні партнерські двосторонні стосунки.

Діяльність серця тісно пов'язана з чуттєвим життям. Ще в античній міфології серце вважали зосередженням афекту та пристрастей. Ще Вільям Харвей у своєму творі «*Exstercitacio anatomica de motucordis et sanguinis in animalibus*» (1628) так описав вплив емоцій на серце: «Кожна душевна хвороба, яка супроводжується стражданням або задоволенням, надією або страхом, є причиною збудження, вплив якого поширюється на серце».

Біль — це суб'єктивне відчуття, яке виходить за межі власного сприйняття. Втручання разом із психологічною підтримкою для пацієнтів з гострим інфарктом міокарда ефективне тільки тоді, коли ступінь стресу високий. Цей ефект дає більший шанс вижити, якщо минув рік після пережитого інфаркту. У пацієнтів без істотного дистресу ефекту немає.

У пацієнта з дистресом і без психосоціального втручання через 5 років виявлено підвищення ризику смертності.

Під загрозою розвитку інфаркту перебувають люди соціально активні, честолюбні, орієнтовані на змагання і роботу, чия поведінка відзначається агресивністю, суперництвом. Сімейний лікар повинен роз'яснити, що ця поведінка шкодить здоров'ю, що куріння, алкоголь теж негативно впливають на роботу серця. Але бувають випадки, коли хворий не може виконати ці поради. Тоді ефективними є заняття спортом під керівництвом лікаря (коронарні групи), комбінування елементів групової терапії з автотренінгом.

Життя людини у XXI ст. неможливе без періодичних стресів, психічного напруження, основними симптомами чого є серцебиття, біль у грудях, задишка. Особливості травматичного стресу — труднощі в спілкуванні. Багаторічний досвід медичних досліджень свідчить, що 90% людей, які перенесли травматичний стрес, потребують психологічної або психіатричної допомоги. Умовно можна виділити 3 клінічні форми розладів: невротична реакція, афективно-шокова та інші форми дезадаптивного характеру.

З клінічних порушень типовими є: порушення сну (40%), головний біль (35%), відчуття важкості в голові (27%), тривога (85%), тремор рук (15%), почуття психічного дискомфорту (34%), тахікардія (17%). Під час обстеження такого хворого лікар повинен вибрати оптимальне співвідношення між фармакотерапевтичним та психотерапевтичним методами корекції. Основною умовою адаптації травмованої особистості до звичайного життя є її включення до взаємодії з іншими людьми. Близькі люди, як правило, створюють захисну оболонку навколо людини, яка перенесла травму, їй це вкрай необхідно. Питання про надання психотерапевтичної допомоги особливо гостро встає в тих випадках, коли травмована людина не має підтримки ззовні, особливо близьких людей.

У стресових умовах особливо страждає ендокринна система.

Якщо простежити динаміку захворювань ендокринної системи, то можна помітити зв'язок між початком патології і психічною травмою. Унаслідок нервового напруження виникає можливість реалізації в поведінці раніше сформованої емоційно насиченої установки. Нейтралізувати патогенне напруження можна створенням іншої установки, змістовно більш широкої, у рамках якої протиріччя між першочерговим прагненням і перешкодою усувається.

Для того щоб пацієнти могли конструктивно розв'язувати стресові ситуації, потрібно навчити їх повірити в здатність свого організму справитися з психотравмувальними ситуаціями різного ступеня патогенності.

Власне, у зв'язку з підвищенням рівня психосоматичних розладів розвиток психічної культури як складової частини загальнолюдської культури має велике значення.

Відомо, що стрес переживається не тільки в момент події, але й у віддалений період. Напруження впливає на пацієнта, на захисну систему його організму. У пацієнтів з ендокринною патологією схильність до емоційних захворювань пов'язана з негативними відчуттями, які були пережиті в минулому і не отримали психологічної розрядки. Тому важливим елементом роботи з такими хворими є використання психологічних засобів, які допомагають пробачити образи (реальні та надумані), звільняють від неприємних почуттів, формулюють причини життєрадісного настрою.

Під час дослідження хворих з ендокринною патологією проводили експеримент з психокорекційної роботи. До проведення експерименту середній показник рівня тривоги становив 49,9 бала, після психологічного втручання даний показник дорівнював 39,6 бала. Таким чином, психокорекційна робота з такими хворими зменшує рівень реактивної і особистої тривоги, забезпечує гормональну рівновагу в бік відновлення.

Психотерапія хворих із виразкою шлунка чи дванадцятипалої кишки має свої особливості. Невротичний стан хворих є не тільки причиною патологічного процесу, але й супутником, і наслідком.

Терапевтично можна спробувати усунути захворювання шляхом дієтичного харчування. Але дуже важливу роль відіграє депресивний настрій пацієнта, тому потрібні консультації з лікарем, підтримувальні психотерапевтичні бесіди. Агресивність прискорює проходження їжі через шлунок, страх або сильні емоції сповільнюють це проходження за рахунок пилороспазму. Під впливом страху, депресивних думок знижується секреція соляної кислоти, перистальтика і кровопостачання шлунка. Конфліктні ситуації підвищують шлункову секрецію і, якщо вони довготривалі, — спричинюють зміни слизової оболонки, яка стає особливо вразливою.

Таким чином, щоб швидше вийти з важкого психічного стану, потрібна консультація медичного психолога.

Відмінності психосоматичних та соматопсихічних процесів певною мірою є штучними. Обидва ці процеси перебігають у взаємозв'язку, часто в формі зворотного зв'язку. Зворотний зв'язок може бути:

а) негативним — наприклад, почуття голоду спонукає до діяльності, результатом якої є насичення і відновлення внутрішньої фізіологічної рівноваги;

б) позитивним — відчуття страху прискорює серцебиття, що в свою чергу наводить на думку про ураження серця, посилює страх та в подальшому посилює неприємні відчуття в ділянці серця. Це спостерігається тоді, коли процес перебігає на межі норми і патології або це просто патологічний процес.

Крім різноманітних короткотривалих психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях (наприклад, тахікардія у закоханого чи відсутність апетиту в період смутку), виділяють ще 4 великі групи розладів іншої якості.

Конверсійні симптоми (лат. *conversio* — сходження) — символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту, їх приклади — це істеричний параліч, психогенна сліпота (амавроз) або глухонімота (сурдомутизм), блювання, больові відчуття. Всі вони — первинні психічні феномени без участі тканин організму. Тіло тут служить немовби сценою для символічного вираження суперечливих відчуттів хворого, які пригнічені і витіснені в підсвідоме.

Психосоматичні функціональні синдроми виникають частіше також у разі неврозів. Такі «соматизовані» форми неврозів іноді називають неврозами органів, системними неврозами або вегетоневрозами. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком соматичного (фізіологічного) супроводження емоцій чи інших подібних до них психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних депресій часто імітують певне соматичне захворювання, «маскуються» під нього. Такі депресії прийнято називати маскованими, ларвованими або соматизованими депресіями.

До групи функціональних психосоматичних синдромів часто також відносять і деякі психофізіологічні захворювання (**психосоматози**) — в їх основі лежить первинна соматична реакція на конфліктне переживання, пов'язана з патологічними змінами в органах (ці зміни поступово переходять з функціональних (зворотних) у морфологічні (незворотні)). Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органа. Перші

прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з певними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання набуває хронічного або рецидивного перебігу і вирішальним провокувальним фактором виникнення чергових загострень для хворого є психічний стрес.

Іншими словами, етіологія і патогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх стадіях захворювання, пов'язані з психологічно значущими для особистості психологічними подразниками з навколишнього середовища. Однак функціональні порушення, що виникають паралельно з боку внутрішніх органів на більш пізніх етапах, призводять до їх деструкції, тобто до органічних змін, і захворювання набуває рис типового соматичного, фізичного страждання.

Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань:

- есенціальна гіпертензія;
- бронхіальна астма;
- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;
- неспецифічний виразковий коліт;
- нейродерміт;
- ревматоїдний артрит;
- гіпертиреоїдний синдром («чіказька сімка» за P. Alexander, 1968).

Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки — схильність до травм і інших видів саморуйнівної поведінки (вживання алкоголю, наркотиків, тютюну, переїдання з подальшим ожирінням та ін.).

Існує низка психодинамічних концепцій, що пояснюють психосоматичні захворювання.

1. Конверсійна модель.

Конверсійна модель була висунута спочатку Зігмундом Фрейдом в 1895 р. в його роботі «Етюди по істерії», пізніше була сформульована нова концепція відповідно до триб-теорії. Дана модель пояснює виникнення певних соматичних симптомів, наприклад істеричного паралічу як результату і вираження внутрішньопсихічного конфлікту. Ядром конфлікту є бажання, яке походить, як правило, з едипальної фази розвитку лібідо. Це явище (феномен) отримало назву «конверсія» (від лат. *conversio* — сходження). Вибір симптомів відбувається не випадково, вони символічно виражають вид конфлікту, який лежить в основі, і даний конфлікт вирі-

шується через розбудову симптому (первинна вигода від хвороби). Слід зауважити, що дана конверсійна модель, яка вбачає в симптомі символічне вираження психічних станів і, з іншого боку, некоректно розглядає цю модель як єдину психоаналітичну концепцію для психосоматичних розладів, самим Фрейдом була жорстко обмежена конверсійною істерією, однією з форм психоневрозів. Інші актуальні неврози (неврастенія чи невроз страху), які проявляються через вегетативні розлади, були, однак, узагальнені Фрейдом у напрямку — без задіяння психічних механізмів, результатом яких є утворення символів, — із значно більш неспецифічної оболонки соматичних станів (наприклад, збіднення або затримка сексуального збудження).

Такий жорсткий, з одного боку, розділ між психоневрозами, які в поведінці чи в соматичному симптомі є відбитком психічної діяльності, та, з іншого боку, вегетативних неврозів, які іншими інтерпретуються не символічно, можна знайти і у Ф. Александера, і в концепції французької психосоматичної школи.

2. Теорія Ф. Александера (конфліктів, специфічних для певної хвороби).

Теорія, розроблена Ф. Александром в 40-х роках ХХ ст., є ще по сьогодні найкраще обґрунтованою й найбільш завершеною. Дана теорія виходить з того, що в основі кожного психосоматичного розладу, а також неврозів, лежить далеко ідучий несвідомий емоційний конфлікт. Даний конфлікт полягає в зіткненні двох потреб або потреби та її заборони. Ні в якому разі не буде поступок потребі; коли блокована потреба буде виконуватися за наявності неврозу у фантазіях, у випадку вегетативного (психосоматичного) розладу потреба виконуватися не буде; нерозряджене емоційне напруження спричинює хронічні вегетативні зміни. Форма цих змін залежить від того, які потреби не виконуються. Якщо це головним чином акти агресії, то згідно з теорією Ф. Александера формується тривале збудження симпатичної нервової системи, наприклад, як у випадку з хворими на артеріальну гіпертензію, коли пригнічене агресивне напруження спочатку призводить до перманентного підвищеного тиску, що, у свою чергу, спричинює розвиток артеріальної гіпертензії. Іншими хворобами, які пояснюються подібною симптоматичною активацією, є перш за все мігрень і ревматоїдний артрит. Якщо ж на передній план виступатимуть пасивно-регресивні бажання як наслідок турботи та доглянутості, що будуть блокуватися, то це перш за все призведе до парасимпатичного збудження, результатом чого може бути пептична виразка, виразковий коліт чи бронхіальна астма. Яка з хвороб розвивається всере-

дині обох великих категорій залежить, згідно з даною теорією, від спеціального основного конфлікту (специфіка конфлікту), але також і від того, як мотивована фізіологічна сила, тобто блокована потреба власне буде проявлятися. Агресія може виражатися моторно як тілесний випад (напад), а також у формі образ або знищувальних фантазій; вегетативні наслідки блокування цих різноманітних агресивних дій також можуть бути різними і спричинювати різноманітні хвороби, такі, як ревматизм, мігрень або артеріальна гіпертензія. На закінчення слід зауважити, що, згідно з розумінням Ф. Александра, потреби тривалий час залишаються на задньому плані або можуть розряджатися в іншому місці; лише за їхньої реактивації (як у разі виразки шлунка) чи в разі руйнування існуючих форм захисту (як у випадку з ревматоїдним артритом) з'являється вегетативна симптоматика.

Слід наголосити, що хоча згідно з цією моделлю у разі вегетативних неврозів стани, зумовлені основним конфліктом, завершуються, але симптоматика (як у разі неврозів) може інтерпретуватися як відображення психічних станів, і конфлікт завдяки хворобі не розв'язується. Це відрізняє вегетативні неврози від хвороб вираження, як, наприклад, конверсійна істерія. Проміжне положення займає бронхіальна астма, яка розвивається (програється) в парціально (довільно) іннервованому органі, і симптоматику якої можна трактувати як пригнічений крик до матері: тут теж йдеться про функцію вираження (експресивну функцію). Модель Ф. Александра не відповідає на саме собою виникаюче запитання, коли і в яких саме особистостей конфлікт призводить до невротичного переоблення або за яких обставин замість цього (конфлікту) розвивається вегетативний невроз. Слід ще зробити критичне зауваження до даної теорії, яке полягає в тому, що прийнятий розподіл між функціями, пов'язаними із симпатичною та парасимпатичною частинами вегетативної нервової системи, не є чітко розмежованим. Також треба зазначити, що специфічні конфліктні ситуації окремих захворювань не обов'язково повинні розроблятися, і при цьому нечітко спостерігаються.

3. Концепції алекситимії, або «*pensee operateire*».

Визначення, або поняття «*pensee operateire*» розвивалося паризькою психосоматичною школою (пов'язано з іменами Маггу, Міґан, Файн, Девід, Самі-Алі). Це поняття формувалося на основі роботи з психосоматичними хворими і вперше було винесено для обговорення на широкий загал на психоаналітичному конгресі в 1962 р. Терміном «*pensee operateire*» позначається первинно-процесуальне архаїчне мислення, затри-

мане (фіксоване) на конкретному та актуальному (Stephanos, 1981). Термін «алекситимія», який був уведений кількома роками пізніше американськими психіатрами Nemiah та Sifneos, описує феномен, тісно споріднений з *pensee operateire*. Ця словесна конструкція означає нездатність сприйняти або виразити власні почуття. Особистості з алекситимією характеризуються автоматично-механістичним мисленням, збідненим світом фантазій (який виражається у висловлених банальних мріях), неможливістю висловити свої почуття (замість цього спостерігається багатослівний опис соматичних симптомів), недостатнім навчанням перенесенню та контрперенесенню під час психоаналітичної сесії.

Як правило, діагноз «алекситимія» встановлюють за допомогою клінічного інтерв'ю згідно з наведеними вище критеріями. Розроблена низка стандартизованих опитувальників (у разі застосування одних із них пацієнтів оцінює інтерв'юер, інших — пацієнт сам себе оцінює), а також використовують проєктивні методики.

Багато авторів, перш за все паризької школи, вважають відношення психосоматичних захворювань, алекситимії та *pensee operateire* настільки тісними, що їх наявність свідчить про психосоматичну структуру. Це положення часто дискутується: проведені багаточисленні дослідження, які, з одного боку, виявляють тісний зв'язок між алекситимією та соматичними хворобами, особливо такими «класичними», як виразковий коліт, пептична виразка або бронхіальна астма; з іншого боку, дослідження, не менш численні, свідчать про відсутність різниці між алекситимічними характеристиками у соматично здорових і невротиків. У ході дослідження, проведеного Cochen та співавторами в 1994 р., виявлено, що в разі застосування методики TAS (Toronto Alexythymia Scale) не встановлено ніякої різниці між пацієнтами психосоматичної клініки, психіатричними пацієнтами та контрольною групою здорових осіб. У зв'язку з гетерогенністю отриманих результатів можна дискутувати, якою мірою облік може впливати на виявлені взаємозв'язки. Cremierus (1978) вважає, що алекситимія — це феномен, який особливо сильно виражений і знаходиться в нижній сферах і, напевно, без дозволу генералізується від них на всіх психосоматичних пацієнтів. На його думку, у такому випадку йдеться про штучний продукт, який виникає внаслідок взаємодії терапевта, котрий знаходиться на середньому рівні, та пацієнта з нижнього рівня. Цей продукт односторонньо «запущений» пацієнту як алекситимія. Не кажучи про наведені вище емпіричні неясності, на даний момент пропонуються переконливі теоретичні моделі, які могли б поєднати існування алекситимії

тимічних характеристик з розвитком соматичних симптомів. Так, залишається незрозумілим, що лежить в основі алекситимії або що є її причиною. Наприклад, тривають дискусії, чи це є генетично зумовлена розбалансованість між функціями лімбічної системи і неокортексу, як вважає Nemiah (1977), чи це дефект процесів ідентифікації як результат порушення ранньої взаємодії між матір'ю і дитиною. Існує думка, що виникнення алекситимії є дуже диференційованим: за даними Freyberger, розрізняють первинну, генетично детерміновану алекситимію як вид вторинної, що походить з індивідуальної історії навчання (Lerngeschichte); такий поділ дає чіткі послідовності для виду терапії (психодинамічні; засновані на мовних процесах у разі вторинної форми, в інших випадках невербальні, візуалізовані або й медикаментозна терапія); психотерапевтичні можливості під час лікування хворих із соматичною патологією або пацієнтів із алекситимією продовжують дискутуватися.

Слід зазначити, що в моделі паризької школи, як і в моделі Ф. Александера, зроблено чіткий розподіл між невротами, де не спостерігається психосоматичний феномен, і психосоматичними хворобами, оскільки для пояснення останніх застосовують фрейдівську концепцію актуальних неврозів. Автори називають свою модель гетерогенною, на протилежність гомогенним моделям, які бачать безперервність неврозів і соматичних хвороб (Groddeck, 1917). Щодо запитання, яке було адресоване Ф. Александеру, в яких особистостей розвиваються психосоматичні хвороби, то, вірогідно, тепер на нього є можливість відповісти з допомогою концепції алекситимії.

4. Інші концепції специфікації.

Разом з теорією Ф. Александера, згідно з якою існують специфічні конфлікти, що призводять до розвитку психосоматичних захворювань і визначають специфічний «вибір» (ураження) органа, розвиваються ще дві найбільш відомі концепції специфічності:

1). *Концепція специфіки особистості.* Більш точне формулювання й емпіричне обґрунтування даної концепції, яка в принципі повертає нас до античного вчення про типи характерів та до захворювань, характерних для даних типів, надала американська лікарка Flanders Dunbar (1943). За допомогою спостережень та інтерв'ю вона описала типи особистості, в яких певні захворювання особливо часто діагностуються: наприклад, типовими хворими на ішемічну хворобу серця (ІХС) є витривалі, орієнтовані на успіх особи, що намагаються досягнути поставленої мети, або ти-

пово імпульсивні, погано володіючі собою особистості, схильні до травм та нещасних випадків.

Концепція хвороб, специфічних для певних особистостей, збереглася і в наш час. Ця концепція лежить в основі всіх спроб знайти типовий профіль особистості для хворих на мігрень, гіпертонічну хворобу або коліт; до сьогодні це нікому не вдалося (можливо, винятком є стенокардія і особливо інфаркт міокарда, який статистично достовірно частіше виникає у певного типу особистості, який визначається через характерний для даної особистості тип поведінки).

2). *Теорія специфічності поведінки.* Ця теорія була розроблена Grace і Graham (1952), які зазначають, що певні ситуації, пов'язані з особистими змінами, призводять до певних відношень (або поведінки), до ситуації (наприклад, «я не хочу мати з ним ніякої справи»), які знову спричинюють типові соматичні симптоми.

Психосоматична медицина (психосоматика) — це психіатрично-терапевтична галузь медицини, яка займається лише тими соматичними захворюваннями, які можна трактувати як результат теперішніх або минулих психологічних (емоційних) конфліктів. У широкому розумінні будь-яку хворобу можна визначати як психосоматичну, коли є можливість виявити психічні впливи на соматичні хвороби, синдроми або симптоми. У вузькому значенні психосоматичними вважаються тільки такі хвороби, за яких хронічний конфлікт призводить — через вегетативну нервову систему — до соматичних змін в організмі.

Інше визначення — *психосоматика* — це психіатрично-терапевтичне (чи психіатрично-інтерністське) вчення про відносини між тілом і душею (Roche: Medizinlexikon). У сучасній медицині ці відносини десятиріччями якщо не ігнорувалися, то їм не приділяли належної уваги. Сучасна медицина розвивається завдяки новітнім технічним досягненням як медицина органів. На передній план виступають соматичні хвороби.

Психосоматика в жодному разі не означає надання меншої уваги соматичним хворобам, не протиставляє їх психічним, а навпаки — наголошує на значенні психічних конфліктів в генезі соматичних захворювань.

Будь-яку патологію можна (і слід) розглядати в різних аспектах.

1. Соматичний аспект: пацієнт виявляє скарги соматичного характеру; можна встановити патологічні зміни та порушення функцій певних органів; психічні симптоми не відіграють суттєвої ролі.

Лікування однозначно спрямоване на органічні зміни в органах та системах організму.

2. Психічний аспект: пацієнт виявляє скарги психіатричного характеру; можна встановити патологічні зміни і порушення з боку психіки; органічні симптоми (тобто симптоми ураження певних органів і систем) не відіграють суттєвої ролі.

Лікування однозначно спрямоване на подолання психіатричної симптоматики.

3. Психосоматичний аспект:

а) пацієнт виявляє скарги соматичного характеру, але не можна визначити органічних порушень органів та систем організму. Психічні симптоми пригнічені.

Лікування має бути спрямоване на виявлення психічних (психіатричних) симптомів;

б) пацієнт виявляє скарги соматичного характеру, можна визначити патологічні зміни в певних органах, психічні симптоми пригнічені.

Лікування має бути спрямоване на органічні зміни і воно повинне розкривати психічні взаємозв'язки.

Психосоматичні захворювання — це фізичні захворювання або порушення, причиною виникнення яких є афективне (емоційне) напруження (конфлікти, невдоволення, гнів, страх, тривога й ін.). Психологічні чинники відіграють роль і в разі інших захворювань: мігрень, ендокринні розлади, злоякісні новоутворення. Проте слід розрізняти справжні психосоматози, виникнення яких визначається психічними чинниками і профілактика яких повинна бути спрямована насамперед на їхнє усунення і корекцію (психотерапія і психофармакологія), та інші захворювання, на динаміку яких психічні і поведінкові фактори істотно впливають, змінюючи неспецифічну резистентність організму, але при цьому не є першопричиною їх виникнення.

Швидкого поширення та розвитку психосоматична медицина набула на початку ХХ ст. з появою робіт із психоаналізу З. Фрейда і його послідовників. У цей час були зареєстровані мільйони «функціональних» пацієнтів, соматичні скарги яких не підтверджувалися об'єктивними дослідженнями, а лікування традиційно застосовуваними лікарськими засобами було неефективним. У першу чергу необхідно провести корекцію афективних станів, порушених міжособистісних відношень хворих, тобто психотерапію, психологічне консультування.

Проте прихильники психоаналізу ігнорують органічну патологію, акцентуючи увагу на наявності у хворих із психосоматичними симптомами витіснення переживань (захисний психологічний механізм, що про-



М. С. Введенський
(1852—1922)



О. О. Ухомський
(1875—1942)

являється в підсвідомому виключенні думки чи емоції із свідомості), які потім проявляють себе як соматичні симптоми. Однак на практиці не можна нехтувати тим, що у хворих з часом розвиваються також органічні ураження, і вже після початку хвороби недостатньо тільки психотерапії, необхідне відповідне лікування з використанням сучасних фармакологічних засобів, а іноді й хірургічне втручання.

Грунтовне наукове пояснення психосоматичних взаємозв'язків дав І. П. Павлов та його послідовники. На основі умовно-рефлекторної теорії І. П. Павлова російський нейрофізіолог П. К. Анохін (1898—1974) розробив біологічну теорію функціональних систем — концепцію організації процесів у цілісному організмі, який взаємодіє із середовищем. Теорія ґрунтується на уявленні про функцію як про механізм досягнення організмом пристосувального результату у взаємодіях із середовищем. Функціональна система — це певна організація активності різних елементів, що зумовлює відповідний корисний результат.

Основою активних взаємовідносин організму із середовищем є якісно специфічні системні процеси. У світлі цієї теорії будь-яка якісно виражена емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями — спеціальна фізіологічна категорія динамічних інтегративних процесів, що об'єднує кору великого мозку і підкіркові утворення.

З позицій нейрофізіології в емоційних процесах беруть участь як центральні (таламус, лімбічна система, структури активації і винагороди), так і периферійні структури (катехоламіни, гормони кори надниркових залоз, вегетативна нервова система). Подразники надмірної сили чи тривалості змінюють функціональний стан ЦНС і периферійної нервової системи (М. Є. Введенський, О. О. Ухтомський, І. П. Павлов). При цьому порушується умовно-рефлекторна діяльність, утрачається диференціація умовних рефлексів. У гострій формі можливий зсув у бік збудження або гальмування. Так можуть виникати функціональні порушення і так звані *locus minoris resistentiae*. Існує зворотний зв'язок (індукція або редукція конфлікту); система постійного зворотного зв'язку визначає можливість терапевтичного впливу.

Патогенетичні механізми психосоматичних захворювань

Шкідливі чинники, що є стресовими для конкретного організму, спричинюють перенапруження адаптаційних процесів у корі великого мозку. Там на тлі загальних динамічних порушень виникають ніби функціональні вогнища застійного збудження і гальмування, пов'язані з патологічно фіксованими негативними емоціями у відповідь на явний чи прихований від свідомості стрес-фактор. Ці явища патологічного застою поширюються на вегетативну нервову систему (ВНС) і надовго зберігають у ній певний функціональний стан, що відповідає конкретній негативній емоції. Застій та інертність може тривалий час зберігатися і після усунення їх зовнішніх чинників. Патологічний застій певних відділів ВНС, підтримуваний корою великого мозку, заважає її нормальній функціональній рухливості, обмежує гнучкість її адаптації до зовнішніх та внутрішніх змін. З'являється вегетативна і метаболічна недостатність і водночас порушується робота внутрішніх органів.

Залежно від онтогенезу пацієнта та перенесених ним захворювань локалізація найбільш вираженої патології у кожному окремому випадку є різною. Отже, гострий або хронічний психічний стрес-фактор спричинює еволюційно запізнілу біологічну адаптацію. Виникає емоційне напруження, яке активізує нейроендокринну систему та ВНС. Змінюється судинна система внутрішніх органів. Спочатку зміни мають функціональ-

ний, зворотний характер, але в разі тривалого і частого повторення вони стають органічними, необоротними.

Патогенез соматичних захворювань не можна пояснити дією одного чинника: вони перебувають у складній взаємодії і мають власну ієрархію у кожному окремому випадку. Виникає питання, чому в одних випадках за наявності нервових розладів в майбутньому може виникати захворювання судинної системи, в інших — виразкова хвороба, а ще в деяких — порушення функції ендокринної системи тощо. Багато дослідників пояснюють цю вибірковість тим, що ушкоджений орган (чи система) перебував у передпатологічному стані. «Нервовий удар» лише прискорює завершення формування патології «*locus minoris resistentiae*» — «місця найменшого опору». «Вибір органа» зумовлений також характером стресора. Зокрема, для виникнення психосоматичного захворювання значущими є певні психологічні чинники.

Бронхіальна астма. Серед рис особистості відзначають істеричні, іпохондричні, тривожні. Психопатологи вбачають у симптомі бронхоспазму символічне відображення внутрішнього конфлікту особистості між потребою у ніжності і страхом перед нею. Важливого значення у розвитку бронхіальної астми надають пригніченню матір'ю емоційних проявів дитини у ранньому дитинстві — крику, плачу та ін. Батьківські сім'ї таких хворих відрізняються стриманістю у проявах емоцій; батьки прагнуть контролювати та забороняти ініціативу своїх дітей, блокувати несанкціоновані емоційні прояви (ніжність, гнів). Напади бронхіальної астми посилюються, коли хворий змушений боротися з почуттям гніву до тих авторитетних осіб, які відмовляють йому в бажаній любові.

Гіпертонічна хвороба. Типовим є внутрішньоособистісний конфлікт між агресивними імпульсами та потребою перебувати в залежності від значущих осіб, а також «перфекціонізм» — підвищений рівень забаганок із прагненням досягти високих соціальної мети і стандартів суспільного життя. Ці риси призводять до хронічного стресу і підвищеної готовності до психосоматичного реагування. Серед рис характеру домінують інтроверсія, емоційна лабільність, істероїдність. В етіології хвороби значна роль належить конфліктові, напруженій боротьбі, оскільки ця група осіб гірше адаптується до стресових ситуацій, що створюються у разі зміни життєвих стереотипів.

Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда. Безпосередньо перед захворюванням пацієнтам притаманні виражений перфекціонізм, мотивація на досягнення високої соціальної мети. Такі люди характери-

уються значною квапливістю у справах, нетерплячістю, відчуттям нестачі часу, високою відповідальністю, азартністю. Такий тип характеру отримав назву «стрес-коронарний профіль», «тип А» чи «сизифів тип», що відображає прагнення утримувати себе у стані безперервного емоційного напруження і конкуренції. Характерними є «занурення в роботу», на все інше просто не вистачає часу: це пояснюється тим, що у ситуаціях, орієнтованих на досягнення вищої мети, у таких людей справи йдуть краще, ніж у родинних стосунках чи у спілкуванні з друзями.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. У преморбідний період відзначаються пригнічена потреба в залежності і прагнення споживати любов і турботу. Варіантами є: а) «тиранічний пацієнт», що вирізняється внутрішньою залежністю від оточення і водночас — страхом перед цією залежністю. Як реакція гіперкомпенсації в поведінці визначається прагнення до тиранічного пригнічення оточуючих зі спалахом агресії в разі невдач. Деякі з цих хворих мають схильність до алкоголізації; б) хворі з патологічними рисами («неврозом») характеру схильні «розсіювати» агресивне напруження на оточуючих: глузують з них, висловлюють неспокійне незадоволення, буркочуть і т. ін. Це спричинює негативне ставлення до них інших осіб. Така реакція ще більше спонукає хворого на агресію, формуючи «хибне коло».

Цукровий діабет. Виділяють три психологічні механізми, що спричинюють розвиток хвороби:

1. Внутрішньоособистісні конфлікти і потреба в любові компенсаторно задовольняються актом харчування за формулою «їжа — любов». Марний апетит і схильність до ожиріння призводять до стабільної гіперглікемії, яка в кінцевому результаті функціонально ослаблює секреторну діяльність панкреатичних островців підшлункової залози.

2. Як наслідок ідентифікації їжі із любов'ю, знищення (блокування) любові спричинює стан голоду, що посилюється незалежно від споживання їжі; формується «голодний» метаболізм, який відповідає метаболізму хворого на цукровий діабет.

3. Неусвідомлені побоювання, що виникають протягом усього життя, призводять до постійного реагування за типом «уникнення — боротьба», що супроводжується гіперглікемією. Оскільки психологічне напруження адекватно не реалізується, цукровий діабет може розвинути з початкової гіперглікемії.

Виразковий коліт та хвороба Крона. Серед етіологічних чинників дискутуються бактеріальна, вірусна та імунологічна теорії. Але головною

психологічною проблемою особистості є алекситимія (від лат. *a* — відсутність, *lexis* — слово, *thimos* — емоції) — обмежена здатність сприймати власні відчуття, особливо тривогу, адекватно виражати їх словами, експресивно їх передавати. Виявлені риси інфантильності, схильність до депресивних реакцій як наслідки пригнічення агресивних імпульсів та емоцій. Алекситимія певною мірою характерна для всіх пацієнтів із соматичними хворобами, більше — для чоловіків і загалом визначає пасивно-захисний стиль поведінки хворих у стресових ситуаціях.

Ожиріння. Якість та кількість їжі, що споживається, може бути індикатором психосоціальної позиції. У народів, які багато голодували, їжа відіграла роль нагороди, її надмірна кількість була ознакою благополуччя і престижу. Прагнення до ожиріння є підсвідомим «нарощуванням» захисних споруд навколо «Я» і може бути захистом від небажаного шлюбу, невдач у соціальних стосунках. Воно часто спостерігається у людей із незадоволеною потребою у самовиявленні або як компенсація невдалого сімейного життя.

Таким чином, психологічні механізми психосоматичних захворювань містять передумови хронізації хвороби, недостатнього ефекту традиційної фармакотерапії, зв'язку рецидивів із душевним станом людини.

У цих випадках вираженої і тривалої ремісії можна досягти лише застосуванням у комплексі терапевтичних заходів і психотерапії, спрямованої на розв'язання особистісних конфліктів і гармонізацію внутрішнього світу людини.

Поняття про внутрішній конфлікт. Типи конфліктів

Психічний конфлікт — одночасне існування протилежно спрямованих і несумісних одна з одною тенденцій (потягів, бажань) у свідомості людини, між окремими людьми чи групами. Перебігає з гострими протилежно забарвленими емоціями і є джерелом психічної травматизації. Існує кілька типів конфліктів.

Внутрішньоособистісний (внутрішньопсихічний) конфлікт — зіткнення приблизно рівних за силою, але протилежно спрямованих мотивів, потреб, потягів та ін. Нерозв'язаний конфлікт (як і стрес, який неможливо усунути) у кінцевому результаті спричинює капітуляцію, відмову від «пошукової» поведінки, розвиток психосоматичних захворювань. Такі хворі традиційно звертаються до терапевтів загального профілю, відмов-

ляючись визнавати наявність у себе психологічних проблем. Психіатри при цьому часто діагностують депресію.

Міжособистісний (ситуаційний) конфлікт — конфлікт особи із зовнішньою ситуацією чи з людьми. Часто є чинником розвитку психогенних хвороб. Конфліктна ситуація залучає людину до емоційного стресу. За умов надто сильної або тривалої психотравми це може призвести до:

- а) активізації антистресорних систем організму з досягненням повної резистентності і формуванням витривалості до стресора;
- б) розвитку неврозу;
- в) розвитку соматовегетативних розладів з виходом у психосоматоз;
- г) розвитку неврозу разом зі значними соматовегетативними розладами.

Усім психогенним захворюванням властиві (В. М. М'ясищев):

- зв'язок із психотравмальною ситуацією;
- наявність мотиву захворювання (патогенетичного);
- відображення в клінічних проявах преморбідних рис особистості;
- залежність ефекту лікування від розв'язання психотравмальної ситуації.

Незважаючи на присутність у клініці неврозів і психосоматозів однакових компонентів — психогенного і біологічного — їх співвідношення є різним. У разі неврозів головна роль належить психогенному чинникові і додаткова — факторам ризику; у разі психосоматичних захворювань специфіка хвороби визначається біологічними чинниками, а психогенні фактори відіграють ініціувальну роль.

Оскільки в усій системі хибних зв'язків, які спричинюють формування психогенних захворювань, вирішальне значення має «емоційна гіпертензія», ефективною профілактикою є спрямування емоційної доміанти у безконфліктну корисну діяльність із будь-якою позитивною метою. Нераціональним і патогенним є прагнення стримати емоції, настільки ж шкідливою є звичка вільного «виплескування» будь-яких емоцій назовні. Слід «розряджати» емоції методами, корисними для постраждалого і водночас нешкідливими для оточуючих. «Необхідне виховання емоцій, які... як фізіологічний феномен так само піддаються вихованню і тренуванню, як і наші м'язи» (П. К. Анохін).

Останнім часом усі недоліки «чистої» органної медицини стають усе більш явними, тому в багатьох лікарів з'являються цілком зрозумілі побоювання і непевність, коли вони стикаються з психічною стороною хвороби.

Лікар, який застосовує в своїй практиці психосоматичні підходи, концентрує увагу не тільки на соматичних захворюваннях, він зважає також на духовні та соціальні чинники, тобто він враховує за можливості всі негативні фактори (що спричинюють захворювання) з соціального оточення пацієнта в діагностиці та лікуванні.

Розділення психосоматичних і соматопсихічних процесів безперечно є дещо штучним. Обидва ці процеси є взаємопов'язаними, дуже часто у формі зворотного зв'язку. Наприклад, почуття голоду спричинює діяльність, результатом якої є насичення і відновлення внутрішньої фізіологічної рівноваги, — йдеться про негативний (пригнічувальний) зворотний зв'язок. Проте, коли процес перебігає вже на межі з патологією або саме в області патології, наприклад, відчуття страху призводить до розвитку тахікардії, що в свою чергу наводить на думку про ураження серця та збільшує страх і в подальшому посилює неприємні відчуття в ділянці серця, йдеться вже про позитивний посилювальний зв'язок. Характер психосоматичної реактивності значною мірою є індивідуально зумовленим. Певні особи у разі емоційного навантаження реагують частіше розвитком серцево-судинних явищ у вигляді тахікардії, відчуттям стиснення в ділянці серця і т. п., інші — реакціями з боку травного тракту, пітливістю або м'язовими реакціями. Ця індивідуальна реактивність не є обов'язково незмінною і постійною в усіх ситуаціях і в усі періоди життя. Люди, реакції в яких у дитячому віці перебігали у вигляді проносу, можуть в дорослому віці за тих самих психічних стресів давати серцево-судинні реакції. Питання індивідуального характеру реакцій досі повністю не з'ясовані.

Підсумовуючи дану тему, можна зазначити, що психосоматози (психічно зумовлені соматичні порушення) є фізичними захворюваннями або порушеннями, у патогенезі яких важливу роль відіграють психічні фактори (особливості характеру і темпераменту, особливості нейрофізіологічних процесів, особливості реагування на конфлікти, напруженість, незадоволення, душевні страждання і т. п.). Загалом вважають, що механізм виникнення психосоматозів наступний: психічний стресовий фактор спричинює афективне напруження. Афект розглядається як міст між психічною і соматичною областями. У разі стримування афекту, коли моторні та вегетативні прояви повністю або частково заблоковані, активується нейроендокринна система і відбуваються зміни в судинах і внутрішніх органах. Спочатку ці зміни носять функціональний характер, проте у разі більшої тривалості і частого їх повторення можуть стати органічними і необоротними.

Результати наших досліджень (І. С. Вітенко, 1999) свідчать, що лікаря для встановлення та з'ясування системокомплексу, який призводить до психосоматичних захворювань, слід з'ясувати перш за все чинники, які спричинюють переживання особистості, а в подальшому і розвиток хвороби. З'ясовано, що це насамперед переживання, пов'язані з:

- а) хворобою (ефективність та перспективи лікування);
- б) сім'єю (конфлікти в родині з приводу взаємовідносин дітей, дітей і батьків) та із сексуальними стосунками (дисгармонія, імпотенція, фригідність);
- в) навчанням та працею (відданість мотивації інтересу, низькі показники успішності та ін.);
- г) соціальною ситуацією в мікро- та макрооточенні суспільства (нестабільність, пов'язана з економікою, національними відносинами і т. д.).

Лікар завжди має пам'ятати підтверджену практикою істину, що лікувати треба не хворобу, а хворого як єдину психосоматичну взаємовпливаючу систему.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Психосоматичний підхід у медичній психології та медицині.
2. Біопсихосоціальна концепція хвороби.
3. Емоційний стрес як фактор етіології і патогенезу психосоматичних розладів.
4. Психосоматичні взаємозв'язки.
5. Вплив психологічних факторів на перебіг соматичних розладів.
6. Теорії психосоматичних взаємовідношень.
7. Поняття адаптації та дезадаптації.
8. Порушення адаптації, дистрес.
9. Класифікація психосоматичних розладів.
10. Непатологічні психосоматичні реакції.
11. Власне психосоматичні захворювання.
12. Принципи профілактики та лікування психосоматичних розладів.



ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Психологічні і психічні прояви окремих соматичних захворювань

З наявності різних соматичних захворювань виникають специфічні, характерні тільки для них переживання. Найчастіше лікар стикається з психологічними проблемами у разі *серцево-судинних захворювань*.

Серцеві і судинні розлади завжди взаємопов'язані (Н. Е. Бачериков, К. В. Михайлова, 1989). У разі захворювань серця відзначається мозкова гіпоксія, у разі ураження мозкових судин розвиваються гіпоксичні зміни в серці.

Психічні розлади, які виникають внаслідок *гострої серцевої недостатності*, можуть проявлятися синдромами порушеної свідомості, що здебільшого перебігають у формі глухоти і галюцинаторного збудження, яке характеризується нестійкістю галюцинаторних переживань.

Психічні порушення у разі *інфаркту міокарда* систематично почали вивчати в останні десятиріччя. У передінфарктний період виникають відчуття тяжкості у голові, труднощі з концентрацією уваги, передчуття неминучої небезпеки, тривога, інколи ейфорія. У гострий період — безсоння, ілюзії, галюцинації, рухове збудження, тривога, пригніченість, страх смерті, часом — анозогнозія, втрата критичності, ейфорія. Надалі розвиваються стійка іпохондрія, фобії (кардіофобія тощо), астенодепресивні і невротичні реакції, стійка фіксація уваги на соматичних відчуттях. Описані депресивні стани, синдроми порушеної свідомості з психомоторним збудженням. Нерідко формуються надцінні утворення. У разі дрібновогнищцевого інфаркту міокарда розвивається виражений астеничний синдром з елементами сльозливості, загальною слабкістю, інколи нудотою, ознобом,

тахікардією, субфебрильною температурою тіла. У разі багатоголищного інфаркту з ураженням передньої стінки лівого шлуночка виникає тривога, страх смерті; за умов інфаркту задньої стінки лівого шлуночка спостерігається ейфорія, балакучість, недостатність критики до свого стану зі спробами піднятися з ліжка, невиконанням лікарських призначень, проханнями дати якусь роботу. У післяінфарктному стані відзначають в'ялість, різку втомлюваність, іпохондричність. Нерідко розвивається фобічний синдром — очікування болю, страх повторного інфаркту, страх рухатися в той період, коли лікарі рекомендують активний режим.

Під час обстеження хворих із патологією серцево-судинної системи у них виявляють наявність виражених форм особистісних реакцій. Недостатність кровообігу, яка виникає у разі *вад серця*, призводить до хронічної гіпоксії мозку, розвитку загально мозкової і вогнищевої неврологічної симптоматики, у тому числі й у вигляді судомних нападів.

Хворі із *вродженими вадами серця* часто відчувають себе стигматизованими. У них виникає страх за майбутнє, який деякі пацієнти намагаються компенсувати шляхом високих досягнень.

Реакція на хворобу в пацієнтів після *кардіохірургічного втручання* є наслідком не тільки церебрально-судинних порушень, але і його особистісної реакції. Виділяють так званий кардіопротезний психопатологічний синдром, який часто виникає у разі імплантації мітрального клапана або після багатоклапанного протезування. Внаслідок шумових явищ, пов'язаних з діяльністю штучного клапана, порушення рецептивних полів у місці його вживлення і розладу ритму серцевої діяльності увага хворих прикута до роботи серця. У них виникають переживання і страхи щодо можливого «відриву клапана», його поломку. Настрій погіршується вночі, коли шум від роботи штучних клапанів чути особливо чітко. Тільки вдень, коли хворий бачить навколо себе медичний персонал, він може заснути. З'являється негативне відношення до активної діяльності, виникає тривожно-депресивний фон настрою з можливістю суїцидальних дій.

У разі *гіпертонічної хвороби* найчастіше спостерігається гармонійна, іпохондрична, істерична або анозогнозична ВКХ. Потім з'являються астения, гіпомнезія, зміни настрою, плаксивість, іпохондрія, образливість, кардіофобії. Часто спостерігається нав'язливість, емоційна лабільність, дратівливість.

У разі *церебрального атеросклерозу* хворі вразливі, необґрунтовано образливі, з неадекватними змінами настрою, з плаксивістю, зниженням працездатності, дратівливістю, загостренням рис характеру, вираженою гіпомнезією. У пізній період відзначають зниження інтелекту.

Бронхолегеневі захворювання. У разі *bronхіальної астми* емоційне напруження у хворих спричинює виникнення нападів ядухи. За умов хронічного перебігу бронхіальної астми характер хворих змінюється за іпохондричним, істеричним типами ВКХ. Хронічна гіпоксія у разі легеневої недостатності може спричинювати стан ейфорії з екзальтацією, прагненням діяльності та швидким знепеченням.

Астения у разі **ниркової недостатності**, як правило, виликає до діагностування ураження нирок. Відзначаються неприємні відчуття в тілі, «несвіжа голова», особливо зранку, кошмарні сновидіння, неможливість концентрації уваги, розбитість, пригнічений настрій, соматоневрологічні прояви (обкладений язик, сірувато-блідий колір обличчя, коливання артеріального тиску, озноби і профузна пітливість вночі, неприємні відчуття в попереку).

У разі збільшення вираженості ниркової недостатності астеничний стан може трансформуватися у порушення свідомості. Характерною рисою нефрогенної астенії є адинамія з неможливістю або важкістю мобілізувати себе на виконання дій у разі розуміння необхідності такої мобілізації. Хворі здебільшого перебувають у ліжку, що не завжди виправдану важкістю ниркової патології. Іноді у цих хворих спостерігається виражене погіршення настрою. На думку А.Г. Наку і Г.Н. Герман (1981), часта зміна астенодинамічних станів на астеносубдепресивні — показник покращання соматичного стану хворого, ознака «афективної активації», хоча вона і проходить через виражену стадію депресивного стану з ідеями самознецінення (непотрібності, нікчемності, тягаря для сім'ї). Внаслідок частого стаціонарного лікування хворі відчувають страх ізоляції і відчуття надмірної залежності від інших.

Порушення психічних функцій у разі **патології травної системи** частіше обмежуються загостренням характерологічних рис, астеничним синдромом і неврозоподібним станом. Гастрит, виразкова хвороба і неспецифічний виразковий коліт супроводжуються виснаженням психічних функцій, сенситивністю, лабільністю або торпідністю емоційних реакцій, гнівливістю, схильністю до іпохондричного сприйняття хвороби, канцерофобії. Хворі дратівливі, образливі, стурбовані. Вони часто конф-

ліктують вдома та в лікарні з персоналом, що утруднює стосунки з ними. У разі шлунково-травного рефлюксу спостерігаються явища настирливості, які часто передують розладам травного тракту. Ствердження хворих про можливу наявність у них злоякісного новоутворення відзначаються в рамках надцінних утворень. Скарги на погіршення пам'яті пов'язані з розладами уваги, зумовленими як фіксацією на враженнях, спричинених захворюванням травної системи, так і депресивним настроєм. У разі *психічних захворювань* пацієнтам властиві сором'язливість, скутість, особливо за наявності висипань на відкритих частинах тіла, ці переживання посилюються підвищеною увагою до них оточуючих. Хворі усамітнюються, стають дратівливими, неврівноваженими. Найважче переносять хворобу особи молодого віку, в яких формуються думки про власну неповноцінність.

Венеричні хвороби мають глибоко психотравмувальний характер, зокрема через їх негативний соціальний зміст, і викликають у хворих страх перед прогнозом захворювання, необхідністю тривалого лікування. Аналогічним чином негативний соціальний зміст багатьох *психіатричних захворювань* та деяких хронічних інфекцій (*СНІД, туберкульоз*) може спричинювати дисимулятивну поведінку хворих, уникання ними лікування, вороже ставлення до оточуючих, демонстративну байдужість до свого здоров'я, за якою часто приховується панічний страх перед майбутнім.

У початковій стадії *онкологічного захворювання* погіршується настрій, увага прикута до власних відчуттів, результатів досліджень, часто загострюються риси характеру. Основними є астенічні, депресивні, суїцидальні вислови. За несприятливого перебігу в термінальних стадіях можуть розвиватися розлади свідомості.

Алкогольна і наркотична залежність є різновидом адиктивної (залежної) поведінки, коли є прагнення досягнення мети за допомогою хімічних, «психоактивних» речовин. Особистість таких хворих здебільшого незріла, з нездатністю соціальної адаптації, особливо помітні труднощі міжособистісних стосунків. З метою їх компенсації одні бажають викликати задоволення і ейфорію, інші розслабитися, вдаючись до алкоголю чи наркотиків. На II стадії алкоголізму настає алкогольна деградація особистості. Спостерігається поступове зниження інтелекту. Хворі, які наважуються звернутися за лікуванням до нарколога, проходять через тривалу і болісну боротьбу мотивів. Вони бояться розголошення, глузуван-

ня після повернення у звичне коло спілкування. Тому дуже важливими є підтримка близьких людей та психологічна реабілітація в групах психологічної підтримки.

Соматичні і фізичні наслідки хронічного захворювання або фізичного дефекту в дитячому і підлітковому віці та їх психологічна корекція

Хронічні захворювання і фізичні дефекти спостерігаються в дитячому і підлітковому віці доволі часто, втім взагалі за останні роки кількість випадків множинної патології збільшилася (мультиморбідність). Приблизно кожна десята дитина, за даними П. М. Вемайєра (2001), має хронічне захворювання або фізичний дефект. Ступінь важкості захворювання може змінюватись, але спектр їх широкий — від захворювань, перебіг яких легкий (наприклад, atopічна екзема), до таких, що становлять загрозу для життя (наприклад, муковісцидоз, ниркова недостатність, злоякісна пухлина).

У дитячому віці соматичні симптоми мають особливе значення, оскільки хронічні захворювання і фізичні вади, пов'язані із соматичною хворобою, часто призводять до серйозних змін сприйняття і поведінки. Ці зміни зрештою впливають на загальний розвиток особистості. У хворих дітей часто спостерігаються обмеження в повсякденному житті і вони не можуть отримати в повному обсязі життєвий досвід. Крім того, існують обмеження, які пов'язані з лікуванням певного захворювання.

Численні хронічні захворювання потребують постійного медикаментозного лікування хворих (антиконвульсантами у разі епілепсії або інсуліном у разі цукрового діабету), яке пов'язане з відомими проблемами комплайенса. Інші хвороби потребують довготривалої госпіталізації пацієнтів (наприклад, для проведення діалізу в разі ниркової недостатності) або зумовлені фізичними вадами, які порушують соціальну інтеграцію дітей (наприклад, випадіння волосся після хімотерапії при лейкемії). Крім того, дитина повинна часто розлучатися з батьками, сибсами і друзями і постійно знаходитися в ситуаціях, до яких вона не звикла. Хронічні захворювання або фізичні дефекти можуть настільки впливати на пов-

сякденне життя дітей, що з часом це призводить до розвитку психічних розладів.

У дитячому і підлітковому віці спостерігаються певні соматичні і психічні наслідки хронічного захворювання або фізичного дефекту.

Соматичні наслідки:

1. Порушення соматичних функцій.
2. Порушення з боку органів чуття.
3. Порушення функцій головного мозку.
4. Наслідки медикаментозного лікування.
5. Наслідки хірургічних операцій.
6. Загрозливий рецидив.
7. Підвищена летальність.

Психічні наслідки:

1. Пов'язані з психічними вадами.
2. Пов'язані з незвичними розмірами тіла.
3. Змінене сприйняття свого тіла.
4. Змінене переживання своєї особистості.
5. Важкість у спілкуванні.
6. Стигматизація.
7. Зміна особистості.

Як зазначено вище, хронічні соматичні захворювання і фізичні дефекти призводять до специфічних і неспецифічних психологічних і психопатологічних впливів на пацієнта. До неспецифічних відносять страхи і депресивні фази. Більшість пацієнтів відзначаються замкнутістю і рідко розкривають свої проблеми. Часто їм важко розповісти про свої переживання і виразити свої емоції. Діти дошкільного віку часто відчувають себе винними і переживають свою хворобу як покарання. Діти у віці від 7 до 10 років вже розуміють, що їх тіло не таке, як треба, що слід проводити лікування для того, щоб одужати. Але, не дивлячись на періодичне розуміння і співробітництво, у хворих дітей у процесі лікування часто виникають страх і сумнів, зумовлені їх труднощами. У таких ситуаціях перевантажень і фрустрації можливі спалахи агресії. Іноді готовність до співпраці настільки зменшується, що це призводить до припинення лікування. Тому метою психотерапії, хоча і не головною, повинно бути, звичайно, запобігання припиненню терапії. Основні завдання психологічної корекції у разі хронічних захворювань і фізичних дефектів у дітей і підлітків (П. М. Вемайер, 2001):

1. Підтримка загальносоматичного лікування.
2. Допомога в досягненні комплайенса.
3. Психологічна підтримка пацієнта.
4. Терапія психічних розладів.
5. За необхідності кризисне втручання.
6. Контроль за симптоматикою.
7. Профілактика.
8. Допомога в досягненні психосоціальної адаптації.
9. Допомога в соціальній реінтеграції.
10. Реабілітація.

Під час проведення психотерапії у разі хронічних захворювань і фізичних дефектів у дітей і підлітків треба враховувати, що вирішальним для психологічного благополуччя дітей з хронічними захворюваннями і фізичними дефектами є тісне співробітництво між хворою дитиною, її батьками, лікуючими лікарями і психологами або психотерапевтами, які беруть участь у лікуванні. Завдання останнього — психологічно підтримувати пацієнта, знаходити разом з ним можливості подолати хворобу, сприяти його загальній психосоціальній адаптації.

Ефективна терапія має на меті — незалежно від виду хронічного захворювання або фізичного дефекту — розуміння психології пацієнта і сімейної ситуації. Якщо в процес лікування залучається психолог, психіатр або психотерапевт, це насамперед сприяє формуванню дружніх відносин з пацієнтом і його сім'єю. Оскільки діти з хронічними захворюваннями або фізичними дефектами мало розповідають про свої відчуття, часто треба використовувати невербальні підходи (наприклад, спільну гру, малювання, музику). Тоді з'являється причина для розмови, а також можливості підтримувальних втручань.

У випадку вираженого психічного розладу може виникнути потреба в професійній психотерапії. Для цього існують різні методи, які в разі комбінованого лікування можна використовувати паралельно (наприклад, психодинамічна, поведінкова терапія, клієнт-центровані методи, глибинно-психологічні методи, ігрова терапія, методи релаксації). Перед початком лікування треба провести кваліфіковану діагностику, яка дає психотерапевту важливу інформацію про клінічну картину і допомагає визначити показання до лікування. Залежно від рекомендованого лікування можна вибрати один або декілька методів. У подальшому лікування проводять у рамках індивідуальної або групової психотерапії. Для під-

тримки пацієнтів рекомендоване обов'язкове консультування родини із соматичних і психіатричних питань.

Steinhausen у 1996р. сформулював завдання психологічної підтримки дитини з хронічними захворюваннями.

Завдання батьків — адекватне сімейне виховання за допомогою:

- емоційного контакту;
- адекватного керівництва і контролю;
- забезпечення соціальної інтеграції;
- бажання адекватної фізичної активності.

Завдання лікарів:

- надання інформації;
- консультування сім'ї і соціального оточення з медичних питань;
- консультування сім'ї і соціального оточення з педагогічно-психологічних питань забезпечення лікувальних програм;
- консультування сім'ї і соціального оточення в медичному плані;
- у психологічному плані психологічна профілактика;
- зменшення страху перед діагностико-терапевтичними заходами за допомогою підготовки і пояснення;
- створення батьківських груп і тренінг батьків;
- психотерапія;
- індивідуальна психотерапія дитини або батьків;
- групова терапія підлітків;
- партнерська терапія;
- поведінкова терапія;
- сімейна терапія.

Головне, щоб батьки достатньо підтримували дитину в процесі терапії. До цього ж відноситься емоційний контакт, певний ступінь керівництва і контролю, допомога в соціальній інтеграції і бажання адекватної фізичної активності. Терапевт повинен бути разом з батьками під час виконання цих важких завдань. У деяких випадках має значення проведення сімейної терапії або терапії пар.

Брати і сестри пацієнтів потребують не меншої уваги. Їх бажання часто недооцінюють, хоча саме в них виникають особливо великі труднощі в пристосуванні до змін у сімейній ситуації.

Якщо зацікавленість братів і сестер не враховують, у них розвиваються психічні вади. У більшості випадків необхідна серйозна психосоціальна допомога як пацієнтам, так і їхнім сім'ям, включаючи сиблінтів.

Психосоціальна підтримка не означає гіперопіку і не повинна призвести до втрати самостійності, а скоріше спрямована на те, щоб допомагати в мобілізації власних ресурсів пацієнта.

Психологічні і психіатричні проблеми в разі ендокринних захворювань

Як у разі хронічних, так і гострих ендокринних захворювань, існує специфічний і неспецифічний психологічний і психопатологічний вплив хвороби на пацієнта. Більшість ендокринних захворювань часто спричиняють розлади особистості (неспецифічний ендокринний психопатологічний синдром). Для нього характерні зниження психічної активності, зміна захоплень, інстинктів і настрою. Спостерігається зниження психічної активності різного ступеня — від підвищеної виснажуваності і пасивності в рамках астеничного стану до повної аспонтанності зі значним звуженням кола інтересів і примітивізацією контактів з оточуючим, коли стан наближується до апатико-абулічного.

Зміна потягів і інстинктів проявляється в зниженні або посиленні статевого потягу, апетиту, спраги; одні хворі намагаються піти з дому (бродяжництво), інші, навпаки, залишатися в межах звичного середовища, у них змінюється потреба у сні, теплі тощо. Хворим з ендокринопатіями більш властива кількісна, ніж якісна, зміна потягів. У таких хворих рідко виникають збочення. Можлива дисоціація з підвищенням одного і зниженням іншого потягу.

У разі довготривалого і особливо важкого перебігу ендокринних захворювань розвиваються розлади пам'яті і афекту. Вони характеризуються глобальним порушенням психічних функцій, яке стосується всіх сторін особистості і значно нівелюють її індивідуальну особливість. У більш важких випадках розвиваються значні розлади пізнавальної діяльності.

У разі *дифузного токсичного зоба* психологічні і психічні розлади займають значне місце в клінічній картині цього захворювання і інколи виникають на самих перших етапах його розвитку. Це дало підстави виділити нервову (нервово-психічну, нервово-вегетативну) форму тиреотоксикозу. Розлади емоційної сфери у разі тиреотоксикозу виступають на перший план. Їх виявляють практично у всіх хворих. Спостерігається

підвищена афективна лабільність. Їй відповідає «нетримання афекту» — від слабодухості і сльозливості до вираженої схильності до бурхливих афективних спалахів і гнівливості. Лабільність настрою супроводжується постійним внутрішнім напруженням, неспокоєм, тривогою. Зовнішньо це проявляється надмірною жвавістю, підвищеною збудливістю, роздрагованістю, метушливістю, іноді малопродуктивною руховою гіперактивністю. Хворі можуть здійснювати непослідовні і немотивовані вчинки. Слід підкреслити, що самі хворі нерідко не помічають змін своєї особистості і фіксують увагу на змінах у зовнішньому світі: все навколишнє здається їм непостійним, метушливим і незвично мінливим.

Психічні порушення у разі *гіпотиреозу* (мікседема, кретинізм) мають велике значення в клінічній картині захворювання, значною мірою визначаючи її специфічність. На самому початку захворювання і в разі відносно легких випадків може спостерігатися лише психічна в'ялість. За умов найбільш важкого перебігу хвороби розвивається глибоке слабоумство. У клінічній картині психічних порушень при мікседемі тісно переплітаються прояви обох неспецифічних ендокринних синдромів — психопатологічного і розладів пам'яті і афектів. У разі мікседеми більше, ніж за всіх інших ендокринних захворювань, проявляються розлади пам'яті та інтелекту, тобто порушення органічного типу. Ці розлади часто призводять до вираженого недоумства. У разі важкої мікседеми в дорослих основними психічними порушеннями є зниження пам'яті, сповільненість мислення (брадифренія) і мови, персеверація, втрата набутих навичок, можливостей і інтересів, різке зниження інтелектуальної і моторної активності, апатичність і підвищена втомлюваність. Поведінка хворих стає ще більш своєрідною через туговухість, яка характеризує дане захворювання. У більш легких випадках можливі тільки сповільненість мови і мислення, аспонтанність, втомлюваність. Тоді хворі можуть здаватися більш розумово відсталими, ніж насправді, внаслідок загальмованості і характерних змін обличчя (припухлість). Хоча пам'ять хворих прогресивно знижується і їм важко на чомусь зосередити увагу, все ж вони розуміють свій хворобливий стан, пред'являють багато соматичних скарг і часто дуже ретельно описують свої почуття.

Хворим на *цукровий діабет* притаманні виражені емоційні реакції і розлади поведінки неспецифічного характеру. Часто розвивається депресія і агресивність, у тому числі і спрямована на самого себе. У разі гіперглікемічних (діабетичних) і гіпоглікемічних ком спостерігаються сно-

видні і фантастичні переживання. Повторні коматозні стани, а також часті і різкі коливання вмісту глюкози в крові (як гіпер-, так і гіпоглікемія) завжди погіршують психічний статус хворих. У таких випадках можуть розвиватися стійкі зміни особистості (психоендокринний синдром), а в подальшому — психоорганічний синдром з більш або менш вираженою деменцією.

Психологічні особливості і психічні розлади в період вагітності. Особливості психічного стану жінки в період вагітності протягом багатьох років привертають увагу фахівців. При цьому відзначається як емоційно негативна, так і позитивна роль вагітності. Про сприятливий вплив вагітності на різні психічні розлади писав ще Гіппократ, зазначаючи: «Істеричним дівчатам я наказую заміжжя, щоб вони виликувалися вагітністю». У період вагітності спостерігається типова динаміка психологічних проявів. Звичайно в перші місяці вагітна відчуває себе невпевненою, залишається амбівалентною відносно майбутнього материнства. Страх перед невідомістю може призвести до пригніченості. Так, у разі небажаної вагітності в I триместрі відзначається тривога та депресія.

Реактивна депресія, що розвивається на початковому етапі вагітності, у більшості випадків припиняється до 4—5-го місяця, не дивлячись на те, що ситуація нерідко залишається напруженою. За наявності виражених психопатичних рис депресія набуває затяжного характеру, триває до кінця вагітності.

За літературними даними, реактивна депресія на початковому етапі вагітності часто зумовлена несприятливою сімейною ситуацією. У більшості випадків депресивні стани тривали до 3-го місяця вагітності, деякі жінки робили аборт. Іноді реактивний стан, незважаючи на переривання вагітності, набував затяжного характеру, причому в клінічній картині вже домінувала не депресія, а дратівливість та примхливість.

У разі бажаної вагітності жінка більш чи менш задоволена своїм станом, їй хочеться бути предметом уваги і турботи, у той самий час вона відчуває, що дорослішає, у ній борються немовби дві тенденції — інфантильність та дорослість. Ця подвійність, яка часто зумовлює тривогу, може стати причиною зміни настрою, що не завжди зрозуміло оточуючим.

У II триместрі спостерігається відносний спокій у стані вагітної, близькі ставляться до неї дбайливо, оберігають від різних проблем.

Основна межа III триместру — «занурення в дитину». У цей період можуть виникати страх перед майбутніми пологами та неспокій, пов'язаний

із невпевненістю у нормальному розвитку плода. Дитина є зосередженням помислів, інтересів та занять майбутньої матері.

Безпосередньо поперед пологами збільшується тривога, що проявляється гіперактивністю вагітної, яка бажає прискорити події.

На 6—8-му місяці вагітності може спостерігатися декомпенсація психопатичних рис характеру, які частіше за все зумовлені неповноцінністю ендокринно-діенцефальних систем.

Психопатологічні симптоми в період вагітності частіше виникають у жінок, в анамнезі яких є раніше перенесені психічні розлади, а також, ймовірно, наявність яких-небудь серйозних проблем зі здоров'ям, що впливають на перебіг вагітності, наприклад цукрового діабету. Хоча серед вагітних поширені незначні афективні симптоми, однак серйозні психічні розлади у них спостерігаються рідше, ніж у невагітних того самого віку.

Поліпшення стану в таких жінок відзначається через декілька місяців після пологів. Виключеннями є ядерна форма психопатії та декомпенсація, що, можливо, носять характер не ситуаційно-реактивний, а біологічний.

Показник поширеності психічних розладів у вагітних коливається від 6 до 34 %. Вони представлені як допозологічними проявами психофізіологічної дезадаптації, так і клінічними психопатологічними симптомами.

Шизофренія, що виникла в період вагітності, відрізняється несприятливим перебігом та призводить до тяжких змін особистості. Так само несприятливий перебіг відзначається і в разі ендогенної депресії. Як шизофренія, такі ендогенна депресія, що виникла в період вагітності, непов'язані із соматичними змінами, які відбуваються в цей період в організмі.

Важливою психосоматичною проблемою є гестоз вагітних. Відомо, що в жінок з вираженим небажанням мати дитину частіше спостерігається тяжка форма гестозу, на відміну від жінок з запланованою вагітністю. Представники зарубіжної медицини, користуючись концепцією символічної мови органів, інтерпретують блювання вагітних як символічний прояв небажання вагітності та народження дитини. Інші вчені, виходячи з принципів вчення З. Фрейда, розглядають ранні гестози вагітних як наслідок «ослаблення свободи до материнства у зв'язку з розвитком цивілізації» або як прояв несвідомої огиди до чоловіка.

У вітчизняній медицині більшість авторів оцінюють феноменологію гестозів залежно від функціонального стану нервової системи та психологічного стану (в тому числі характерного преморбідного стану) вагітної.

За даними літератури, виділяють дві групи пацієнток. До першої групи належать жінки з незначними афективними порушеннями, що проявляються дратівливістю, сльозливістю та образливістю. Ці порушення виникають на висоті гестозу та швидко минають після зникнення блювання і нормалізації загального стану. У всіх жінок цієї групи психологічна характеристика практично не відрізняється від такої у здорових вагітних. Є позитивна установка відносно вагітності, сприятлива сімейна ситуація, їх характеризує гармонійний склад особистості, реалістичний підхід до життєвих труднощів.

Аналізуючи причини гестозу та афективних розладів, що його супроводжують, у пацієнток цієї групи, слід пам'ятати, що будь-яка вагітність, у тому числі й абсолютно нормальна, сама по собі є джерелом більшого або меншого психологічного напруження, внаслідок чого байдужі у минулому чинники середовища і ситуації набувають іншого суб'єктивного значення і стають причиною особистих реакцій.

У другій групі картина захворювань відрізняється значним поліморфізмом: крім блювання та нудоти, у вагітних часто відзначаються озноби з гіпертермією, головний біль, неприємність, лабільність, гіпергідроз. Афективні порушення спостерігаються частіше і носять більш виражений характер: у жінок виникають тривога, почуття безпредметного неспокою та напруження. У багатьох відзначаються невротичні розлади і вегетативні порушення, яких не було раніше. Виражені зміни настрою й інші емоційні зміни тривалий час розглядалися як характерні фізіологічні особливості вагітних, однак ці прояви є психічними розладами. У жінок у пізні терміни вагітності розвиваються інтровертність, пасивна залежність, депресивність, відсутність упевненості у своїх силах та страх перед майбутнім материнством.

У вагітної, як правило, виявляють декілька видів тривожного стану:

1. Генералізований.
2. Фізичний (жінка тяжко переносить фізичні аспекти вагітності).
3. Страх за долю плода, його фізичне здоров'я.
4. Страх перед необхідністю доглядати за новонародженим.
5. Страх перед пологами (жінка боїться болю, боїться за життя своє і дитини).
6. Страх перед годуванням новонародженого.
7. Психопатологічний феномен тривоги.

У літературі описаний також феномен пренатальної тривоги. Тривога з приводу майбутнього материнства більш характерна для жінок старшого віку.

Частота депресивних феноменів різного ступеня тяжкості коливається від 10 до 14 %, спостерігається тенденція до її зростання протягом вагітності. Відзначається виражена залежність депресії від психотравмувальних чинників сімейного характеру та серйозних побоювань, пов'язаних з народженням дитини. Депресія залежить від таких психогенних чинників, як психічно обтяжений анамнез, подружні конфлікти в період вагітності, почуття втрати у II і III триместрах, паління під час вагітності.

Одним з найбільш відомих патологічних феноменів поведінки вагітних вважається «синдром грубого поводження з плодом», характерний для осіб, які мають підвищену збудливість. Цей синдром відзначається в період відносно пізньої вагітності та характеризується агресією, спрямованою саме на плід, на відміну від випадків навмисної провокації абортів. Це прямий фізичний вплив на плід (удари по передній черевній стінці) з боку самих вагітних. Подібна агресивна поведінка може спостерігатися навіть у жінок з бажаною вагітністю.

Психози, спричинені еклампсією, на сьогодні досить рідкі, частіше спостерігаються астеноадинамічні, астенодепресивні, депресивні, фобічні розлади. Однак одним з основних проявів еклампсії є судомні напади та тісно пов'язані з ними паморочні стани. У тяжких випадках еклампсії нерідко спостерігається екламптичний статус. Психічні розлади в їх вузькому значенні виявляються частіше після пологів, після ослаблення епілептиформних проявів та деякого прояснення свідомості. Постекламптичні психози частіше перебігають у формі гострої сплутаності свідомості та різних судомних проявів.

Судомні напади у разі еклампсії з моменту госпіталізації до психіатричної лікарні звичайно вже не спостерігаються. Характерна швидка зміна синдромів, паморочні стани можуть змінитися маніакальною сплутаністю свідомості або кататонічним збудженням.

Психози, так само, як і сама еклампсія, частіше виникали у першороділей. Захворюванню передували відчуття тяжкості у голові, фотопсія, пригнічений настрій. Наступна фаза — деліріозний розлад свідомості з вираженими галюцинаціями. Третя фаза проявлялася звичайно у формі оглушення та акінезії. Стан збудження у разі еклампсії, що починається через декілька днів після припинення коми та нападів, має афектив-

ний характер з яскраво вираженими страхами. Відзначаються незв'язні асоціації, причому хвора стає не учасницею, а глядачем галюцинаторних подій. Галюцинації відрізняються калейдоскопічністю. У хворих різко порушується сприйняття часу. Після припинення психозу розвивається ретроградна амнезія. Ці стани не бувають проявами початкового періоду засинання і виникають у разі заплющування очей у будь-який час дня.

У типовому випадку екламптичного психозу у хворих можуть за чотири дні до пологів виникати зорові галюцинації, страхи. У навколишньому середовищі вони орієнтуються погано, наприклад, чують «стукіт у вікно», бачать «небіжчиків, що лежать на столі». Через день виникає стан епілептиформного збудження з вираженою сплутаністю свідомості. На висоті збудження можуть виникати судомні напади. Погана орієнтація у навколишньому середовищі, оглушення, запізнілі відповіді на запитання. Мова погано артикульована, хворі чують, як їх окликають, загрози на свою адресу на тлі неясного шуму. Заплющивши очі, бачать потворні обличчя, трамваї, будинки. На 3-й день після госпіталізації стан може значно поліпшитися. Весь період збудження і вираженого оглушення супроводжується амнезією.

Це спостереження представляє певний інтерес у зв'язку із закономірною швидкою зміною різних картин. У період розвитку психозу відзначалися нерізко виражене оглушення, слухові та зорові галюцинації; потім оглушення стало наростати, виникло хаотичне епілептиформне збудження, на висоті якого з'явилися судомні напади. Після пологів динаміка психосимптоматики розвивається у зворотному порядку.

Клінічний приклад: хвора Л., 24 роки, листоноша. Госпіталізована до психіатричної лікарні. Росла і розвивалася нормально. За характером спокійна, врівноважена. Менструації почалися з 14 років, безболісні. Одружена два роки. Після заміжжя деякий час лікувалася з приводу циститу. Вагітність перша, супроводжувалася блюванням, болем у ділянці попереку. Була госпіталізована у відділення патології вагітності. У хворой був екламптичний напад. Артеріальний тиск 140/120 мм рт. ст. Через 3 дні народила живу недоношену дівчинку. Наступного дня поведінка жінки стала неадекватною, вона в страху щось кричала, двічі намагалася викинутися з вікна, порізала собі руку. Зазнавала слухових і зорових галюцинацій, нікого до себе не підпускала. Відзначалися судомний спазм кішцівок, сіпання м'язів обличчя. Під час госпіталізації артеріальний тиск становив

160/110 мм рт. ст. У клінічному аналізі сечі виявлені білок — 0,3%, зернисті циліндри. Хвора була оглушеною, на запитання відповідала із затримкою. Разом з тим була підозрілою, розгубленою. Вважала, що її привезли у в'язницю, а чоловіка «уже розстріляли». Кликнула матір, зверталася до вікна, комусь кричала. Через 7 днів відбулося значне поліпшення стану, критично розповідала про свої переживання. Багато чого не пам'ятала. Повідомила, що в пологовому будинку хотіла викинутися з вікна, оскільки їй здавалося, що під ліжком лежить людина, яка повинна її вбити. Коли везли в лікарню, вважала, що її чоловіка вирішили «послати до Америки на випробування». У лікарні їй здавалося, що на чоловіка «наділи перуку» і він лежить в одній палаті з нею. Психоз тривав близько 6 днів. Хвора довго була астеноїзована, скаржилася на ослаблення пам'яті.

У лікуванні психозів при еклампсії вирішальне значення має комплексне застосування магнію сульфату, нейролептичних та протисудомних препаратів.

Психічні порушення під час пологів. Пологи — фізіологічний процес згання плода з матки після досягнення ним життєздатності. За нормальних фізіологічних умов пологи відбуваються в середньому на 280-й день вагітності, вважаючи за її початок перший день останньої менструації. Це — складний фізіологічний процес, який виникає в результаті взаємодії багатьох органів і систем. До сьогодні причини повністю не з'ясовані, однак загально визнано, що в складному та надійному механізмі, який контролює початок пологів, беруть участь багато чинників.

Пологовий акт — велике випробування духовних і фізичних сил жінки, яке пред'являє нервовій, ендокринній і судинній системам жінки підвищені вимоги і може за деяких обставин (особливо у разі ускладнених пологів) спричинити більш або менш виражені психічні розлади. Звичайно ці розлади короткочасні.

Доскопала акушерсько-гінекологічна допомога в цей час зменшує вираженість, але не усуває пологових труднощів.

Фізичне напруження, психічне збудження, астенія, гіпоглікемія, коливання судинного тонуусу й артеріального тиску і, нарешті, тривалий біль, що повторюється, призводять іноді до порушення свідомості, неправильної поведінки роділлі. Не можна виключити можливість настання непритомності внаслідок сильного пологового болю, але це порушення спостерігається надто рідко та в основному в емоційно нестійких жінок,

у жінок з істеричними рисами характеру. Навіть здорова та врівноважена жінка через сильний біль стає збудженою, неспокійною в ліжку, голосно кричить та може бути агресивною. Цей стан надмірної афективності виликає на фоні звуженої свідомості. Треба зазначити, що ці тяжкі переживання згодом забуваються і тільки в рідкісних випадках страх перед повторним випробуванням пологами зберігається на все життя.

Усі описані порушення належать до невротичного рівня психічних розладів, вони короткочасні, усуваються самостійно після припинення болю і в подальшому не залишають сліду в психіці жінки.

Однак часто психічні розлади виходять за межі фізіологічних станів. У разі тривалих пологів, внаслідок втрати крові, астенії у роділлі може розвинутися стан прострації, що зовні проявляється повною байдужістю до навколишнього. Цей стан глибокої апатії може передувати колапсу або тяжкому потьмаренню свідомості, як, наприклад, аменція.

За даними вітчизняної і зарубіжної літератури, власне пологові психози спостерігаються надто рідко, приблизно один випадок на 10 000 роділей. За даними нашої клініки, у період 1990—2000 рр. із 32 хворих, що були госпіталізовані до психіатричної клініки з діагнозом «післяпологовий психоз», власне пологового психозу не було в жодної жінки. Умовою виникнення пологового психозу є тяжкість самих пологів і особливо тривалість болю. Відомо декілька випадків, коли під час пологів протягом 3—5 днів у роділлі розвивалося безглузде збудження з імпульсивними діями, прагненням кудись бігти, викинутися з вікна. Одна хвора зробила собі петлю з рушника, інша намагалася випити нашатирного спирту. Можливість подібного короткочасного психозу збільшується у разі пологів двійнятами, оскільки відомо, що тривалий та інтенсивний біль пригнічує інстинкт самозбереження. Треба, однак, зазначити, що божевілля роділлі, її схильність до імпульсивності та суїцидального вчинку не є рідкістю. Але, як правило, ці дії не завжди серйозні. Ефективним методом лікування є гіпнотерапія.

У більшості випадків емоційним порушенням і змінам свідомості передують тривожність роділлі, страх перед пологами, що проявляється надмірною збудливістю. До цього можуть призвести як байдужість, так і нервозність оточуючих, зокрема медичного персоналу.

Особливої уваги потребують ятрогенії, які часто виникають у передпологовий період. Так, одна роділля чекала смерті під час пологів, бо вважала, що вмирає тільки тому, що лікар виявив у неї напередодні патоло-

їю щитоподібної залози і сказав, що їй не можна народжувати. Інша жінка дуже тяжко переживала пологи, оскільки недостатньо кваліфікований акушер під час огляду повідомив їй, що у неї ненормальна вагітність і, можливо, двійнята. Жодне з припущень лікаря згодом не підтвердилося.

Можливість виникнення психічних порушень під час пологів зростає за наявності у роділлі преморбідного фону у вигляді істеричних або психопатичних рис характеру. Особливо несприятливим чинником є психічна патологія, як, наприклад, епілепсія, шизофренія, психопатія тощо. За цих умов психомоторне збудження стає більш вираженим. Усім вагітним, як правило, проводять профілактичну підготовку до пологів. Іноді ця робота буває не зовсім кваліфікованою, внаслідок чого у жінок зі слабким типом першої системи часто спостерігаються розлади поведінки під час пологів.

Відомо, що нормальні вагітність і пологи не вичерпують усіх сил організму жінки, однак виникаючі механічні ушкодження тканин, кровотеча, рефлекторні порушення, біохімічні і гормональні зсуви нерідко бувають більш значними. Цей виключно фізіологічний стан характеризується тим, що супроводжується надмірним впливом на кору певних інтерорецепцій, при цьому ефект страху виявляє гальмівний вплив на кору та посилює підкіркову імпульсацію. Слід зазначити, що внаслідок тяжких пологів у жінки може настати подальше ослаблення пам'яті на більш або менш тривалий час. Однак клінічно подібні порушення в психіці роділлі спостерігалися, коли вони мали патологічний ґрунт, як, наприклад, органічну патологію головного мозку.

Власне пологові психози — розлади психіки, зумовлені перезбудженням, — можуть виявлятися як короточасні запаморочення свідомості з безглуздим моторним збудженням. У процесі пологового акту цей розлад виникає, як правило, раптово. При цьому обличчя роділлі стає напруженим, погляд — божевільним, зіниці — не реагують. Іноді розвивається різке хаотичне рухове збудження, що супроводжується почуттям страху. На думку деяких авторів, подібні особливі стани виникають у період розкриття шийки матки та зникають з припиненням болю. У разі розривів, особливо розривів шийки матки, вираженість психічних порушень збільшується. До виникнення пологового психозу можуть призвести також акушерські операції.

Іноді на фоні збудження у роділлі виникає сноподібне потьмарення свідомості. Привертає увагу повна дезорієнтація хворої, блідість шкір-

них покривів та особливо обличчя, зіниці розширені, погляд «відсутній», та навколишнє не реагує, поведінка неадекватна. Разом з тим вона «бачить» біля себе своїх близьких, розмовляє з ними, а їх «мовчання» пояснює заборонаю розмовляти з нею. Такий стан звичайно короточасний, але, якщо він виникає в передпологовий період, то може бути і тривалим. Характерна подальша амнезія у період пологів.

Медикаментозне лікування власне пологових психозів підто обмежене через патогенний вплив лікарських препаратів на плід. Оскільки основним етіологічним чинником пологових психозів є пологовий біль, роділлі рекомендується призначати знеболювальні та спазмолітичні засоби. У деяких випадках можливо призначення наркотичних препаратів — промедолу, дроперидолу.

Правильна психопрофілактика пологового болю усуває напружене очікування переїмів і панічний страх, що в свою чергу знижує перезбудження.

Усунення тривожного очікування та негативних емоцій у роділлі є основною передумовою для її активного ставлення до процесу пологів. Цьому може сприяти обережне ведення пологів, навіювання впевненості у безболісності процесу. Дуже важливо заспокоїти роділлю за допомогою раціональної психотерапії, підтримати діяльність кори великих півкуль, завдяки чому стримуються примітивні підкіркові прояви. За необхідності проводять медикаментозне знеболювання.

Слід враховувати, що в період вагітності жінка особливо емоційна та вразлива, а тому має бути захищена від залякування оточуючих. Медичний персонал також повинен створювати сприятливу емоційну атмосферу в акушерських закладах, дотримуватися деонтології та не висловлювати в присутності вагітної свої припущення про особливості перебігу вагітності і пологів.

Післяпологові психози. Термін «генераційні психози» раніше об'єднував усі психічні порушення, які виникають у жінок у період вагітності, у післяпологовий та лактаційний періоди. У наш час дуже аморфне поняття «генераційні психози» майже не застосовують; встановлено, що вагітність і післяпологовий період мають цілу низку відмінностей та бувають навіть протилежні за своїми ендокринними зсувами.

Лактаційний період триває від 1,5 до 9 міс. Термін «лактаційні психози» застосовують досить рідко. Найбільше значення мають післяпологові психози.

До післяпологових належать психози, які розвиваються переважно в перші 1,5 міс після пологів; до післяпологових умовно відносять і деяку частину психозів, що виникли в період лактації, не пізніше 3-го місяця після пологів. Післяпологові психози спостерігаються нечасто. За даними одних авторів, спостерігається 6—16 психозів на 10 000 випадків, інші автори стверджують, що цей показник коливається від 10 до 50. Психічні розлади, які виникають у післяпологовий період, вважають найбільш важкими ускладненнями пологів.

Клінічна картина. Розрізняють три групи психозів, які виникають після пологів.

1. Власне післяпологові психози.
2. Психози періоду лактації.
3. Ендогенні психози, спровоковані пологами.

Психопатологічна симптоматика характеризується гострим початком, іноді через 2—3 дні після пологів, і проявляється, як правило, трьома синдромами:

- аментивним;
- кататонно-онейроїдним;
- депресивно-параноїдним.

Аментивна форма розвивається на 3—5-й день після пологів. Раптово, на фоні підвищеної температури тіла, породіллі стають неспокійними, рухи їхні рвучкі, різкі, мова односкладова. На перших етапах ще зберігається цілеспрямованість, однак зв'язок між окремими елементами швидко порушується, тому поведінка хворих хаотична. За короткий час, у гострій стадії аменції, цілеспрямованість втрачається, рухи хворих набувають хаотичного характеру і нагадують гіперкінези. Контакт з хворими немає. У тяжких випадках аменція переходить у сопорозний стан, потім у кому з повною нерухомістю.

Вихід з аментивного стану складний, з проявами лакунарної амнезії та порушенням відчуття часу. Після аменції, як правило, не спостерігаються тяжкі тривалі астеничні стани. У період амнезії у пам'яті хворого зберігаються лише окремі епізоди хворобливих переживань, що свідчить про грубі розлади просторово-часових відносин («Не могла зрозуміти, коли день, коли ніч..., а час, як одна секунда... Непаче перепочувала однієї ночі, все було у темряві, навколо темно, а день, як одна мить... Не можу вирішити, був він чи ні...»). Аментивні стани нерідко виникали на фоні гінекологічних ускладнень — ендометриту, маститу. Слід зазначити, що у ба-

гатьох жінок спостерігається невідповідність між незначними місцевими проявами ендометриту та температурною реакцією. Температура тіла звичайно підвищується на висоті психозу, при цьому гінекологічні ускладнення виявляються не відразу. Остання обставина спричинює іноді невчасне призначення терапії, спрямованої на купірування гінекологічної патології.

Кататонно-онейроїдна форма післяпологового психозу спостерігається рідше за аментивну. Особливого значення набуває диференціальна діагностика з кататонною формою шизофренії. Для цього необхідно враховувати динаміку синдрому, його прояви та збільшення вираженості у розпалі хвороби. Як відомо, основними симптомами є наявність негативізму та нерухомість. Треба пам'ятати, що у разі післяпологової кататонії немає тієї закономірності розвитку нерухомості, яка властива шизофренії: поява тяжкості, а потім тугорухомості у м'язах обличчя, верхніх кінцівок, тулубі, а значно пізніше — у верхніх кінцінках. Немає тенденції до збереження ембріональної пози, як це характерно для шизофренії. Одним із важливих диференціально-діагностичних критеріїв, що свідчить про післяпологову психічну патологію, є відсутність негативізму, характерного для парадоксальних форм реагування у разі шизофренії, відсутність мовної реакції на голосно задані запитання і, навпаки, відповіді на шепотну мову. У разі ослаблення кататонічних проявів хворі вступають у мовний контакт, починають споживати їжу.

Депресивно-параноїдна форма розвивається на фоні нерізко вираженого оглушення, малопомітного під час звичайної бесіди з хворою. Депресія в післяпологовий період істотно відрізняється від ендогенної: до її структури входять такі компоненти, як постійні коливання рівня свідомості, втрата об'єктивної оцінки реальних подій, відсутність патологічного циркадного ритму (посилення пригніченого стану в ранні ранкові години характерне для ендогенної депресії). Коливання настрою в разі післяпологового психозу безпосередньо залежать від загального тону організму, а ідеї самозвинувачення витікають з астенії та реальних внутрішніх можливостей хворої.

Нерідко депресивний стан породіллі залишається непомітним як для персоналу пологового відділення, так і для родичів після виписки жінки додому. Разом з тим існує дуже висока ймовірність здійснення суїциду, у тому числі й складного суїциду, коли молода мати вбиває свою дитину («щоб не мучилася без неї»), а потім накладає на себе руки.

У багатьох хворих із післяпологовою депресією відзначалися коливання пастрою в період менструацій.

Післяпологова депресія — один з найпоширеніших варіантів післяпологових психозів. Вона починається на 10—14-й день після пологів. Вже після повернення жінки з пологового будинку привертає увагу її неввібраність, підвищена сенситивність. Вона не може виконувати обов'язки з догляду за дитиною. Перші ознаки ідеомоторної загальмованості виявляються надзвичайною повільністю, незібраністю. Соматичні скарги рідкі. Тривога іноді досягає ажитації, на піку якої спостерігаються аментивні та онейроїдні епізоди. Жінкам дуже важко пристосуватися до нових умов життя. Якщо в період вагітності жінка була об'єктом підвищеної уваги близьких, їхньої турботи, то після народження дитини вона сама повинна піклуватися за дитиною та за чоловіком. Молоді матері часто виявляються безпорадними, беруться за багато справ, не доводячи почате до кінця. Постійно відчувають втому, що посилюється безсонням. Нерідко безсоння виникає ще в пологовому будинку, але бажання породілі та її близьких швидше потрапити додому не сприяє адекватній оцінці цього симптому. Спочатку жінки ще намагаються доглядати дитину, але потім закидають усі справи, лягають у ліжку. Неможливість виконувати обов'язки матері та дружини призводить до самозвинувачення. У деяких хворих депресія супроводжується проявами деперсоналізації та дереалізації.

На відміну від аментивних, онейроїдних та інших варіантів післяпологових психозів у разі післяпологової депресії різні соматичні чинники спостерігаються значно рідше. Багато хворих зазначали, що «хвороба почалася, як тільки повернулася додому». Відсутність зв'язку із соматичними чинниками, а також низка відмінностей від типової ендогенної депресії, насамперед повне видужання та відсутність повторних нападів депресії гоцо, були основою припущення про реактивний характер післяпологової депресії. Звичайно захворювання починалося з тривоги за дитину, іноді після конфліктів з чоловіком або його родичами. Через те, що дитина не спала і кричала, у матері виникало почуття провини. Ідеї самозвинувачення спостерігалися набагато частіше, ніж вороже ставлення до дитини, яке виникало лише у тяжких випадках. Незважаючи на тісний зв'язок з післяпологовою ситуацією, депресія ближче за своєю структурою до ендогенної, ніж до реактивної.

За умов народження дітей з вадами, у разі смерті малюка і т. п. спостерігаються типові реактивні депресії. Післяпологові депресії нерід-

ко супроводжуються елементами ажитації та дienceфальними розладами, а на висоті психозу в окремих випадках були онейроїдні та аментивні епізоди, тоді як у разі реактивних станів ці психопатологічні синдроми не виникають. Деякі пов'язані з пологами труднощі є проявом захворювання, що вже почалося, і неможливості у зв'язку з тим пристосуватися до нових умов. Хворі скаржаться на багато труднощів і нових турбот, але за своєю суттю залишаються абсолютно бездіяльними та безпорадними. Усвідомлення власної безпорадності, постійне почуття виснаження, втоми і нездатність забезпечити належний догляд за дитиною призводять до виникнення ідей самозвинувачення. Майже всі хворі зазначали, що у пологовому будинку в них було безсоння. Але його потрібно розглядати не як причину, а як ініціальний період психозу. За нашими спостереженнями, у жодної з хворих не було таких обставин, які можна було б розглядати як причину реактивного психозу. Страх за дитину і почуття провини перед чоловіком, що спостерігаються в ініціальний період психозу, надалі трансформуються у почуття відчуженості і ворожнечі. З народженням першої дитини закінчується безтурботний період, до жінки відразу пред'являють низку додаткових вимог. Залишаючись з чоловіком або родичами, жінки іноді відчувають себе краще, вдень, і особливо вранці, коли всі йдуть на роботу, у неї з'являється почуття самотності та розгубленості. Хворі спочатку не відпускають чоловіка на роботу, щоб він допомагав їм, оскільки в «інших є бабусі або хороша свекруха». Потім починають гнати його від себе, а в лікарні відмовляються від побачень з ним. Дитина, яка була світлою надією, здається мертвою або тяжкохворою. Разом із почуттям провини, звичайно, є страхи та побоювання за своє здоров'я, хворі іпохондричні, але їхні скарги рідко досягають іпохондричного марення. Психо- та ідеомоторна загальмованість набагато менш виражені, ніж у разі типової ендогенної депресії, нерідко чергуються з періодами ажитації. Безсоння ранкового типу та посилення туги вранці спостерігаються не завжди. У деяких спостереженнях тотальне безсоння, що триває декілька днів, чергувалося з періодами вираженої гіперсомнії.

Приклад післяпологової депресії. Хвора Д., 26 років, викладач іноземних мов. Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Зростала та розвивалася нормально. У 10-літньому віці залишилася без матері, виховувалася батьком. У дитинстві перенесла скарлатину та жовтяницю. З 8 років почала відвідувати школу, вчилася добре, закінчила 10

класів, потім Інститут іноземних мов. Вже під час навчання на 3-му курсі почала одночасно працювати викладачем. За характером комунікабельна, життєрадісна. З дитинства виховуючись без матері, звикла до труднощів, завжди добре справлялася з домашнім господарством. Протягом низьких років вчилася, працювала та доглядала за тяжко хворим батьком. Менструації з 15 років. Одружена. Вагітність була першою, перебігала легко. 12.05.2002р. народила живого хлопчика. Проводили стимуляцію пологової діяльності, були розриви шийки матки. З перших же днів годування на сосках грудних залоз утворилися тріщини, декілька днів температура тіла підвищувалася до 37,2 °С, але хвора її «збивала», оскільки прагнула швидше додому. У пологовому будинку дуже нудьгувала, обтяжувалася обстановкою, погано спала. У зв'язку з ускладненнями під час годування дитини «замислювалася про майбутнє». Була виписана з пологового будинку 21.05. Вдома в ніч з 21 на 22.05 не спала, з'явилася тривога, вважала себе тяжкохворою, думала, що «вже не одужає», «не знаходила собі місця». 22.05 на лівій грудній залозі з'явився інфільтрат, температура підвищилася до 38 °С. Був призначений пеніцилін, наступного дня температура тіла нормалізувалася. Але пізніше туга посилилася, жінка вважала, що вона є тягарем для себе і оточуючих. З'явилися суїцидальні думки: одного разу вночі схопила бритву та сказала чоловіку, що зараз вкоротить собі віку, але розуміла, що зробити цього не зможе. До дитини була байдужа, навіть не підходила до неї. Не спала, незважаючи на вживання сподійного.

Під час госпіталізації загальний стан хворої задовільний. Температура тіла нормальна. Хвора збуджена, пікнічної статури. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. На сосках грудних залоз невеликі тріщини. Пульс — 102 за 1 хв, ритмічний. Артеріальний тиск — 110/80 мм рт. ст. Дані аналізів сечі і крові в межах норми. Ознак вогнищового ураження ЦНС немає. Хвора орієнтована у часі та в навколишньому середовищі. Доступна, навіть дещо настирлива зі своїми скаргами. Тривожна, сумна, весь час стогне, зітхає. Говорить, що їй «дуже погано і важко». Вона «ніколи не одужає і для всіх є тягарем». Дитина знаходилася в яслах при лікарні. Під час годування дитини хвора безпорадна, нетерпляча. Запитує санітарок: «Чому дитина заплакала? Чому відригує?... Чи не загрожує їй щось?». Дуже неохайна, за собою не стежить, не вмивається, не чистить зуби, їсть добре. Себе вважає дуже тяжко хворою, висловлює цілу низку іпохондричних скарг, заявляє, що процес годування дитини для неї болісний, що вона «нестерпно страждає». Стогне, зітхає, висловлює неспокій

за дитину і в той самий час байдужа до неї. Говорить про небажання жити. Марення та галюцинацій не виявлено. Однак хвора дещо підозріла, стверджує, що їй «дають не ті ліки», через те вона не спить. Разом з цим не критично сприймає зауваження та жарти інших хворих. Уведення аміназину переносить погано, легко розвивається акатизія. Прислуховується до найменших відчуттів у своєму організмі, фіксується на будь-якій дрібниці. Відмовляється від годування дитини, хоча думає, що дитина в поганому стані. Часом стан тривоги змінюється апатією, цілими днями лежить у ліжку. Незважаючи на припинення годування дитини, стан не поліпшується. Протягом багатьох днів залишається плаксивою, іпохондричною. Настрій припичений («не знаходжу собі місця»). Говорить про якусь неясну тривогу, послідовно розповісти про свій стан не може. Під час розмови важко зітхає. З 07.07 стан почав дещо поліпшуватися, залишалася емоційно лабільною. Скаржилася на «внутрішнє хвилювання». З 16.07 настрої покращився, тривога стала з'являтися лише періодично, але при цьому вже більш впорядкована. 23.07 настрої значно поліпшилися, обтяжується обстановкою психіатричного відділення. Висловлює побоювання, що повністю вона все ж не одужає, «не справиться з вимогами життя». Багато думає про своє здоров'я. Приймала аміназин до 150 мг на добу, субкоматозні дози інсуліну. 28.07 стан поліпшився. Залишається невпевненою у собі, не знає, як справиться з вихованням дитини. 30.07 виписана додому. Вдома залишалася на лікарняному листку. Спочатку активно доглядала за дитиною, приводила у порядок домашнє господарство. Тепло ставилася до чоловіка. З 16.08 знову стала гірше спати, з'явилася тривога за майбутнє дитини. Нічого не робила, злягла у ліжку. 03.09 знову була госпіталізована у психіатричне відділення. Перші дні була, як раніше, дуже тривожна, висловлювала багато іпохондричних скарг, іноді «кидалася» по палаті, заламувала руки. Говорила про «безнадійність, безвихідь», відзначала зміни у всьому тілі, зміну смаку їжі. Скаржилася на тугу, відчуття пустоти в голові, неможливість зосередитися. Одного разу було відчуття, що «все навколо неживе, як статуї», голоси оточуючих сприймала, «як через вату». З 26.08 стан поліпшився. Спокійна, іноді буває тривожна, невпевнена в собі. З 29.08 стійке поліпшення, хвора сказала, що лише тепер відчуває себе по-справжньому здоровою. Поновлення психозу 16.08, через 3 міс після пологів, збігся з відновленням менструацій.

За даними катамнезу, хвора практично здорова, працює викладачем. Виховує дитину. Протягом майже 9 років нападів депресії не було.

Таким чином, у цьому досить характерному випадку післяпологової депресії захворювання розвинулося через 10–12 днів після пологів. Ініціальні прояви психозу виникли ще в пологовому будинку. Будь-яких ситуаційних чинників виявлено не було, у минулому хвора добре долала різні труднощі. Дитина не була небажаною або «невдалою». Певну роль зіграла наявність мастопатії, яка спочатку робила процес годування неприємним і болісним для хворої. Клінічна картина депресії значно відрізнялася від типової ендогенної депресії, не було схожості з реактивною депресією. Разом із тугою та тривогою значне місце займали іпохондричні хвилювання. Крім страху за власне життя та здоров'я, низка скарг хворої була пов'язана з дієнцефальними порушеннями, сенестопатіями та деперсоналізацією. Часом депресія наближалася до ажитованої. Клінічна картина післяпологової депресії іноді нагадувала пресенільну меланхолію. Характерно, що поновлення психозу відбулося під час появи перших менструацій після пологів.

Інший приклад демонструє перебіг більш тяжкої депресії.

Хвора П., 23 років, робітниця. Госпіталізована до психіатричного відділення 28.07.2002 р. Батько хворіє на хронічний алкоголізм. Дитинство пройшло у тяжких умовах. Росла нормально. Закінчила лише 5 класів, вчилася посередньо. За характером м'яка, добродушна, товариська. Менструації з 15 років. Вагітність та пологи перші. Вагітність перебігала легко, 14.07 завершилася нормальними пологами. Дитині (хлопчику) була дуже рада. Перші дні після пологів відчувала себе задовільно, однак спала погано. На 8-й день настрої погіршився, боліло горло, температура тіла 37,8 °С. Вдома намагалася займатися господарством, але «усе валилося з рук». Просила у чоловіка вибачення, називала себе грішницею, говорила, що до заміжжя «жила з іншими чоловіками», хоча це не відповідало дійсності. Намагалася повіситися. Під час госпіталізації до психіатричного відділення на ший була виражена странгуляційна борозна. Статура хворої ближче до пікнічної. Зів трішки гіперемійований. Температура тіла 37,2 °С. Тони серця чисті. Артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст. Пульс 98 за 1 хв, ритмічний. У легенях везикулярне дихання. За висновком гінеколога стан статевих органів відповідає нормальному перебігу післяпологового періоду.

Хвора надто напружена, питає, чи жива дитина, вважає, що вона вже мертва. У часі не орієнтується («навколо все мертво», «не розумію, де я»). Сказала, що «хотіла задушитися, тому що через мене усі мертві».

Висловлює виражене відчуття провини та гріховності: «я брудна, непридатна, вбила дитину», «загубила душу свою і дитини». Щипає себе та за являє, що не відчуває. Однак, за свідченням родичів, агресії до повонародженого не виявляла. Хвора наполегливо стверджує, що все одно повіситися, «за вбивство дитини як грішницю будуть водити по всіх цехах заводу», де вона працювала. Чує гавкання собак, «голоси», які пророкують їй неминучу смерть та «вічні муки». У відділенні сиділа в одній позі, на обличчі вираження глибокої скорботи, її насилу вдається нагодувати, ліки вживає нерегулярно. Часом у разі напливу «осуджувальних голосів» починає кидатися, просить принести «хоч би мертву дитину, запапащену мном». Відмовляється від ліжка, лежить на підлозі. Такий стан тримався протягом тижня. Хворій призначено аміназин по 200 мг на добу парентерально, меліпрамін 100 мг усередину. З 2.08 почалося поліпшення стану, стала спокійнішою, спала, туги не було, «голоси» припинилися. Остаточне видужання настало лише 19.08, до цього стан був нестійким, періодично з'являлися нетривалі епізоди сумного настрою.

За даними катамнезу протягом наступних років практично здорова, виховує дитину, працює. Стосунки з чоловіком добрі. Скарги на стан здоров'я не висловлює.

У цьому випадку будь-які аналогії з реактивним станом можна відразу спростувати. Легка ангіна почалася у хворої вже після появи безсоння та порушення настрою. Після того як декілька днів тривав ініціальний період безсоння і сумного настрою, з'явилися ідеї самозвинувачення та гріховності, суїцидальні тенденції. Під час госпіталізації до лікарні у хворої був етап більш тяжкої дезінтеграції психічного життя, дереалізації («навколо все померло»), що супроводжувався деперсоналізацією. Велика кількість галюцинацій також свідчила про певне порушення свідомості. У часі хвора була дезорієнтована. Стан, близький до депресивного ступеню, чергувався з ажитацією, а висловлювання про «вічні муки» і безсмертя нагадувало синдром Котара. Незважаючи на поліморфізм симптоматики, провідним і постійним синдромом залишалася депресія.

Іноді хвилеподібний перебіг створював враження, що весь психоз складається з декількох окремих фаз. Основним фоном була депресія, що супроводжувалася типовими переживаннями неповноцінності. Генералізація психозу спричинила появу деперсоналізації з більш вираженим порушенням свідомості. Подальше поглиблення та генералізація патологічного процесу створювали картину онейроїдної кататонії. За наявності соматичних порушень онейроїдна симптоматика набувала рис

кататонічної аменції, разом з тим не можна виключити, що підвищення температури тіла було наслідком дienceфальних розладів. Таким чином, спостерігалася єдність психопатологічної симптоматики; її особливості та динаміка від депресії до аменції залежали від міри та глибини дезінтеграції діяльності ЦНС. Це свідчить про те, що післяпологова депресія не особливий, ізольований вид «групи» післяпологових психозів, а лише один з варіантів післяпологового психозу. Не тільки для депресії, але й для інших варіантів післяпологових психозів характерним є марення на тему провини, відчуження і ворожості до дитини і чоловіка. Разом із почуттям ворожості до чоловіка хворі часто висловлюють ідеї ревнощів, що іноді доходять до марення. Припинення психозу також проходило через фазу депресії, яка була основним фоном психозу, на якому під впливом поглиблення хворобливого стану виникали інші розлади, що відрізняються від депресії, але тісно з нею пов'язані.

Виходячи з розуміння післяпологової депресії як окремого захворювання, лікувальні заходи повинні бути спрямовані, насамперед, на зміцнення всього організму хворої. У разі призначення курсу терапії враховують такі клінічні показники, як тяжкість загального стану, глибина порушення свідомості, стан серцево-судинної системи, дихання, видільної функції нирок. Особливу увагу необхідно приділяти стану грудних залоз (припинення лактації). Слід здійснювати ретельний гінекологічний контроль за станом функції матки. У разі важких форм аменції найбільш перспективними є заходи, спрямовані на боротьбу з інтоксикацією та профілактику набряку мозку.

Профілактика психічних порушень післяпологового періоду повинна включати комплекс заходів, що запроваджуються на усіх етапах вагітності, пологів та післяпологового періоду, і будується виходячи з патогенетичних механізмів їх виникнення.

Передусім необхідно активізувати діяльність «школи молодих матерів» із залученням кваліфікованих фахівців, які повинні знайомити вагітних з дійсно існуючими життєвими вимогами. Потрібно провести навчання молоді матері з догляду за дитиною і устрою побуту з урахуванням скрутних ситуацій, які можуть призвести до нервового зриву.

Необхідно пам'ятати, що найважчим випробуванням для організму годувальниці є позбавлення її сну. Для відновлення фізичних сил і підтримання достатнього рівня догляду за дитиною і емоційного комфорту жінка потребує до 9 год сну і до 7 год відпочинку. Неухильне дотримання такого режиму вимагає підготовки відповідного психологічного клімату в сім'ї

з дотриманням елементарних норм соціальної деонтології та зміною життєвого стереотипу (виключення приймання гостей або поїздок з новонародженим до рідних, усунення шуму від музичних інструментів та ін.).

Особливу увагу необхідно приділяти догляду за грудними залозами під час лактації, навчанню матері техніці зцідження молока як профілактики маститу.

Акушери повинні звертати увагу на стан сну і настрою жінок ще під час перебування їх у пологовому будинку. Педіатри з дитячої поліклініки, відвідуючи новонароджених удома, у разі адекватної оцінки психічного стану матері повинні переконати родичів проконсультувати її у психіатра, оскільки транзиторні психотичні епізоди, а також субдепресивні стани у таких хворих часто не спостерігаються лікарем. Це пояснюється, з одного боку, неможливістю критично оцінити свій стан самою хворою, а з іншого — активним небажанням родичів госпіталізувати її у психіатричну лікарню. Іноді це закінчується трагічно: хворі здійснюють суїцид.

У зв'язку з цим профілактика післяпологових психозів не може мати односторонній характер. Необхідно враховувати супутню патологію вагітності і захворювання ЦНС. Особливу увагу слід приділяти створенню охоронного режиму породіллі і психологічного клімату в сім'ї.

Зміни психіки у пацієнтів із соматичними захворюваннями

Серцево-судинні захворювання. У разі інфаркту міокарда — в передінфарктний період з'являється відчуття неясності у голові, труднощі концентрації уваги, передчуття неминучої безпеки, тривога, інколи ейфорія. У гострий період — безсоння, ілюзії, галюцинації, рухове збудження, тривога, пригніченість, страх смерті, часом — анозогнозія, втрата критичності, ейфорія. Надалі розвиваються стійка іпохондрія, фобії (кардіофобія тощо), астенодепресивні і невротичні реакції, стійка фіксація уваги на соматичних відчуттях.

У разі гіпертонічної хвороби найчастіше спостерігається гармонійна, іпохондрична, істерична або апозогіюзична ВКХ. Далі виникають астенія, гіпомнезія, зміни настрою, плаксивість, іпохондрія, образливість, кардіофобії. Часто демонструються нав'язливість, емоційна лабільність, драгтивність.

У разі церебрального атеросклерозу хворі вразливі, необгрунтовано образливі, з коливанням настрою, плаксивістю, зниженням праце-

здатності, дратівливістю, загостренням рис характеру, вираженою гіпомнезією. У пізній період відзначається зниження інтелекту.

Захворювання травного тракту. Для виразкової хвороби характерні дратівливість, гарячковість і конфліктність, депресія, апатія, фобії, істеричні реакції. Хворі дратівливі, образливі, стурбовані. Вони часто конфліктують вдома та в лікарні з персоналом, що утруднює стосунки з ними. У багатьох розвивається онкофобія.

Ендокринні захворювання. У разі цукрового діабету виражені дратівливість, астенизація, висока емоційна реактивність і невірноваженість, дисфорія, конфліктність, уразливість і образливість, явища гіпомнезії. Характерні неврастенічна, сенситивна ВКХ.

У разі тиреотоксикозу розвивається психопатизація особистості з дратівливістю, непосидючістю, метушливістю, коливаннями настрою, поспішністю, що поєднуються із вираженою астенизацією.

Синдром Іценка—Кушінга характеризується іпохондричною, істеричною ВКХ. Хворі вередливі, емоційно лабільні, конфліктні, порушують лікувальний режим. Типова апатія може змінюватися ейфорією, можливі порушення конституції тіла, деперсоналізація.

Бронхолегеневі захворювання. У разі бронхіальної астми емоційне напруження у хворих сприяє виникненню нападів ядухи. За умов хронічного перебігу бронхіальної астми характер хворих змінюється за іпохондричним, істеричним типами ВКХ.

Шкірно-венерологічні захворювання. Хворим властиві сором'язливість, скутість, особливо у разі висипань на відкритих частинах тіла, і ці відчуття посилюються надмірним інтересом до них оточуючих. Хворі усамітнюються, стають дратівливими, невірноваженими. Найважче переносить захворювання молодь, в якій формуються думки про власну неповноцінність. Венеричні хвороби мають глибоко психотравматичний характер і спричиняють у пацієнтів страх перед прогнозом захворювання, необхідністю тривалого лікування.

Онкологічні захворювання. У початковій стадії захворювання погіршується настрій, увага прикута до власних відчуттів, результатів досліджень, часто загострюються риси характеру. Основними є астеничність, депресивність, суїцидальні вислови. У термінальній стадії розвиваються розлади свідомості.

Алкоголізм і наркоманія є різновидом адиктивної (залежної) поведінки, де є прагнення досягти мети за допомогою хімічних, «психоактивних» речовин. Особистість таких хворих у більшості випадків незріла, з нездат-

ністю соціальної адаптації, особливо помітні труднощі міжособистісних стосунків. З метою їх компенсації одні бажають викликати задоволення і ейфорію, інші розслабитися, вдаючись до алкоголю чи наркотиків. У разі алкоголізму II стадії настає алкогольна деградація особистості. Спостерігається поступове зниження інтелекту. Хворі, які звертаються за лікуванням до психолога, проходять через тривалу і болісну боротьбу мотивів. Вони бояться розголошення, глузування.

Психологічні проблеми пацієнтів із хронічними захворюваннями

Іноді хвороба заходить так далеко, що людина перебуває у повній залежності від неї. І вже не лише не може, але й не хоче від неї вилікуватися. Формується специфічна хвороблива життєва позиція, для подолання якої потрібна психотерапевтична допомога лікаря.

Згідно з теорією стійких патологічних станів (П. К. Анохін, Д. Н. Узнадзе, Н. П. Бехтерева) хвороба є патологічною формою адаптації організму до надмірних для нього навантажень. За певних умов вона рефлекторно закріплюється у матрицях довготривалої пам'яті. Механізми довготривалої пам'яті («досвід хвороби»), які зазвичай звільняють нас від необхідності весь час думати, «з якої ноги піти», тепер різко обмежують можливість повернення до нормальних, здорових форм адаптації. Відбувається неусвідомлена перебудова ЦНС і цілої низки функцій внутрішніх органів. Формується «установка на хворобу», «воля до хвороби», що неминуче призводить до фізіологічної трансформації функціональних порушень внутрішніх органів у необоротні, органічні. Незалежно від того, яка із соматичних хвороб набуває хронічного характеру, це завжди є наслідком дії психосоматичного «хибного кола», яке включає психологічний (особистісний передумови), середовищний (сімейна, службова ситуації, екологічні, побутові чинники) і біологічний (стать, вік, спадкова схильність до недостатності функції певного органа і т. ін.) компоненти. Спрацьовує установка особи: це специфічний стан, що виникає і фіксується людиною під час задоволення певної потреби (наприклад, виправдатися, «сховатися» від фруструвальних проблем у «безпечне місце» — хворобу). Виражається підсвідомим прагненням знов і знов задовольнити цю потребу. Описана «установка на хворобу», яку сам хворий не усвідомлює, що приносить йому певну вигоду. Це завжди слід враховувати під час лікування хронічних захворювань. У хронічно хворих осіб відбувається перебудова інтересів до внут-

рішних відчуттів. Перебудовується вартісна ієрархія особистості, внаслідок «особливого стану хворого» характер стає дисгармонійним (психопатизація або невротизація характеру). Погіршується настрій, виникає замкнутість, тривожність. З'являються надмірні емоційні реакції на зміни болю, на певні негативні впливи: розгубленість, тривога, страх, відчай. Більшість хворих уразливі, павіювані і насторожені. Рідко спостерігається гармонійна ВКХ. Часто домінують стійкі іпохондричні ідеї. Зміни характеру утруднюють одужання, призводять до інвалідності, створюють конфлікти, спричинюють негативне ставлення до пацієнтів оточуючих.

Тактику лікарської роботи з хронічно хворими слід спрямовувати на: створення психологічної установки на здоров'я;

пошук і створення емоційно значущих нових, конструктивних стереотипів поведінки у стресових ситуаціях для даної особи;

вироблення мотивації на повноцінне, здорове життя.

Велике значення мають державні програми профілактичної медицини, спрямовані на формування у людини відповідальності за власне здоров'я.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Психологічні зміни у разі захворювань серцево-судинної системи.
2. Психологічні зміни у разі захворювань дихальної системи.
3. Психологічні зміни у разі захворювань органів травлення.
4. Психологічні зміни у разі соціально-несприятливих захворювань.
5. Психологічні зміни у разі ендокринних захворювань.
6. Психологічні зміни у разі нервових та психічних захворювань.
7. Психологічні зміни в період вагітності і пологів.
8. Особливості психології хворих дітей та осіб похилого віку.
9. Психологічні особливості хворих у хірургічному стаціонарі.
10. Вплив на психіку людини природжених та набутих фізичних дефектів.
11. Особливості психології хронічно та невиліковно хворих.



ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, ТАНАТОЛОГІЇ ТА ЕВТАНАЗІЇ

У разі залежної (адиктивної) поведінки психологічний механізм, маючи, звичайно, розбіжності в деталях, загалом має багато спільних рис. Розрізняють залежність від вживання психоактивних речовин (алкогольна, тютюнова, амфетамінова, опіїдна залежність, зловживання «легкими» наркотиками і легкими токсичними речовинами тощо) та залежність від певних видів діяльності (надцінні захоплення, зокрема інтернет-залежність, патологічна азартна гра). Якщо виключити з цього ряду наркотичні і токсичні речовини, які згубно впливають на різні органи і системи, і за звичайних умов не використовуються більшістю людей, то вживання алкоголю, тютюну, користування інтернетом та комп'ютерними іграми є значно поширеним, соціально легалізованим, а іноді — і корисним явищем. Проблемаю це стає тоді, коли захоплення переростає в залежність, набуває надцінного відтінку, стає домінуючим у свідомості, віддаляє особистість від нормальної діяльності, соціальної активності, звужує або взагалі усуває спілкування. Коло інтересів залежного звужується до настирливих думок про предмет залежності, нічого з того, що раніше приносило радість і пробуджувало інтерес, не може зрівнятися з предметом залежності, який стає домінуючим у змісті розмов, мрій, сновидінь. За відсутності предмету залежності людина стає млявою, байдужою чи, навпаки, нетерплячою і дратівливою. Психологічний комфорт досягається лише споживанням речовини або виконанням залежної діяльності. Такі люди поступово можуть втрачати професійну кваліфікацію і соціальні зв'язки, опиняються в маргінальних прошарках суспільства, часто втягуються в кримінальні ситуації. Хоча в сучасних класи-

фікаціях психічних розладів зловживання психоактивними речовинами і патологічна азартна гра розміщені в різних діагностичних категоріях, психологічні механізми мають багато спільного. Зазвичай первинним поштовхом буває прагнення самоствердження у молодих людей, підкреслене бажання незалежності за відсутності або недостатності вольових якостей, самоконтролю і самокритичності. Локус контролю у більшості залежних осіб первинно зміщений назовні: в усіх своїх негараздах вони схильні звинувачувати інших або фатальний збіг обставин, так само і успіхи вони пояснюють щасливим випадком. У дитинстві ці люди часто є надмірно залежними від батьків чи компанії, прагнучи обірвати цю залежність, вони обирають іншу. Тому лікування залежних осіб є настільки важким і тривалим і потребує не лише позбавлення надходження в організм психоактивної речовини або відлучення від надцінної діяльності, але і глибинного перероблення патологічних психологічних механізмів, які роблять особистість уразливою до залежності. Частим захисним механізмом залежних є раціоналізація. Картаючись докорами сумління, вони часто вмовляють самі себе, що це «тимчасово», «я можу це покинути в будь-який момент», «п'ю, бо це корисно для шлунка», «лікарі також палять», «завтра виграю і віддам усі борги» тощо, хоча в глибині душі кожен визнає, що вживає речовини чи займається надцінною діяльністю тому, що це — єдине, що для нього залишилося приємним, а до всього іншого інтересу немає. Внутрішня мотивація залежної особи до звільнення від залежності є великим позитивним чинником для ефективного лікування і реабілітації. Дуже позитивним моментом є виважена, терпляча позиція сім'ї залежної особи, прагнення допомогти позбутися шкідливої звички. Часто, декларуючи вголос бажання позбавити чоловіка від пияцтва чи потягу до азартних ігор, члени сім'ї підсвідомо намагаються утримати status quo, оскільки отримують від цього певний психологічний зиск. Скажімо, жінка звикла бути в ролі «нещасної жертви» чоловіка-пияка, отримуючи від цього мазохістичне задоволення своєю довготерплячістю і звитяжними намаганнями «зберегти сім'ю», з позбавленням чоловіка від пияцтва вона також втрачає роль «відчайдушної героїні», в якій вже звикла бути (можливо ще за часів виховання в батьківській сім'ї). Тому, говорячи про сім'ї залежних осіб, ми часто вживаємо термін «співзалежність» не у вузькому сенсі залежності від речовин чи від діяльності інших членів сім'ї (хоча це також не рідкість), а у сенсі, що зазвичай хронічне вживання психоактив-

них речовин або зловживання певними видами діяльності підсвідомо підтримуються іншими членами сім'ї задля збереження нехай хиткої, але рівноваги патологічної системи, на яку перетворюється сім'я залежного (як приклад, можна навести короткий витяг з бесіди системного терапевта з матір'ю інтернет-залежного юнака: «Уявімо собі, що назавтра Ваш син втратив цікавість до інтернету. Що тоді відбуватиметься?». На це мати відповіла тривалим мовчанням, а потім невпевнено сказала: «Спочатку я радітиму... Потім ми будемо весь час сваритися. А відтак він піде з дому...»).

Значною медико-психологічною проблемою сьогодення є зростаюча кількість самогубств у людей різних вікових груп і соціальних прошарків. Причому на збільшення кількості самогубств суттєво не впливає економічний розвиток країни. Багато людей у кризові періоди свого життя обмірковують самогубство, а деякі — здійснюють свої наміри. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щорічно від самогубств гине більше ніж 600 тис. осіб. Для багатьох країн світу суїцид став однією з гострих соціальних проблем. Самогубство є складною формою поведінки, на яку впливають психологічні, соціальні, ідейно-філософські, біологічні, геокосмічні та інші чинники. Різні аспекти цього явища зумовлюють його дослідження із загальнопсихологічної, патофизиологічної, психопатологічної, соціально-психологічної, психодіагностичної, психокорекційної, психолого-педагогічної, психолого-вікової позицій.

Суїцид (самогубство) — навмисне самоушкодження з метою заподіяння собі смерті. Не кожна автоагресивна поведінка (поведінка, спрямована на нанесення собі шкоди) є суїцидальною, так само, як і не всі випадки, коли людина заподіює собі смерть, можна вважати суїцидом (це може бути нещасний випадок, результат галюцинаторних чи маревних переживань тощо). Отже, автоагресивна поведінка — це специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю. З огляду на специфіку дій індивіда розрізняють такі види автоагресивної поведінки:

- 1) суїцидальна поведінка — усвідомлені дії, метою яких є позбавлення себе життя;
- 2) суїцидальні еквіваленти — неусвідомлені дії та навмисні вчинки, які призводять до фізичного (психічного) саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;

3) несуйцидальна автоагресивна поведінка: різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є смерть або вчинення яких не є небезпечним для життя.

Французький філософ, соціолог Еміль Дюркгейм відрізняв самогубство від спроби самогубства, трактуючи спробу як припинення самовбивчого акту до настання смерті. За його словами, до суїциду подібні вчинки людей, які ризикують власним життям, віддаються небезпечним заняттям, ризикованим видам спорту, пов'язаним із грою зі смертю, надмірно виснажують себе роботою, недбало ставляться до свого здоров'я, зловживають алкоголем, тютюном, наркотиками, сексом, нехтують безпекою тощо. Від власне суїциду така поведінка (іноді її називають парасуїцидальною) відрізняється тим, що не пов'язана з мотивацією, котра спрямовує кожен вчинок до смертельного фіналу. Така поведінка може бути вмотивована по-різному і за різними критеріями визначають такі її види:

— неусвідомлюваний суїцид (глибинне підсвідоме бажання смерті, що не постає у свідомості суб'єкта як мотив, але спонукає його до ризикованої активності);

— ризикована гра і ризикована безтурботність, що часто поєднується зі споживанням алкоголю, паркотиків, психоделічних препаратів;

— психопатологічний і афективно-невротичний суїцид.

Серед самогубств, які скоєні психічно хворими людьми виокремлюють чотири види:

1. Маніакальне самогубство — під впливом галюцинацій чи маревних ідей.

2. Самогубство меланхоліків — під впливом глибокої депресії.

3. Самогубство під впливом нав'язливих ідей.

4. Автоматичне (імпульсивне) самогубство — раціонально не мотивоване.

Суїцид психічно здорової людини реалізується як вибір нею смерті для досягнення мети за адекватної свідомості і афективно-невротичного стану, що не досягає патологічного рівня. Американські вчені Н. Фарбероу і Р. Літман визначили три типи суїцидальної поведінки психічно здорових людей.

1. Демонстрація свого дистресу іншим без бажання вмерти. На цей тип припадає приблизно 30% усіх суїцидальних актів. Мета демонстрації дистресу без бажання померти реалізується як підсвідоме прагнення вплинути на інших, привернути увагу до своїх проблем, викликати співчуття,

налякати, застерегти. До цього типу можна віднести більшість самогубств дітей та підлітків. Якщо наміри вплинути на інших суб'єкт усвідомлює і визнає, таку поведінку називають демонстративно-шантажною.

2. Суїцид із вираженим амбівалентним (суперечливим, роздвоєним) ставленням до смерті та сподіванням на шанс чи долю в останньому кроці. Суб'єкт, який скоює такий вчинок, визнає нестерпним свій стан розгублення і відчаю, хоча зберігає слабку надію на інший спосіб вирішення проблеми. Амбівалентність спричинює підсвідомий вибір «легкого» самогубства, яке можуть помітити і припинити інші. Незавершені суїциди, як правило, здійснюються повторно, аж до летального кінця. Серед суїцидентів, які у такий спосіб діють, прагнення до смерті може бути тривалим і сталим, короткочасним, миттєвим, імпульсивним, рецидивним.

3. Наявність справжнього наміру вбити себе. Особи, які готуються до суїциду, виявляють свої наміри відповідними висловлюваннями (відвертими або маскованими), ретельно убезпечуються від того, що могло б завадити здійсненню самогубства.

Щодо форми суїцидальної поведінки, то виокремлюють внутрішню (психічну) і зовнішню (дієву) форми такої поведінки. До внутрішніх форм суїцидальної поведінки відносять:

— суїцидальні думки — міркування суб'єкта про знецінення і відсутність сенсу життя, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів, засобів самогубства;

— суїцидальні задуми (пов'язують уявний суїцид із реальним) являють собою мисленнєві операції, в яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби і час скоєння самогубства;

— суїцидальні наміри (формується із задумів і вольового рішення, що безпосередньо спонукає до дії) — мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньопсихічну і зовнішньодієву складові вчинку.

Усі ці феномени виникають і розвиваються у внутрішній сфері особистості і тому важко піддаються виявленню без використання спеціальних методик.

Зовнішні форми суїцидальної поведінки включають суїцидальні спроби і завершені суїциди. Суїцидальна спроба — це цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок певних причин не закінчується смертю. Особи, яким не вдалося суїцид, здебільшого кажуть, що шкодують про скоєне. Але частота самогубств серед них протягом наступних 12 міс після невдалої спроби приблизно в 100 разів перевищує середню.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

До найпоширеніших психічних особливостей, які сприяють суїцидальності, належать:

- емоційна в'язкість — зосередження на певному емоційному стані, напущання цього стану, який називають циклічно-невротичним — постійне внутрішнє повторення переживань, пов'язаних із неприємними подіями;
 - дратівливість, уразливість, висока конфліктність, вибуховість;
 - слабкий особистісний психічний захист, зокрема, недостатній опір емоційним навантаженням;
 - неадекватна самооцінка (може бути завищеною або заниженою);
 - гіпертрофована потреба в самореалізації, невпевненість у собі, прагнення досягти високого статусу і визнання поєднуються з усвідомленням відсутності необхідних для цього підстав;
 - симбіотичність, потреба в позитивно забарвлених, «теплих» емоційних стосунках, розумінні і підтримці, розвинута емпатійність; незадоволена потреба може зумовити фрустраційне невдоволення, невропатичну тугу;
 - слабкий вольовий контроль, утрудненість вольових зусиль під час прийняття рішень, несамостійність;
 - низька активність, що суперечить свідомим настановам суб'єкта і спонукає його вважати себе «нікчемною»;
 - песимізм — інтегрований прояв депресивних переживань, станів;
 - схильність до самозвинувачень;
 - високий рівень тривожності;
 - особистісна незрілість, інфантильність. Властива інфантильним особам імпульсивність зумовлює високу ймовірність суїцидальних дій.
- В емоційній сфері суїцидентів виокремлюють:
- високий рівень ситуативної і особистісної тривожності;
 - переживання тривоги, пригніченості, безпорадності, безнадії;
 - гіперболізоване почуття провини, страх;
 - самозвинувачення і відчай у зв'язку з невинуватістю того, що сталося;
 - стурбованість, неспокій, незадоволення, злість, гнів;
 - гетероагресія (спрямована на інших) та автоагресивні афекти.

Важливою передумовою для прояву суїцидальної активності є збіг таких чинників:

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

— сприятливий щодо суїцидальності перебіг біологічних і психічних процесів, що спричинюють високий рівень особистісної схильності до суїциду;

- тяжкі, конфліктні, кризові життєві колізії;
- життєві події, що власне спонукають до самогубства.

Виділяють такі типи особистісного смислу суїцидальної мотивації:

1. Протестні форми суїцидальної поведінки. Мета: негативно вплинути на значущих для суїцидента осіб (групи), які вороже ставляться до нього. Суб'єкт передбачає, що карою для кривдників буде каяття, муки сумління, моральні терзання і громадський осуд. Цей тип суїцидальної активності ґрунтується на високій самооцінці, трансформації гетероагресії в автоагресію.

2. Самогубство-заклик. Мета: активізувати допомогу, втручання для радикальної зміни ситуації.

3. Уникнення покарання або страждання. Цей тип самогубства спостерігається у невиліковно хворих, особливо самотніх людей похилого віку, а також у людей, що дізналися про наявність у них хвороби з поганим прогнозом і вирішили не чекати болю і страждань.

4. Самопокарання. Виступає як протест у внутрішньому плані особистості, як внутрішній конфлікт між «Я — суддя» і «Я — підсудний».

5. Самогубство-відмова. Зовнішньо неспровоковане екзистенційне небажання жити, часто є імпульсивним і не до кінця усвідомленим самим суїцидентом. Людина втрачає інтерес до життя і не вбачає в ньому цінності.

Щодо гендерного співвідношення, то для жінок більш властивим є самогубство протестної форми, часто вони посягають незавершений демонстративно-шантажний характер, переважно психотип жінок — потенційних суїциденток — невротичний екстраверт. Інші види самогубств більш властиві чоловікам, найпоширеніший психотип — стабільний інтроверт.

Серед чинників суїцидальності неповнолітніх виокремлюють такі:

- нерозуміння, неприйняття неповнолітнього іншими, що викликає відчуття образи, самотності, відчуження;
- смерть, розлучення, втеча з сім'ї когось із батьків, що породжує відчай, розпач, образи;
- зневага, вражене самолюбство, наслідком чого є злість, образа, ненависть, агресія, прагнення помсти;
- приниження, знущання, що провокує ненависть, злість, відразу до себе;

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

- небажання визнати свою неправоту, провину, попросити вибачення, все це є наслідком дії хворобливих егоїстичних емоцій;
- любовно-сексуальні ексцеси, невдачі, вагітність, зрада;
- погрози, шантаж, примушування, насильство і залякування;
- навіювання некрофільї, самознищення через засоби масової інформації, під час спілкування з особами і групами зі схильністю до некрофільї, що іноді стимулює інтерес, подив, зачарування.

Багаторічні дослідження особливостей різних груп людей, що намагалися вчинити самогубство, виявили певні демографічні, медичні та інші характеристики, пов'язані із суїцидальною поведінкою. Знання цих чинників необхідне для оцінювання ризику суїцидальної поведінки.

Соціально-демографічні фактори

1. Стать — чоловіча (рівень суїцидів у чоловіків у три-чотири рази вищий, ніж у жінок, у жінок приблизно втричі вищий рівень суїцидальних спроб).

2. Вік 45—65 років. До груп високого ризику відносять також осіб віком 12—24 роки, чоловіків 20—30 років, людей обох статей віком понад 60 років. Максимальна кількість суїцидальних спроб спостерігається у віковому діапазоні 25—29 років.

3. Сімейний статус — неодружені, розведені, овдовілі, бездітні і самотні.

4. Освіта і професійний статус — безробітні, а також особи з вищою освітою і високим професійним статусом. Особливо ризикові професії: військові, лікарі — пасамперед, психіатри і анестезіологи.

Медичні фактори

1. Психіатрична патологія — депресія; алкогольна і наркотична залежність; шизофренія; розлади особистості.

2. Соматична патологія — важкі хронічні прогресивні захворювання: онкологічні і органів кровотворення; серцево-судинні (ІХС); органів дихання (бронхіальна астма, туберкульоз); природжені і набуті вади; втрата фізіологічних функцій (зору, слуху, здатності рухатися, статевої функції); ВІЛ-інфекція; стан після важких операцій; стани після трансплантації донорських органів і тканин.

Біографічні фактори

1. Гомосексуальна орієнтація (підлітки обох статей, дорослі чоловіки).

2. Суїцидальна поведінка родичів, близьких, друзів, інших значущих осіб (релігійні лідери, кумири поп-культури тощо).

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Ситуаційні фактори

1. Смерть близької людини, особливо одного з подружжя.
2. Розлучення.
3. Втрата роботи.
4. Вихід на пенсію.
5. Вимушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї і друзів (еміграція, вимушене переселення, ув'язнення).

6. Сексуальне насильство.

7. Небажана вагітність (у підлітків).

8. «Втрата обличчя» (ганьба, приниження — у підлітків).

До поведінкових індикаторів суїцидального ризику відносять:

- 1) зловживання психоактивними речовинами, алкоголем;
- 2) ескейп-реакції (втеча з дому, уникання);
- 3) самоізолювання від інших людей і життя;
- 4) різке зниження повсякденної активності;
- 5) зміна звичок, наприклад незвична недбалість у зовнішньому вигляді;
- 6) переважання в розмовах, читанні теми смерті та самогубства;
- 7) часте прослуховування сумної музики;
- 8) «приведення справ у порядок» (оформлення заповіту, листи до родичів і друзів, погашення боргових зобов'язань, роздарювання особистих речей).

«Сильними сторонами» людини, котрі є основою її життєвої стійкості і збільшують вірогідність позитивного подолання кризи, є внутрішні і зовнішні ресурси.

Внутрішні ресурси:

- інстинкт самозбереження;
- інтелект;
- соціальний досвід;
- комунікативний потенціал;
- позитивний досвід вирішення проблем.

Зовнішні ресурси:

- підтримка сім'ї і друзів;
- стабільна робота;
- релігійність;
- стає матеріальне становище;
- медична допомога;
- індивідуальна психотерапевтична програма.

Психологічні аспекти помирання і смерті

На жаль, перед деякими хворобами медицина залишається безсилою, і кожен медичний працівник рано чи пізно стикається з проблемою помирання і смерті. У минулому «душевну втіху» помираючим хворим надавали священники. Нині цей обов'язок покладається також на лікарів, медичних сестер, психологів.

Типові реакції на небезпеку чи близькість смерті:

- а) покора і спокійне прийняття невідворотного;
- б) пасивна капітуляція, що проявляється в апатії і байдужості;
- в) «втеча» в звичайні балачки і спогади;
- г) «втеча» в фантазії про безсмертя;
- д) компенсаторна діяльність корисна (завершення роботи, подорож) або шкідлива (зловживання токсичними речовинами, сексуальні ексцеси).

Е. Кеблер-Росс виділяє такі фази хронічного смертельного захворю-

- а) усвідомлення наявності важкої хвороби;
- б) внутрішнє заперечення небезпеки;
- в) роздратування і гнів (за схемою «Чому я?»);
- г) депресія із суїцидальними думками і спробами, частіше спонтан-
- д) домовленість — строк в уявленні відкладається («фаза угод»);
- е) активне примирення зі смертю, хоча зберігається певна надія;
- є) якщо надія зникає — пасивна капітуляція, втрата інтересу до оточуючого.

Фази можуть бути більш чи менш вираженими, повторюватися, залежно від перебігу хвороби і лікування. Медичні працівники прагнуть полегшити стан невиліковного хворого симптоматичним, паліативним лікуванням, незначними маніпуляціями, що можуть мати сприятливий вплив, як плацебо. Необхідно дотримуватися принципу доброго догляду і намагатися зменшити фізичний дискомфорт. Слід уникати маніпуляцій, що самі по собі болючі чи неприємні. Треба намагатися переключити увагу хворого на більш приємні чи цікаві враження або спогади. Забезпечити належний контакт з близькими. У розмовах з хворим бажаний партнерський, не авторитарний стиль, «вміння слухати», слід застосовувати навички подолання складних і неприємних елементів контакту.

Наука про вмирання і смерть називається **танатологією**. Психологія клінічної смерті ґрунтується на спірних і ненадійних свідченнях. Деякі люди, що були виведені зі стану клінічної смерті, розповідають, що бачили світло, котре ставало все більш яскравим, одночасно лякало і притягувало їх. Це світіння, що не піддається описанню, позбавляло їх будь-яких думок і переживань. Повернення до життя сприймалося ними як хворобливе явище.

На сьогодні значні дискусії і великий інтерес викликає проблема **евтаназії** (у перекладі з грецької — «щаслива смерть»). Активна евтаназія — зумисне умертвіння з метою припинення страждань на вимогу помираючого чи без неї. Чинне законодавство забороняє це, активна евтаназія розглядається як вбивство. Щоправда в деяких високорозвинених країнах дискутується питання про легалізацію активної евтаназії. Історія знає трагічні приклади знищення 40 000 психічно хворих у нацистській Німеччині, відносно недавні справи «медсестер-вбивць» і «доктора Смерть».

Пасивна евтаназія — це обмеження чи виключення особливо складних лікувальних методів, котрі могли б збільшити тривалість життя цілою подальших страждань, але не врятувати його. Йдеться про скорочення дистанції («поганого вмирання»). На відміну від активної евтаназії, яку називають «методом наповненого шприца», пасивна евтаназія — це «метод відкладеного шприца». Незважаючи на те, що і пасивна евтаназія може бути проблематичною, вирішальною тут є «мораль даної ситуації», за якою лікар оцінює з точки зору інтересів і стану хворого і реальних лікувальних можливостей усі «за» і «проти». Це в свою чергу накладає на лікаря ще більший моральний обов'язок, який може призвести до тяжких сумнівів і докорів сумління.

На нашу думку, евтаназія в медицині взагалі неприпустима. Вона суперечить лікарському обов'язку, його гуманістичному змісту. У будь-якому випадку лікар не може сприяти смерті. Крім того, реалізація евтаназії на практиці відкриває шлях для карних злочинів. І де гарантія того, що лікар, вдавшись до евтаназії, не припускається лікарської помилки?

Багаторічний досвід роботи в реанімаційних відділеннях свідчить, що хворий, навіть найтяжчий, допоки він перебуває у свідомості, не прагне помирати (навіть коли під впливом болю він закликає смерті). Сучасний рівень медицини може забезпечити хворому стан, за котрого він не страждатиме. І тому лікар, у силу свого професійного обов'язку, повинен до самого кінця робити усе можливе, щоб запобігти смерті, про-

довжити життя хворого. У будь-якому випадку хворий не має страждати від болю, спраги, нестачі повітря чи інших тяжких відчуттів, почувати психічне напруження чи неспокій. Сучасні лікарські засоби дають можливість позбавити його від таких відчуттів.

Іншою важливою проблемою реаніматології і танатології є продовження строків прогнозованої чи клінічної смерті, розроблення заходів з реанімації головного мозку. Затримана смерть — це поняття, що виникло з нових умов лікування і догляду. Апарати керованого дихання і штучного кровообігу, штучна ширка, електричні стимулятори функцій здатні підтримувати діяльність організму протягом місяців і років, часто за відсутності діяльності кори великого мозку. У разі припинення цих штучних заходів життя зазвичай швидко припиняється. Тривала ішемія — аноксія мозку в реанімованих хворих призводить до втрати інтегральної функції головного мозку, насамперед кори великих півкуль. Тому проблема захисту мозку має ґрунтовний деонтологічний зміст — повернути людину не лише до життя, але і до творчої трудової діяльності.

Діагноз смерті мозку, необоротне руйнування речовини мозку, включаючи кору великих півкуль, мозочок, підкіркові структури, стовбур, означає визнання людини мертвою при працюючому серці (печінці, ширках) в умовах штучної вентиляції легень і відмову від проведення реанімаційних заходів. Значною мірою поштовхом для встановлення діагнозу смерті мозку став розвиток трансплантології. Встановлення діагнозу смерті мозку покладається на кваліфіковану комісію в складі реаніматолога, невропатолога, електрофізіолога, лікаря, відповідального за лікування основного захворювання, на основі критеріїв, встановлених чинним законодавством. При цьому враховують клінічні критерії, результати електроенцефалографічних досліджень (ЕЕГ), комп'ютерної томографії, ангиографії судин головного мозку. Обов'язковим є встановлення етіології захворювання, виключення впливу гіпотермії, медикаментозної інтоксикації, дії релаксантів, депресантів тощо. Необхідним є також період очікування, протягом якого повторно оцінюють результати динамічного спостереження. Особливої відповідальності потребує встановлення діагнозу смерті мозку в дітей, оскільки власне у цієї категорії хворих найчастіше реєструють помилки у встановленні діагнозу. І ще один важливий аспект. В етичному відношенні під час встановлення діагнозу смерті мозку лікуючий лікар відповідно до законів, що прийняті в багатьох країнах, не повинен перебувати під впливом (психологічним чи адміністративним) бригади транс-

плантологів, не повинен мати з ними прямого контакту. Він також не повинен залучатися до процедури взяття органів.

Слід підкреслити, що під час встановлення діагнозу смерті мозку тактику реаніматолога визначає виключно необоротність важкого первинного ушкодження мозку і безперспективність проведення подальших заходів в боротьбі за життя хворого, а не в жодному разі не необхідність взяття органів.

Не розв'язаними залишаються багато деонтологічних проблем. При цьому значна кількість медиків вважають, що лікар за жодних обставин не повинен прискорювати настання смерті, навіть у разі безнадійного стану хворого, інакше авторитет лікаря як захисника життя буде падати.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Психологічні аспекти залежності від психоактивних речовин.
2. Надцінні захоплення (азартна гра, інтернет-залежність), порушення режиму харчування.
3. Психологічні особливості залежних осіб у лікувальному процесі.
4. Сімейні та соціальні відносини залежних осіб. Поняття співзалежності.
5. Суїцидальна поведінка: психологічні аспекти.
6. Суїцидальна спроба і суїцид: мотиви, цілі.
7. Різновиди суїцидальної поведінки.
8. Своєчасне виявлення суїцидальних ідей та намірів.
9. Особливості суїцидальної поведінки дітей та підлітків.
10. Особливості суїцидальної поведінки невиліковно хворих.
11. Психологічні особливості суїцидальної поведінки психічно хворих та залежних осіб.
12. Психологічні аспекти помирання та смерті.
13. Поняття евтаназії, затриманої смерті. Медико-психологічні проблеми реаніматології.
14. Медико-психологічні проблеми трансплантології.



ПСИХОГІГІЄНА, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Усі повинні піклуватися про збереження власного здоров'я. Зберегти те, що дала нам природа, намагатися використовувати наявний у нас потенціал для повноцінного і гармонійного життя повинно бути природним прагненням кожної людини. Однак далеко не завжди і не всі професіонали керуються цим правилом, по-перше, для збереження власного психічного здоров'я і продуктивної діяльності, по-друге, для збереження психічного здоров'я іншої людини. На необхідності підтримання власного душевного здоров'я і рівноваги у взаємодії з навколишнім світом замислювалися ще античні мислителі. Демокрит підкреслював значення для психіки людини «гарного врівноваженого життя», Епікур називав це «атараксією» — спокоєм мудрої людини. Філософський світогляд практично завжди був пов'язаний з пошуком способів досягнення гармонії внутрішнього світу людини. Пізніше чинником, що стабілізував і певним чином гармонізував психічне, внутрішнє життя людини, стала релігія. Релігійний світогляд декларував систему організації внутрішнього світу людини. Через її прийняття і оволодіння цією системою можна було досягти гармонії людського духу і тіла або досягти рівноваги внутрішнього світу із навколишнім середовищем. У сучасному суспільстві, поряд із охороною здоров'я, релігійними інституціями і освітою, функцію зміцнення і збереження психічного здоров'я особистості і суспільства в цілому намагаються здійснювати за допомогою різних нетрадиційних напрямків медицини і галузей культових знань. Цікаво, що зараз явно збільшується попит на різноманітні методи психологічного і психічного оздоровлення. Не випадково велика кількість людей звертаються за допомогою до різних «духовних вчителів», екстрасенсів, «білих» і «чорних» магів, народних цілителів, серед котрих не так вже й багато чесних,

професійних, та й взагалі освічених людей. У побутовій свідомості присутнє розуміння психічної природи багатьох видів соматичної патології («куси хвороби від нервів»), і багато хто має на меті не лише позбавлення від різних фізичних хвороб. Як правило, до знахарів звертаються ті, хто вже втратив надію отримати допомогу методами традиційної медицини і сповнений прагнення досягти власне психічного здоров'я і рівноваги, гармонії із собою і з навколишнім світом. Звідси діагностика «вроків і поробленості», «відновлення позитивної енергетики» і подібні техніки, за допомогою яких людина намагається «знайти себе», загублену в результаті соціальних потрясінь, професійної деформації або причин суто особистого характеру. Необхідність пошуку шляхів виходу з особистісної кризи зумовлена потребою в самоактуалізації, усвідомленням деструктивного впливу чинників соціального середовища, до яких належать:

- високий темп життя і урбанізація;
- залучення нових професійних технологій;
- ускладнення професійної діяльності, зростання відповідальності;
- відсутність задоволення від професійної діяльності, її результатів;
- обмеження можливостей для творчості, професійної активності, інформованості;
- матеріально-побутові причини;
- екологічна обстановка та ін.

У зв'язку з цим сьогодні особливо гостро стоїть питання про створення системи психогігієнічних заходів для професіоналів, які працюють з людьми, і для тих, з ким вони працюють. Медичних працівників це питання стосується в першу чергу.

Психогігієною зазвичай називають науку про забезпечення, збереження і підтримання психічного здоров'я. Поняття «психічна гігієна» виникло в ХІХ ст. Початок психогігієнічного руху пов'язують з виступом К. Бірса, котрий тривалий час був пацієнтом психіатричної клініки і добре розумівся на недоліках поведінки лікарів у ставленні до хворих. Ще раніше фундамент для осмислення цієї проблеми заклав французький лікар Філіп Піпель (1745—1826), який започаткував гуманні методи утримання психічно хворих у психіатричній клініці, якою керував. Таким чином, психогігієна як наука виникла з медицини, що є цілком природно, тому що охорона здоров'я і його відновлення — два нерозривно пов'язаних між собою процеси. Існують різні класифікації розділів психогігієни. Виділяють **вікову психогігієну**: дитинства, юнацтва, зрілого віку (до неї

включають психогігієну праці), психогігієну людей похилого віку. Крім того, виділяють *психогігієну діяльності*: психогігієну розумової і фізичної праці, психогігієну навчання і виховання, психогігієну спортивну, інженерну, військову тощо. Також виділяють *психогігієну побуту і сімейних стосунків* і багато інших. Психогігієна зрештою стосується практично всіх аспектів людського життя і діяльності.

Наведемо деякі практичні психогігієнічні рекомендації з різних галузей психогігієни (за Р. Конечним, М. Боухалом).

1. У вихованні дітей: не перебільшувати вимоги і претензії, не перевантажувати, виховувати більше прикладами, вчинками, ніж словами, похвалами, заборонами і залякуванням; попереджувати, але не залякувати (наприклад, якщо дитина робитиме так-то або піде туди-то, з нею станеться щось жахливе). З іншого боку, не поступатись усім забаганкам дитини, не створювати довкола неї тепличні умови, не приховувати від неї проблеми та конфлікти, а краще продемонструвати на прикладі, як можна адаптивно вирішувати навіть складні конфлікти. Не залучати дітей до таких конфліктів і ситуацій, які вони нездатні зрозуміти і оцінити в силу свого віку. Намагатися, щоб діти на власному досвіді навчилися розуміти ціну речей і грошей, вести їх до самостійності і відповідальності. Не навіязувати передчасно дитині певний вид діяльності, до якої вона відчуває відразу або боїться (насамперед, це стосується занять різними видами спорту тощо). Підтримувати і розвивати у дітей любов до творчості і фізичної праці, що в подальшому може стати основою для улюблених занять у дорослому житті.

2. У сексуальному вихованні: вчасно надавати підліткам відповідну інформацію, робити це правдиво і тактовно, не супроводжуючи пояснення гасмничістю і сором'язливістю, не приховуючи того, що секс приносить у життя також проблеми, напруження і невпевненість, виховувати в молодих людях відповідальність за цей аспект свого життя.

3. У дорослих: сприяти створенню таких умов, які мають посилювати повагу до якісної роботи, сприяють справедливій оцінці гарних результатів праці; у стосунках між собою підтримувати коректне ділове ставлення, відкриту аргументацію; підтримувати ділову критику замість необігрунтованого авторитаризму. Виконання громадських функцій, якщо вони не пов'язані з надмірним навантаженням і розпорошеністю (мультифункціонерство), дає людині багатий досвід, розширює світогляд, вчить більш тверезому погляду на власні проблеми і робить більш витрива-

лим до особистих розчарувань і потрясінь. Особливе значення психогігієна має в професіях, в яких існує високий ризик професійної деформації та емоційного вигорання (медики, правоохоронці, вчителі та ін.).

4. У психогігієні велике значення має раціональне використання вільного часу. Наголошується на активному відпочинку, тобто на такій діяльності, що є контрастною, протилежною тій діяльності, якою людина займається на роботі: для працівника розумової праці — це фізичні вправи, фізична робота, спорт, заняття мистецтвом; для людей, що працюють фізично, більше значення має пасивний відпочинок, фізичний спокій з розслабленням м'язів та діяльність, що потребує розумового напруження: читання, телебачення, настільні ігри тощо. Активний відпочинок одного члена сім'ї не має постійно порушувати життя і зв'язки сім'ї. Надто дорогі захоплення можуть стати джерелом напруження і конфліктів з іншими членами сім'ї.

5. Партнерські і шлюбні стосунки базуються насамперед на більш чи менш адекватному виборі партнера. Правильність вибору ускладнюється тим, що ми обираємо партнера в той період, коли ще недостатнім є життєвий досвід, у стані закоханості не помічаємо вад і недоліків партнера. Іноді у шлюб вступають задля того, щоб якнайшвидше позбутися конфліктної атмосфери життя в батьківській родині (найчастіше це виявляється «шляхом з болота в калюжу»). Для гармонійного сімейного життя важливим є подібність інтересів і поглядів, не надто різний культурний і інтелектуальний рівень та відповідність особливостей характеру. Корисним є реальний погляд на партнера без надмірних ілюзій, толерантність до особливостей його характеру, терплячість і стриманість під час розв'язування конфліктів. Важливо, щоб подружжя не ізолювалося від своїх знайомих і друзів, з повагою ставилися до тих інтересів партнера, яких вони не поділяють, надавали перше місце особистим взаємостосункам, а не стосункам зі своїми батьками.

6. Психогігієна людей похилого віку. Останнім часом спостерігається значне збільшення тривалості життя. Однак ні біологічно, ні соціально це не означає подовження для більшості людей старшого віку емоційно спокійної, насиченої частини життя. У багатьох йдеться про подовження періоду втрати сил, хвороб і самотності. Для людей похилого віку притаманні загострення характерологічних рис (так, турботливість переростає у дрібязковість, щирість — у наївність, ощадливість — у скупість тощо). Знижується пластичність нервової діяльності, а з цим — здатність при-

стосовуватися до змін. Часто у людей старшого віку складається враження, що з їхніми інтересами і потребами майже не рахуються, вони відчувають себе знехтуваними. Вихід на пенсію, особливо у чоловіків, іноді супроводжується депресією, почуттям втрати сенсу життя, так званою життєвою фрустрацією. Позбавлені звичного робочого ритму люди стають пасивними, незадоволеними, похмурими. Звідси виник заклик до активної старості, сповненої діяльністю: безпосередньо роботою, пов'язаною з професією, чи улюбленою справою.

7. Деякі психологічні стосунки, стиль поведінки і стани дають можливість тимчасового відпочинку від напруження, проблем і конфліктів, полегшуючи умови для їх розв'язання. Сюди відносять:

- гумор, навіть так званий чорний, що перетворює трагічні сторони життя на їхню протилежність; гумор також дозволяє відсторонено подивитися на складні ситуації; не слід, однак, плутати гумор з кепкуванням;
- вправи із зосередження та психічного і фізичного розслаблення, наприклад автогенне тренування, медитативні техніки, йога;
- сон з дотриманням відповідних психогігієнічних правил: не надто висока температура в спальній кімнаті, свіже повітря, помірно твердий матрац, регулярність часу відходу до сну, виключення надмірного збудження перед сном, не наїдатися перед сном, не пити каву і чай;

8. Психогігієна стежить за обмеженням вживання токсичних речовин, наприклад, алкоголю, нікотину. Йдеться як про оздоровлення робочого і життєвого середовища (заборона або обмеження паління в установах і закладах, у місцях громадського відпочинку), так і про медичну просвіту окремих осіб і груп.

Недотримання психогігієнічних норм лікарями, зважаючи на особливу відповідальність, емоційну насиченість та високу стресогенність медичної професії, призводить до вкрай негативних наслідків для психічного і душевного здоров'я, а саме:

- психосоматичні розлади — безсоння, головний біль, коливання артеріального тиску, розлади травлення;
- зловживання психофармакологічними препаратами (як седативної, так і стимулювальної дії) — «від безсоння», «для зняття втоми» тощо;
- зловживання алкоголем, нікотином і кавою, що часто мотивується необхідністю релаксації після робочого дня і ще раз доводить наявність постійної психотравматизації;

• ознаки невротизації (апатія, тривожність, поганий настрій, дратівливість, непродуктивна метушливість тощо).

Крім наведених вище психогігієнічних рекомендацій, психогігієна медичних працівників містить такі умови для збереження фізичного і душевного здоров'я:

- задоволення змістом і результатами своєї діяльності;
- оптимальні умови праці (зазвичай цього досягти найважче);
- можливість релаксації (сон, відпочинок протягом робочого дня, індивідуальні способи розслаблення і концентрації);
- розподіл відповідальності між усіма членами колективу;
- комфортний мікроклімат у колективі, коли стосунки з колегами визначаються спільною метою, довірою і взаємодопомогою.

Професія лікаря завжди містила потужний освітній і виховний аспекти. Одна із ланок просвітницької роботи медиків полягає в поширенні загальних медичних знань, здійсненні психогігієнічних заходів серед широких верств населення. На жаль, соціально-економічні і політичні умови сьогодення є такими, що саме суспільне життя і його закони, навколишнє середовище є стресогенним фактором у психогігієні сучасної людини. Збільшується кількість самогубств, немотивованих актів агресії, психосоматичних захворювань. Наростає загальна невротизація населення, не кажучи вже про поширене зловживання алкоголю, наркотичних та лікарських засобів. У здоров'ї (особливо, психічному) мають бути зацікавлені не лише медичні працівники, але й вчителі, психологи, соціальні працівники, адміністрація і керівні установи — тобто всі.

Першочерговим завданням організації психогігієни є серйозна медико-просвітницька робота серед населення, яка включає викладання на більш високому рівні анатомії, фізіології та гігієни в школах та інших навчальних закладах. Необхідно ліквідувати елементарне неугіттю, що спричинює фантоми індивідуальної свідомості і підштовхує людей до звертання до різного роду шарлатанів. Необхідною є психологічна просвіта лікарів та медичного персоналу для гуманізації існуючого медичного підходу і зниження кількості ятрогенних впливів на пацієнтів.

Слід серйозно поставитися до психотравматизації в установах (особливо в школах і медичних закладах). Необхідно вивчати джерела психотравматизації та їх причини, розробляти систему заходів з їх усунення. Саме тому на підприємствах, де адміністрація зацікавлена у високій про-

дуктивності праці, уводять штатні одиниці психологів, проводять психологічні семінари та тренінги для працівників.

Слід створювати (чи розширювати вже наявну) мережу психологічних консультацій, психологічних служб різної спрямованості (для реабілітації жертв насильства, для надання допомоги у вирішенні сімейно-побутових проблем тощо), телефонів довіри. Мають бути створені реабілітаційні центри для професіоналів, які працюють з людьми, організовані для них тренінгові групи особистісного і професійного росту, забезпечені індивідуальне консультування і різні варіанти психотерапії. Велике значення в забезпеченні психогієни праці має також своєчасний і якісний професійний відбір із застосуванням сучасних експериментально-психологічних методик, психометричних та соціографічних даних.

Психопрофілактика — це розділ загальної профілактики. Психопрофілактичні заходи спрямовані на попередження виникнення психічних захворювань. Слід, однак, дещо розширити це визначення: профілактика не лише психічних захворювань, а й особистісних і професійних криз, що можуть бути наслідком деформівного впливу професійної діяльності чи деформованого спеціаліста. Здорова людина сприймає наявне у неї здоров'я як належне, з котрим, у принципі, нічого особливого не станеться. Тому часто вона нехтує психопрофілактичними попередженнями. Багато фахівців відзначали подвійне ставлення населення до профілактики: з одного боку, бажання бути здоровим, страх перед недугою, з іншого — потурання шкідливим звичкам, бажання отримати від життя якнайбільше задовольень і зручностей, страх перед можливими неприємними процедурами, пов'язаними з профілактичними заходами. Тим не менш, профілактичні заходи, пов'язані з попередженням деяких соматичних захворювань (наприклад, інфекційних), такі, як щеплення, медичні огляди, здійснюються більш-менш успішно. Що ж до спроб провести психопрофілактичні заходи (наприклад, бесіди, лекції), то часто вони сприймаються формально. У психопрофілактиці велику роль відіграють загальні профілактичні заходи: профілактика інфекційних захворювань, травматизму, інтоксикацій, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії.

Психопрофілактичні заходи можна розділити на три рівні.

1. Первинна (початкова) психопрофілактика. Система профілактичних заходів має бути спрямована на вивчення психотравматичних чинників. На предмет здатності призводити до травматизації вивчається професія в цілому (особливості професійної діяльності, професійне середовище),

навколишнє середовище, сімейні взаємовідносини та особистісні характеристики індивідів. На цьому рівні система психопрофілактики полягає у вивченні витривалості психіки до впливу шкідливих чинників навколишнього середовища та можливих шляхів збільшення цієї витривалості, а також попередження психогенних захворювань. У багатьох моментах заходи первинної психопрофілактики збігаються із психогієною. Сюди ж відносяться психогієна сім'ї і вагітних, своєчасне застосування методів лікувальної, педагогічної та психологічної діагностики і корекції.

2. Вторинна психопрофілактика полягає у контролі за розвитком ускладнень чи в запобіганні негативним наслідкам вже наявного психічного розладу чи психологічної кризи. Сюди входить своєчасна допомога хворим, які отримали психотравму, пережили кризову ситуацію, система діагностики і допомоги фахівцям, в яких спостерігаються ознаки СХВ чи СЕВ.

3. Третинна психопрофілактика — система заходів, спрямованих на запобігання втраті працездатності і на соціальну адаптацію у разі психічних розладів, психогенних захворювань, професійних та особистісних кризів, а саме йдеться про:

- професійну реабілітацію (пошук для професіонала нових ресурсів у професійній діяльності, можливостей професійного росту, у крайньому випадку — про можливу зміну професії);
- соціальну адаптацію (створення максимально сприятливих умов для хворої людини у разі її повернення у звичне оточення);
- пошук шляхів для самоактуалізації особистості (усвідомлення особою власних ресурсів розвитку, відкриття «другого дихання»).

Під психотерапією в широкому значенні цього слова слід розуміти лікування хворих із порушенням діяльності організму психологічними засобами: словом, мімікою, цілеспрямованим використанням зовнішнього середовища. У російськомовній літературі найчастіше зустрічається визначення, згідно з яким психотерапія є системою лікувального впливу на хворого, опосередкованою через психічну сферу (Б. В. Михайлов, 1998). У сучасній німецькомовній літературі побутує таке визначення психотерапії: психотерапія — це взаємодія між одним чи кількома пацієнтами і одним чи кількома психотерапевтами (відповідно освіченими і підготовленими) з метою лікування порушень поведінки чи хворобливих станів (переважно психосоціальної природи) психологічними засобами (зокрема, шляхом комунікації, як вербальної, так і невербальної) із застосуван-

ням доступних хворому прийомів, з цілком визначеною метою і на основі теорії нормальної і аномальної поведінки (Н. Н. Strotzka, 1982).

Немає сумніву в тому, що за допомогою психотерапії можна лікувати як психічні, так соматичні і психосоматичні захворювання. У психотерапії безпосередньо задіяні:

1. Психотерапевтичні засоби (емпатія, акцептація, розуміння, сугестія, виражені вербально і невербально). Найбільш показовою в сенсі використання психотерапевтичних засобів є індивідуальна психотерапія, коли психотерапевт діє за допомогою змістових стимулів соціально усвідомленої інтеракції: словом, паузою, жестом, посмішкою, виразом обличчя. Йдеться про психотерапію у власному сенсі слова. Про створення психотерапевтичних індивідуальних особистих і неповторних стосунків і процесу, котрий психотерапевт спрямовує так, щоб результатом його було усунення симптомів хвороби, або ж навіть корекція особистості, щоб запобігти відновленню симптомів у подальшому.

2. Посилення впливу психотерапії створенням *психотерапевтично дієвого середовища* (за допомогою лікаря).

Існує багато напрямків, методів і технік психотерапії, більшість з котрих потребує тривалого навчання і спеціальної фахової підготовки. Не слід ототожнювати психотерапію з концертними номерами гастролюючих гіпнологів або із задушевними розмовами «про життя» і порадами більш досвідченої особи. Кожен метод психотерапії — це ретельне й обережне застосування певних технік, але якщо їх використовують нефахівці, вони можуть нанести непоправну шкоду психічному, а разом з ним — і фізичному здоров'ю людини. Жодна людина при здоровому глузді не виконуватиме операцію апендектомії, прочитавши лише, як це робиться, так само мало хто звернеться до такого «хірурга-самоучки». Психіка людини — це тонка і складна організація, нефахове вторгнення в яку є надзвичайно ризикованим.

Отже, метою цього розділу не є навчання читача певним психотерапевтичним технікам, а лише висвітлення деяких з найбільш відомих і ефективних напрямків психотерапії.

Пропонуємо практичну класифікацію методів психотерапії (Б. В. Михайлов та ін., 2002).

I. Класичні методи.

1. Сугестивні.

1.1. Сугестія.

1.2. Гіпнотерапія.

1.3. Самонавіювання і автотренінг.

1.4. Емоційно-стресова психотерапія.

1.5. Плацебо-терапія.

2. Раціональна психотерапія.

3. Психоданаліз.

4. Поведінкова терапія.

II. Групова психотерапія.

III. Синтетичні методи (психотерапія «new wave»).

1. «Еріксоніанський» гіпноз.

2. Нейролінгвістичне програмування.

3. Гештальт-терапія.

4. Груповий аналіз.

5. Трансактний аналіз.

6. Когнітивно-біхевіоральна терапія.

7. Екзистенційна («гуманістична») психотерапія.

8. Психоданалітично-орієнтована психотерапія.

IV. Неокласичні методи.

1. Симультанно-мнестична психотерапія (психометодологія).

V. Опосередкована психотерапія.

VI. Фармакопсихотерапія.

1. **Сугестивна психотерапія** використовує інформаційний вплив на психічну сферу у вигляді навіювання. Навіювання, або сугестія, — це сприйняття суб'єктом інформації, що надходить ззовні, у повному обсязі, некритично, без суб'єктивно-особистісного перероблення. Процес акцепції (прийняття) суб'єктом сугестії опосередковується через специфічні нейропсихологічні і нейрофізіологічні механізми. Акцепція формул навіювання не зводиться до одного лише безпосереднього сприйняття, але «запускає» також процес запам'ятовування та механізми відстроченої реалізації, що функціонують практично автономно від волювої сфери пацієнта і сприймаються ним як самостійні психічні феномени. Слід зазначити, що акцепція навіювання можлива лише за певних психофізіологічних умов, а саме в стані зміненого рівня свідомості, що є обов'язковою умовою ефективності навіювання. У разі використання різних психотехнічних прийомів навіювання ступінь, а також характер зниження усвідомлення будуть неоднаковими, реалізуючись по-різному у стані бадьорості, у гіпнозі, в умовах медикаментозного чи природно-

го сну. Пропонуються різні класифікації навіювання: *гетеро-* і *автосугестія* (самонавіювання), навіювання *пряме, чи відкрите, і непряме, чи закрите*; навіювання *контактне і дистантне*. Провідною технікою сугестивної психотерапії є *гіпносугестія*, тобто проведення терапевтичного навіювання пацієнтам, що знаходяться в стані гіпнотичного сну. Крім того, важливим психотерапевтичним методом, що широко використовується з психопрофілактичною і психогігієнічною метою, є автогенне тренування, що полягає в тренуванні *м'язової релаксації* (основні вправи: «важкість» і «тепло»), *самонавіювання і самовиховання*. Сугестивною за своєю суттю є також *емоційно-стресова терапія (імперативна сугестія)*, що найбільш ефективно застосовується в лікуванні залежності від психоактивних речовин (зокрема, імперативна сугестія лежить в основі відомого методу лікування алкогольної залежності за О.Р. Довженком). Матеріально-опосередкованою, непрямую сугестією є *плацебо-терапія*, що полягає в реалізації сугестії, коли терапевтичні можливості приписуються реальному, але не наділеному такими властивостями предмету чи явищу; у більш вузькому сенсі під плацебо розуміють фармакологічно індиферентну речовину, що імітує лікарський засіб. Сугестивні методи складають основу також деяких методик психотерапії «нової хвилі»: «еріксоніанський» гіпноз, нейролінгвістичне програмування; фармакопсихотерапії: паркопсихотерапія, або наркосугестія.

2. Інший напрямок психотерапевтичних впливів утворює **раціональна психотерапія**. На відміну від сугестії вона спрямована на активну пізнавальну активність пацієнта і полягає у використанні логічної здатності пацієнта проводити зіставлення, робити висновки, доводити їхню обґрунтованість. Основним саногенним феноменом раціональної психотерапії є переконання, в результаті якого у пацієнта з'являється розуміння, усвідомлення помилковості своїх уявлень про патогенез наявного у нього захворювання. Основними формами і деякою мірою етапами раціональної психотерапії є:

- пояснення і роз'яснення;
- переконання — корекція не лише когнітивного, але й емоційного компонента ставлення до хвороби;
- переорієнтація — досягнення більш стабільних змін в установках хворого, його ставленні до хвороби у зв'язку зі змінами в системі цінностей;

• психагогіка - переорієнтація більш широкого плану, що створює позитивні перспективи для пацієнта поза хворобою.

На сьогоднішній день раціональна психотерапія як самостійний психотерапевтичний метод майже не застосовується, але входить до структури багатьох інших синтетичних психотерапевтичних методів. А також активно використовується як загальні психотерапевтичні впливи (в бесіді лікаря з хворим, родичами хворого тощо).

3. **Психоаналіз** є методом психотерапії, в основі котрого лежить виявлення особливостей переживань і дій людини, зумовлених неусвідомленими мотивами. На основі класичного психоаналізу сформувалися аналітична психологія (К. Г. Юнг) та індивідуальна психологія (А. Адлер). Класичний психоаналіз заснований на таких постулатах:

- структура особистості з детермінованим внутрішнім конфліктом;
- метод вільних асоціацій;
- «вільноплинна» увага аналітика;
- символіка тлумачення сновидінь;
- правило утримання і дотримання терапевтичних меж.

Важливим поняттям у психоаналізі є *опір*, що означає протидію в ході аналізу перетворенню безсвідомих процесів на свідомі; опір є повторенням тих захисних операцій, котрі пацієнт використовував досі в своєму житті. Одним з важливіших феноменів класичного психоаналізу є *перенесення (трансфер)*, під яким слід розуміти перенесення на психоаналітика почуттів, які пацієнт мав до інших значущих людей (особливо в ранньому дитинстві). 3. **Фрейд** вбачав у перенесенні суттєву частину терапевтичного процесу: «Зрештою кожен конфлікт слід перевести у сферу перенесення». У відповідь на перенесення пацієнта у лікаря формується реакція *контрперенесення*. Термін «аналізування» включає в себе чотири основні процедури:

- конфронтація — пацієнту потрібно показати, що він уникає чогось, він має розрізняти той психічний феномен, що є предметом аналізу;
- класифікація (прояснення) — чітке фокусування значущих деталей;
- інтерпретація — перетворення неусвідомлених деталей на усвідомлені, при цьому аналітик часто використовує власне безсвідоме, емпатію та інтуїцію, так само як досвід і теоретичні знання;
- ретельне пророблення, комплекс процедур і процесів, що мають місце після інсайту, — часто найскладніша і тривала робота, пов'язана за-

звичай із подоланням опору, і спрямована на те, щоб розуміння привело до змін, і на створення стійких структурних змін.

Методологічно близькою до психоаналізу є *психоаналітична психотерапія*, яка також досліджує психодинаміку, вивчає ідеї, імпульси, емоції і захисні механізми. Психоаналітична терапія також використовує інтерпретацію, але менше зосереджується на перенесенні, а більше — на подіях актуального життя. Крім того, психоаналітична терапія центрується на поточній інтерперсональній активності, тоді як психоаналіз намагається відновити події з минулого життя пацієнта.

4. Поведінкова (біхевіоральна) психотерапія полягає у тренінговому, позитивному ефекті, що базується на феномені угасання реакції. Усі техніки поведінкової терапії орієнтовані на навчання як на основний феномен. Першою теорією, закладеною в основу поведінкових методів, є *класичне обумовлення*, пов'язане з роботами І.П. Павлова, та *оперантне обумовлення* (Е. Торндайк, Б. Скіннер). Для класичної поведінкової психотерапії проблема особистості — це насамперед проблема поведінки. Основна форма проведення — поведінковий тренінг, який може проводитись як в індивідуальній, так і в груповій формі, і має ряд постійних особливостей:

а) постановка мети (пацієнт визначає, яку саме поведінку він хотів би змінити; поки не досягнуто однієї мети, переходити до іншої не слід);

б) вимірювання і оцінювання проблем — вчить пацієнта аналізувати, що передує проблемній поведінці, як і коли вона проявляється, які її наслідки; вплив на кожну з ланок цього поведінкового ланцюжка на будь-якому етапі може привести до позитивних наслідків;

в) психотерапевтичні прийоми: ролеві ігри; чітка тематична побудова занять; об'єднання ролевих ігор з трансактним аналізом; інтегративний підхід з використанням техніки гештальт-терапії і психодрами;

г) репетиція поведінки — основна методика поведінкового тренінгу, що полягає в ролевому програванні складних ситуацій із застосуванням оперантного і спостережного навчання та підкріплення бажаної поведінки;

д) домашня робота — перенесення поведінкових змін у зовнішній світ, «екологічна перевірка» набутих навичок.

Зараз більшого значення набуло поєднання когнітивного і поведінкового методу з трансформацією в *когнітивно-біхевіоральну психотерапію* (за основу беруться не тільки і не стільки поведінкові відхилення, як ло-

гічні відхилення, помилкові судження та їх корекція). Елементи когнітивно-біхевіористських уявлень присутні також у методі *нейролінгвістично-го програмування* (в основі методу — сугестивне потенціювання ідеомоторних стереотипів і ритмічних словесних структур шляхом прихованих «вбудованих» команд).

Синтетичним методом, що включає в себе елементи майже всіх класичних психотерапевтичних методів, є *гештальт-терапія*. Основними теоретичними концептами цього виду терапії є «*гештальт*» (цілість) та «співвідношення фігури і фону». Ідея одного із засновників гештальт-психології К. Гольдштейна полягає в тому, що людина і середовище в кожний конкретний момент складають єдине ціле, отже, співвідношення фігури і фону можна використовувати в терапевтичних цілях для усвідомлення і мотивації людської поведінки. У момент максимального переживання почуття, що є «фігурою», тобто домінує над іншими, відбувається завершення гештальту. «Незавершений» гештальт домінуватиме і визначатиме поведінку і переживання людини, доки гештальт не буде відредагований.

Майже всі види психотерапії можуть проводитися в *індивідуальній* і *груповій* формах. Існують такі систематики психотерапевтичних груп:

1. За складом

- Гетерогенні (учасники мають неоднорідні особливості).
- Гомогенні (учасники однотипні, наприклад, усі — невротики).

2. За формою

- Відкриті (рекомендовані для первинного введення в групу «новачків» або для підтримання після короткофокусної терапії).
- Закриті (з чітко зумовленими проблемами і сталим складом учасників, стандартна тривалість — 3—6 міс).

• Напіввідкриті групи.

3. За кількістю учасників

- Мікрогрупи (2—4 людини).
- Оптимальна за величиною група — 8—10 учасників.
- Максимальна кількість учасників групи — 15.

На відміну від індивідуальної психотерапії групова психотерапія характеризується своєю груповою динамікою.

- Структурування групових процесів — у процесі терапії група розпадається на угруповання, тотожні за функціями підструктурам особистості (Ід, Его, супер-Его) аж до крайньої поляризації групи.

ПСИХОГІГІЄНА, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

- Групова символізація як прояв групового колективного несвідомого.
- Резонанс як характерний спосіб вибіркової безсвідомої комунікації.
- Регресія у формі «вільного плавання» в колективних фантазіях або спробах порушити «рамкові умови».

• Групові конфлікти: між учасниками; між учасниками і ведучим; специфічні конфлікти, коли один і той самий хворий проходить і індивідуальну, і групову терапію з одним психотерапевтом.

Теми групових конфліктів можуть бути різноманітними, наприклад:

- кількість часу, повага і доброзичливість, приділені терапевтом персонально кожному учаснику групи;
- боротьба за позицію «помічника» терапевта;
- несвідома конкуренція за місце «найважчого хворого», «найбільш складного» тощо;
- залежність і автономія в групі.

Групи самодопомоги складаються з осіб, які бажають подолати специфічну проблему життєвої кризи. Зазвичай зайняті певною проблемою такі групи не намагаються надто глибоко досліджувати індивідуальну психодинаміку або радикально змінювати поведінку. Але такі групи покращують емоційний стан і підвищують якість життя багатьох людей. Визначальною рисою групи самодопомоги є її гомогенність. Через схожість проблем і порушень у членів групи спостерігається висока відповідальність один перед одним, взаємопідтримка. Розвиваються властиві таким групам особливі характеристики, що, можливо, і забезпечують «магічне зцілення». Прикладами груп самодопомоги є: Анонімні Алкоголіки, Анонімні Гравці, Анонімні Ненажери тощо. Групи йдуть назустріч потребам своїх членів, забезпечуючи їм визнання, взаємну підтримку та допомогу в подоланні патернів дезадаптивної поведінки чи патологічних станів.

ТЕМИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення поняття психогігієни. Чинники, що зумовлюють психологічний дискомфорт людини.
2. Основні розділи психогігієни: вікова, праці і побуту, сім'ї і сексуального життя. Їх зміст і застосування.
3. Психогігієна медичного працівника, її значення.

ПСИХОГІГІЄНА, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

4. Зміст психопрофілактики, особливості.
5. Первинна та вторинна психопрофілактика.
6. Роль лікарів загальної практики в профілактиці психологічних проявів. Реабілітація соціальна і професійна. Адаптація та компенсація.
7. Психотерапія як галузь медичної психології та медицини. Основні сучасні методи і принципи психотерапії.
8. Сугестивна психотерапія, гіпнотерапія, автотренінг.
9. Непряма психотерапія, плацебо.
10. Раціональна психотерапія.
11. Поведінкова та когнітивно-біхевіоральна психотерапія.
12. Психоаналіз та методи психоаналітичної психотерапії.
13. Синтетичні методи «нової хвилі»: гештальт-терапія, НЛП.
14. Поняття індивідуальної та групової терапії.
15. Психотерапевтичні методи корекції внутрішньої картини хвороби.
16. Психологічна допомога у кризові періоди.



ЛІТЕРАТУРА

1. Александров А. А. Современная психотерапия. — М.: Медицина, 1998. — 335 с.
2. Айзенк Г. Проверьте свои способности / Пер. с англ. Лука А. Н., Хорова И. С. — М.: Мир, 1972. — 176 с.
3. Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. — М.: Медицина, 1967. — 239 с.
4. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія. Підручник для студентів медичних вузів. — К.: Здоров'я, 1994. — 294 с.
5. Вітенко І. С., Вітенко Т. І. Основи психології. — Вінниця: Нова книга, 2001. — 256 с.
6. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики — сімейного лікаря. — Харків: Золоті сторінки, 2002. — 388 с.