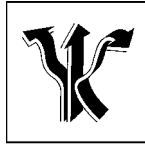


МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

Л. О. ФЕДОСОВА

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2013

Рецензенти: *А. П. Чуприков*, д-р мед. наук, проф.
Ю. В. Руть, д-р мед. наук
Ю. І. Нікітін, канд. мед. наук, доц.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії
управління персоналом (протокол № 1 від 25.01.12)*

Федосова Л. О.

Клінічна психологія : навч. посіб. / Л. О. Федосова. —
К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. — 248 с. — Бібліогр. :
с. 241–247.

ISBN 978-617-02-0115-7

Висвітлено питання формування сучасної клінічної психології. Розглянуто фундаментальні поняття виявів психічної патології, основні паталогічні симптоми й синдроми психічних розладів, порушення психіки при соматичних захворюваннях, загальне уявлення про психосоматичну медицину. Викладено проблеми, пов'язані з особливостями психосоматичних пацієнтів та можливості психологічної допомоги в структурі комплексного лікування.

Для студентів вищих навчальних закладів.

© Федосова Л. О., 2013
© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2013
© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2013

ISBN 978-617-02-0115-7

ЗМІСТ

Вступ.....	7
------------	---

ЧАСТИНА I

Клінічна психологія: предмет і завдання, значення для медицини. Коротка історія розвитку клінічної психології. Феноменологія клінічних виявів	8
--	----------

Розділ 1. Фундаментальні поняття медичної психології.

Клінічне опитування пацієнта, принципи, етапи	8
1.1. Функціональні поняття, об'єкт, предмет клінічної психології.....	8
1.2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками.....	9
1.3. Методологічні принципи клінічної психології	11
1.4. Структура патопсихологічного синдрому	15

Розділ 2. Клінічні вияви психічної норми

та патології.....	18
2.1. Історія питання.....	18
2.2. Визначення та критерії психічного здоров'я	19
2.3. Підходи до визначення психічної норми і патології.....	20
2.4. Діагностичні принципи-альтернативи	24

ЧАСТИНА II

Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери	37
--	-----------

Розділ 3. Основні симптоми та синдроми розладів психіки:

порушення сприйняття та мислення, емоцій, волі, потягів	37
3.1. Розлади відчуттів та сприйняття.....	37

3.2. Розлади мислення	45
3.3. Розлади емоцій	60
3.4. Розлади ефекторно-вольової сфери та потягів	65
<i>Розділ 4. Основні симптоми та синдроми розладів психіки:</i> порушення пам'яті, інтелекту, свідомості, ознаки дефіцитарності психічних функцій	77
4.1. Розлади пам'яті та уваги	77
4.2. Розлади інтелекту	83
4.3. Синдром розладу свідомості	87
<i>Розділ 5. Основні симптоми та синдроми розладів психіки:</i> особистість, розлади особистості	95
5.1. Розлади особистості (психопатії). Акцентуації. Визначення понять.	95
5.2. Діагностичні критерії і диференціальна діагностика	107

ЧАСТИНА III

Психосоматичні та соматопсихічні розлади.

Психогігієна та психопрофілактика	111
--	------------

<i>Розділ 6. Психосоматична медицина, порушення психіки при соматичних захворюваннях</i>	<i>111</i>
6.1. Психоматичні й соматопсихічні розлади	111
6.2. Класифікація	115
6.3. Клініка	120
6.2. Профілактика	134

<i>Розділ 7. Психологічні особливості та порушення психіки в осіб із захворюваннями органів дихання, серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту</i>	<i>135</i>
7.1. Бронхіальна астма та гіпервентиляційний синдром	135
7.2. Інфаркт міокарда	137
7.3. Кардіофобія та функціональні порушення серцевого ритму	138

7.4. Гіпертонія і гіпотонія.....	139
7.5. Виразка шлунка та дванадцятипалої кишки.....	143
7.6. Виразковий коліт і хвороба Крона.....	145
7.7. Обстипація.....	147
<i>Розділ 8.</i> Психологічні особливості та порушення психіки в осіб із хворобами ендокринної системи та функціональними сексуальними розладами	149
8.1. Цукровий діабет	149
8.2. Сексуальні розлади	150
<i>Розділ 9.</i> Психологічні особливості та порушення психіки в осіб з больовим синдромом (головний біль та біль у спині) та розладами харчової поведінки	153
9.1. Головний біль і мігрень	153
9.2. Ревматоїдний артрит і ревматизм	154
9.3. Грижа міжхребцевого диска.....	155
9.4. Нервова анорексія та булімія	157
9.5. Ожиріння	159
<i>Розділ 10.</i> Психічне реагування на захворювання і психологія соматично хворого. “Внутрішня картина хвороби”	161
<i>Розділ 11.</i> Психологічні особливості хірургічного, терапевтичного, травматологічного пацієнта. Медико-психологічні аспекти соматичних хвороб.....	176
11.1. Психологічні особливості хворих з різними соматичними захворюваннями	176
11.2. Онкологічна патологія.....	177
11.3. Терапевтична патологія.....	189
11.4. Хірургічна патологія	194
11.5. Дефекти тіла та органів чуття.....	197
<i>Розділ 12.</i> Вікова клінічна психологія.....	201

<i>Розділ 13.</i> Психогігієна. Психопрофілактика.	
Види психопрофілактики.	
Психопрофілактика психічних захворювань	232
Список використаної	
і рекомендованої літератури	241

ВСТУП

Навчальна дисципліна “Клінічна психологія” є складовою програми професійної підготовки студентів-психологів.

Мета вивчення дисципліни — ознайомити слухачів із сучасними теоретичними уявленнями та практичними напрацюваннями в галузі психологічної діяльності в системі охорони здоров'я.

Психологічна допомога в медичній практиці полягає в клініко-психологічному дослідженні й оцінці стану пацієнта, аналізі психологічних і психосоматичних аспектів хвороби та психологічній допомозі із застосуванням сучасних аспектів психотерапії, психопрофілактики, психогігієни.

Сучасна клінічна психологія вивчає фундаментальні поняття виявів психічної патології, основні патологічні симптоми й синдроми психічних розладів, порушення психіки при соматичних захворюваннях, загальне уявлення про психосоматичну медицину, особливості психосоматичних пацієнтів та можливості психологічної допомоги в структурі комплексного лікування.

Знання, отримані в результаті вивчення курсу “Клінічна психологія”, дадуть можливість свідомого й більш функціонального впровадження у вітчизняну медичну та психологічну практику ефективних методик допомоги пацієнтам, що є основою для подальшого поглиблення фахової спеціалізації психологів.

ЧАСТИНА I

Клінічна психологія: предмет і завдання, значення для медицини. Коротка історія розвитку клінічної психології. Феноменологія клінічних виявів

Розділ 1. Фундаментальні поняття медичної психології. Клінічне опитування пацієнта: принципи, етапи

1.1. Функціональні поняття, об'єкт, предмет клінічної психології

У міжнародному посібнику з клінічної психології за загальною редакцією Пере і Баумана наводиться визначення:

Клінічна психологія — це психологічна дисципліна, предметом якої є психічні розлади і психічні аспекти соматичних розладів (хвороб).

Клінічна психологія включає наступні **розділи**:

- етіологію (аналіз умов виникнення розладів);
- класифікацію;
- діагностику;
- епідеміологію;
- інтервенцію (профілактику, психотерапію і реабілітацію);
- охорону здоров'я;
- оцінку результатів.

В англomовних країнах, як синонім до поняття “клінічна психологія”, використовується термін “патологічна психологія” (*Abnormal Psychology*). Шрамль одним із перших у німець-

ко-мовних країнах запропонував розглянути клінічну психологію ширше, ніж просто психологію в клініці. Поряд з клінічною психологією в університетах окремих західних країн викладається медична психологія. Зміст її включає застосування знань і методів психології для вирішення проблем медицини (передусім пов'язаних із пацієнтом і взаєминами “лікар–пацієнт”). До неї відносять профілактику хвороб та охорону здоров'я. В інших випадках медична психологія (поведінкова медицина) досліджує психічні аспекти соматичних розладів.

В Україні відповідно до державного освітнього стандарту: **клінічна психологія** — спеціальність широкого профілю, що має міжгалузевий характер і бере участь у вирішенні комплексу завдань у системі охорони здоров'я, народної освіти та соціальної допомоги населенню.

Об'єкт клінічної психології — людина з труднощами адаптації та самореалізації, пов'язаними з її фізичним, соціальним і духовним станом.

Предмет професійної діяльності клінічного психолога — психічні процеси і стани, індивідуальні й міжособистісні особливості, соціально-психологічні феномени, які виявляються в різних галузях людської діяльності.

Клінічний психолог виконує такі види діяльності:

- діагностичну;
- експертну;
- корекційну;
- профілактичну;
- реабілітаційну;
- консультативну;
- науково-дослідну тощо.

1.2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками

Базисними науками для клінічної психології є: *загальна психологія* і *психіатрія*. Предмет наукових досліджень клінічної психології та психіатрії — психічні розлади. Однак клінічна психологія займається і такими порушеннями, які не рівноцінні хворобі (наприклад, проблеми шлюбу й парт-

нерства), а також психічними аспектами соматичних розладів.

Клінічна психологія впливає на розвиток теорії та практики *психіатрії, неврології, нейрохірургії, внутрішніх хвороб та інших медичних дисциплін*.

Патопсихологічні розлади часто виявляються в екстремальних умовах, що вивчається іншими психологічними науками (наприклад, *авіаційною та космічною психологією*). У зв'язку з цим було запропоновано термін *екстремальна психологія*. На думку Платонова, *патопсихологія* вивчає аномальну особистість у нормальних умовах, а *екстремальна психологія* — нормальну особистість в аномальних умовах.

Патопсихологія межує з *нейропсихологією*. Предмет нейропсихології — вивчення динамічної локалізації психічних функцій, співвідношення психологічних функціональних структур з морфологічними мозковими макро- і мікроструктурами в нормі, які розуміються через патологію.

Поведінкова неврологія (Behavioral Neurology) — галузь неврології, яка вивчає вплив захворювань мозку на поведінку людини і, особливо, на вищі кіркові або когнітивні функції. Діагностика включає методи клінічної психології та нейропсихології, що об'єднує ці дисципліни.

Психофармакологія і клінічна психологія вивчають психопатологічні розлади і способи їх лікування. Крім того, лікарське лікування завжди має на пацієнта позитивну чи негативну психологічну дію (наприклад, плацебо-ефект).

До системи загальної клінічної діагностики належить психологічна діагностика (насамперед у психіатрії), яка близька до *судово-медичної психології та психіатрії*. При цьому слід мати на увазі і *юридичну психологію*. Галуззю клінічної психології є *психологічна трудова експертиза*, яка поділяється на *профорієнтацію, профконсультацію, профвідбір, працевлаштування інвалідів*. Психологічна трудова експертиза — це один із розділів *психології праці*.

Медико-психологічна профорієнтація і профконсультація підлітків пов'язана з *педіатрією та шкільною гігієною*, щодо осіб

похилого віку — з *геріартрією* та *психогігієною*. Своєю чергою, психогігієну можна розглядати і як самостійну дисципліну і як розділ клінічної психології.

Медична педагогіка — суміжна з медициною, психологією і педагогікою галузь. Предмет медичної педагогіки — навчання, виховання і лікування хворих дітей — дефектопедагогіка з галузями олігофрено-, сурдо- й тифлопедагогіки.

Психотерапія становить окремий випадок клініко-психологічної інтервенції (втручання).

1.3. Методологічні принципи клінічної психології

Методологія — система принципів і способів організації та побудови теоретичної і практичної діяльності. Методологія включає такі конкретно-наукові прийоми дослідження: спостереження, експеримент, моделювання тощо. Вони реалізуються у спеціальних процедурах — методиках отримання наукових даних. Клінічна психологія спирається на методологію і методи загальної психології.

У психіатрії до основних методів діагностики відносять:

- **клінічний психіатричний** — включає огляд, бесіду (вивчення суб'єктивного анамнезу і психічного статусу), динамічне спостереження та збір об'єктивних анамнестичних відомостей;
- **експериментально-психологічний** — складається з психометричних, проєктивних, нейропсихологічних методів дослідження:
 - *психометричні* методи орієнтовані на “кількісне” вивчення особистісних властивостей і характеристик психічного стану;
 - *проєктивні* методи спрямовані на вивчення підсвідомих психічних процесів;
 - *нейропсихологічні* методи призначені для оцінювання психічних функцій при “вогнищевих” ураженнях головного мозку;
- **психофізіологічний** — вивчає показники розумової та фізичної працездатності;

- **додаткові** — електрофізіологічні, лабораторні, рентгенологічні, генетичні, епідеміологічні, “нетрадиційні” (рефлексодіагностичні, “енергоінформаційні” та ін.).

Патопсихологічне дослідження включає в себе експеримент, бесіду, спостереження, аналіз історії життя та історії хвороби (анамнез виду і анамнез морбі відповідно), порівняння отриманих даних для визначення патогенетичного та диференціального діагнозу. Методи патопсихологічного дослідження визначаються завданням виділення провідного симптому. Можливий набір методик з'ясовується у процесі розмови з хворим під час збору анамнезу.

Патопсихологічні тести (стимуляційний матеріал з описом) зібрані в “Атласі для експериментального дослідження відхилень у психічній діяльності людини” (за редакцією Поліщука та Відренко, Київ), а також у книзі “Експериментально-психологічне дослідження психічної діяльності хворих” (С. Я. Рубінштейн).

При оформленні **патопсихологічного висновку** потрібно враховувати наступне:

- 1) патопсихологічні методики побудовані за принципом функціональних проб, спрямованих на вивчення певної функції; результати функціональних проб ніколи не інтерпретуються окремо, тобто важлива їх комплексна характеристика;
- 2) отримані результати потребують не стільки кількісної, скільки якісної роботи — оцінки мотивації пацієнта, його ставлення до досліджень і ступеня критичності до своїх помилок;
- 3) отримані результати інтерпретуються в контексті історії життя і в контексті розвитку захворювання.

Мета патопсихологічного дослідження — визначення патопсихологічного синдрому, який представляє собою стійку, внутрішньо пов'язану сукупність окремих симптомів, яка виявляється в емоційному реагуванні та пізнавальній діяльності хворого.

Синдромальний підхід — виявлення окремих симптомів, що визначають клінічну картину загалом (наприклад, підвищена виснажливність нервових процесів при дифузному ураженні

кори головного мозку призводить до виснаження уваги, нестійкості мнестичних слідів (у пробі на механічне запам'ятовування відтворюється 4, 5, 6 слова з 10), порушень емоційно-вольової сфери (нестійкість настрою, виснажливність емоційних реакцій), патології мислення у вигляді непослідовності суджень, змін особистості по типу звуження сфери мотивів.

Психологічний експеримент спрямований на дослідження людини (яка реально діє), а не на вимірювання окремих психічних процесів. Психологічний експеримент — це якісний системний аналіз різних форм порушень психіки, розкриття механізмів порушень діяльності та визначення можливостей її відновлення. **Системний якісний аналіз** передбачає оцінку основних порушень, які лежать за розпадом мислення, порушенням пам'яті та розладами особистості (наприклад, при шизофренії надмірне абстрагування, емоційна вихолощеність, шизофренічні порушення мислення — всі порушення розглядаються цілісно).

Тобто **основним принципом патопсихологічного дослідження** є системний, якісний аналіз дослідження порушень психічної діяльності (оцінюється все з точки зору особистості взагалі). Інший важливий принцип — різноманітність і велика кількість методик, що використовуються у процесі дослідження. Таким чином, досягається вірогідність дослідження, оскільки один висновок підтверджується кількома методиками.

Порушення не існують ізольовано, вони накладають відбиток на особистість загалом. Наприклад, наявність судинних захворювань призводить до зниження пам'яті, змін поведінки, емоційного реагування у вигляді афективності тощо.

У процесі розпаду психіки одні симптоми, звичайно, викликають інші. Неможливо існування окремих порушень. Тому набір патопсихологічних методик, що використовуються, повинен виявляти всі взаємопов'язані порушення на різних рівнях.

Будь-яка методика дає змогу розмірковувати над різними формами психічних порушень, виявляти різнопланову інформацію. Наприклад, почергове віднімання від 100 до 7 досліджує

цілеспрямованість, установку, виснажливість та інші особливості психічної діяльності підекспертних.

Будь-яка методика поліфункціональна. **Специфіка патопсихологічного дослідження** — поліфункціональні проби. При цьому патопсихологічні методики відносно прості — оцінюють нижню межу норми.

Вибираючи психологічні методи, потрібно брати до уваги:

- 1) якщо метою дослідження є диференційна діагностика, визначення глибини психічного дефекту, вивчення ефективності терапії, то вибір методів визначається особливостями порушення, яке припускається;
- 2) освіту хворого і його життєвий досвід (наприклад, недостатньо грамотному досліджуваному не слід давати завдання за методом утворення складних аналогій);
- 3) особливості контакту з хворим (так, при обстеженні хворих зі слабким слухом переважно використовуються завдання, розраховані на зорове сприйняття).

Етапи психологічного дослідження:

1. Вивчення історії хвороби, бесіда з лікарем і конкретизація завдання дослідження.
2. Проведення патопсихологічного дослідження.
3. Обробка та аналіз даних патопсихологічного дослідження.
4. Опис результатів, висновок психологічного дослідження (у межах компетенції психолога).

Тривалість безперервного патопсихологічного дослідження не повинна перевищувати 2 години, а при підвищеній виснажливості хворих, особливо похилого віку, може тривати не більш як 30–40 хвилин. Зазвичай психологічне дослідження вимагає в середньому 3,5–4 години. Тому його доводиться проводити протягом двох, а іноді й трьох-чотирьох днів. У разі виникнення труднощів щодо включення хворого в дослідження і при підвищеній виснажливості загальний час дослідження може бути скорочено за рахунок зменшення кількості методів. Так, час дослідження інтелектуальної діяльності за допомогою стандартизованого набору може бути скорочено вдвічі за раху-

нок пред'явлення тільки парних або непарних завдань тесту, результати застосування яких високо корелюють між собою. Ще більше можливості для скорочення часу дослідження представляють нестандартизовані методи.

1.4. Структура патопсихологічного синдрому

Патопсихологічний синдром визначається за наступними параметрами:

1. Оцінювання порушень мотиваційної сфери особистості:

- широта або вузькість мотивації (професійна, сімейна тощо);
- спрямованість мотивації (особиста егоцентрична та ін.);
- усвідомленість;
- активність;
- ієрархічність;
- динамічність;
- цілеспрямованість;
- підконтрольність;
- критичність;
- опосередкованість (безпосередність).

Традиційно *провідною мотивацією* у чоловіків вважалася професійна, у жінок — сімейна. *Цілеспрямованість* мотивації пов'язана з напруженістю мотивації. *Спрямованість* — особисту егоцентричну мотивацію — реалізувати складніше. *Усвідомленість* мотивації знижується упродовж усього спектра психічних порушень (від грубих до незначних). *Усвідомленість* мотивів призводить до цілеспрямованої поведінки. *Активність* — рівень спонукань до діяльності (наприклад, за ендогенної депресії людина розуміє, що потрібно щось робити, але не в змозі це виконувати). *Підконтрольність* пов'язана з довільною регуляцією мотивації. *Критичність* — здатність адекватно оцінювати всі рівні особистісної регуляції поведінки: мотиваційний, характерологічні та операціональні. В судово-психологічній експертизі критичність як здатність організувати свою поведінку є інтегральним показником. *Опосередкованість* мотивації характеризуються соціальними нормами. *Безпосеред-*

ність характерна при психопатичній особистості: “Я хочу і я це зроблю!”

2. Особливості афективного (або емоційного) реагування характеру особистості:

- спектр емоційного реагування;
- інертність або нестійкість;
- емоційна реактивність;
- підконтрольність;
- експресивні характеристики;
- чуйність до тону спілкування.

Емоційне реагування: або постійно знижений фон настрою, або незмінно підвищений, або беземоційність. На основі характеристики спектра і сили емоційного реагування можна визначати акцентуацію:

гіпертимія — позитивний емоційний спектр, інтенсивність емоцій;

дистимія — негативна частина емоційного спектра, інтенсивність емоцій;

істероїдність — лабільність;

епілептоїдність — застрягання, інертність;

шизоїдність — відсутність емоційного резонансу;

психостеноїдність — схильність реагувати тривогою на всі впливи середовища (“гумор шибеника” — характерно піджартування над собою).

3. Операційне оснащення — збереженість інтелектуально-мнестичної діяльності:

- відповідає чи не відповідає віковій нормі;
- у патопсихології оцінюється інтелект (запас знань) і характеристики мислення (операції абстрагування, класифікації, синтезу, здатність до категоризації понять — узагальнення).

4. Динамічний аспект діяльності:

- рівномірність темпу виконання завдань;
- збереження рівня продуктивності у процесі взаємодії;
- динамічні характеристики (уповільнена впрацьовуваність);
- темпові характеристики (уповільнення мислення).

Наприклад, при *маніакальному стані* страждає динамічна сторона діяльності: скачка ідей, неспроможність довести висловлювання до кінця; для *депресивного стану* теж характерно недодення думок до кінця; *епілетоїди* говорять короткими фразами: довга фраза, динаміка для них важко доступна; при *ендогенній депресії* спостерігається зниження рухливості нервових процесів, темпу, характерно почуття провини (для порівняння — невротик: “усі погані, а я хороший”, депресія: “я гірше всіх” (неповноцінність, неспроможність).

При оцінці патопсихологічного синдрому **основне завдання** — виділити провідний симптом, який визначає синдромоутворення. Провідним симптомом може бути: підвищена виснажливність, порушення емоційної регуляції, гіпосоціальна установка (наприклад, у істерика — думає про себе, а не про недавно народжену дитину).

Усі характеристики розглядаються в контексті взаємодії пацієнта з психологом, і на основі цього формується диференціальний діагноз.

Контрольні питання

1. Кваліфікаційна характеристика медичного психолога.
2. Місце медичного психолога у психології та медицині.
3. Методи дослідження в медичній психології.
4. Принципи та етапи клінічного опитування пацієнта.
5. Феноменологія клінічних виявів.
6. Феноменологічний принцип обстеження хворого.
7. Первинне інтерв'ю, психологічне консультування.

Розділ 2. Клінічні вияви психічної норми та патології

2.1. Історія питання

Ще наприкінці XIX ст. чітко розмежовувалася психічна норма та патологія. І лише на початку XX ст. у зв'язку з поширенням психоаналізу ця межа починає розмиватися. Перша світова війна стала поштовхом для виникнення нового підходу до душевних хвороб — екзистенціального, в основі якого лежить такий підхід до людини, згідно з яким його внутрішній світ унікальний, а його буття у світі індивідуальне. На думку Л. Кінга, психічна хвороба — це умовне позначення іншого “способу існування” і поведінки людини, при цьому хвороба принципово не відрізняється від здоров'я.

Л. Кінг згідно з екзистенційним підходом вирізняє:

неврози — індивідуальне існування в інших просторово-часових відносинах;

психози — інший світогляд, що відображає унікальний суб'єктивний світ людини;

шизофренічний процес — реакція хворої особистості на стресову ситуацію, спеціальна стратегія поведінки, спосіб життя, позиція, яка допомагає людині вижити у кризових ситуаціях. К. Ясперс в “Загальній психопатології” уперше використав феноменологічний підхід до психічних хвороб. Він розглядав психіатрію не як наукову дисципліну, а як своєрідне містичне мистецтво, що спирається на суб'єктивне мистецтво лікаря.

У 60-х роках XX ст. в ряді західних країн виник антипсихіатричний рух. Стверджувалося, що психічні хвороби — це “міф”, фікцією називалися як нозологічні форми, так і психопатологічні синдроми. На думку вчених, психіатричні лікарні та застосовувані лікувальні методи (електрошокова терапія, лоботомія, транквілізатори, нейролептики) є втіленням дегуманізуючого початку в суспільстві, де “каста” лікарів здійснює

насильство над “кастою” хворих та ізолює небажаних суспільству людей (загальновідомий факт зловживання психіатрією в політичних цілях в СРСР). І в наш час продовжуються дискусії про відносність межі між психічною нормою і патологією.

2.2. Визначення та критерії психічного здоров'я

Згідно з ВООЗ **загальне здоров'я** — це стан людини, якій властиві не тільки відсутність хвороб або фізичних вад, а й повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя.

Однією із найважливіших складових є психічне здоров'я. **Психічне здоров'я** — такий стан психіки індивіда, що характеризується цілісністю та узгодженістю всіх психічних функцій організму, що забезпечує відчуття суб'єктивної психічної комфортності, здатності до цілеспрямованої осмисленої діяльності, адекватні форми поведінки (Б. С. Положий, 1998).

Критерії психічного здоров'я (за ВООЗ):

- 1) усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного “Я”;
- 2) почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- 3) критичність до себе та своєї власної психічної продукції (діяльності) та її результатів;
- 4) відповідність психічних реакцій (адекватність) силі й частоті впливам середовища, соціальним обставинам і ситуаціям;
- 5) здатність керування поведінкою відповідно до соціальних норм, правил і законів;
- 6) здатність планувати власну життєдіяльність;
- 7) здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

За ВООЗ, **норма** — це етичний стандарт, модель поведінки або модель, яка розглядається як бажана, прийнятна або типова для тієї чи іншої культури. ВООЗ розглядає питання:

- про нормативність вживання алкоголю та інших психоактивних речовин;

- про нормативність при оцінюванні сексуальної орієнтації та сексуальних уподобань. Наприклад, клінічне, етичне та правове оцінювання гомосексуалізму: раніше розглядався як кримінально каране діяння, далі як хвороба, а нині як допустима аномалія сексуальної переваги, згідно з чим психіатрична асоціація пропонує вилучити термін “гомосексуалізм” з усіх класифікацій та переліків і розцінювати його як крайній варіант норми.

Конфлікт норм (за ВООЗ) — ситуація, за якою ідеальні норми не співпадають з поведінковими.

2.3. Підходи до визначення психічної норми і патології

1. **Статистичний підхід** (бути психічно нормальним — означає бути “як усі”, або відповідати якомусь кількісному стандарту):

- характерний для радянської психіатрії: відхилення від середньостатистичних норм — релігійність, інакомислення, нестандартна зачіска, одяг, захоплення тощо — розглядалися як неадекватна поведінка;

- за МКБ-10 (Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду), F-7 (розумова відсталість). Діагностика ґрунтується на показниках IQ:

нижче 20 — глибока розумова відсталість;

20–34 — виражена відсталість;

35–49 — помірна відсталість;

50–70 — легка відсталість;

70–84 — близький до норми IQ;

85–115 — норма;

115–124 — вище норми;

125–134 — високий IQ;

понад 135 — геній.

Наприклад, у Гете IQ — 200, у Ньютона і Вольтера — 190, у Галілея — 185, у Леонардо да Вінчі — 150, у Баха і Ч. Дарвіна — 140, у Коперника — 130.

У наш час найвищий IQ (за Книгою рекордів Гіннеса) у Мерилін Вос Саван, якій вже за 60. Її IQ був порохований у віці 10

років і становив 228 балів. Незважаючи на те, що Мерилін є найрозумнішою жінкою планети, вона навіть не закінчила університет. Останнім часом вела колонку в журналі та сторінку в Інтернеті, де відповідала на численні запитання читачів.

Слід зауважити, що IQ варіабельний в різних культурах, і його середньостатистична норма в різних країнах неоднакова: у Німеччині середній IQ — 125, в Австралії — 130, в Індії — 140.

2. Адаптаційний підхід (бути психічно нормальним — означає бути соціально адаптованим і демонструвати соціально прийнятні стандарти поведінки, що схвалюються суспільством).

Підхід популярний в американській культурі, де критерій адаптації в суспільстві відіграє важливу роль. Ненормальним вважається поведінка людини, яка нічим не виділяється, не хоче бути краще, заробляти більше, створювати щось неординарне, що шокує публіку. Такий стиль життя дає можливість знайти свою нішу в соціумі, забезпечує успіх і адаптацію в суспільстві. Це знаходить відбиток у діагностичних критеріях. Наприклад, не слід ставити діагноз “розлад особистості” людині з вираженими нарцисичними та параноїдними рисами в тому випадку, коли ці риси сприяють її благополуччю та процвітанню в суспільстві.

3. Психопатологічний підхід (бути психічно нормальним — означає не мати виражених психопатологічних симптомів, наприклад, галюцинацій):

- характерний для європейської культури і неприйнятний для деяких культур Сходу, де галюцинації розглядаються як особливий дар і благословення духів;

- не завжди можна застосувати в періоди історичних перетворень. У психіатрії дезорієнтація в часі і місці вважається ознакою психічних порушень. Наприклад, якби 30 років тому людина вбралася у мундир царської армії та проголосила себе дворянином і нащадком царської династії, то це було б розцінено як ознака психічного розладу. Нині ж з успіхом функціонують дворянські збори, де збираються сотні “нащадків”.

4. **Гуманістичний підхід** (на відміну від попередніх підходів, в яких психічне здоров'я визначається через нездоров'я, а норма — через аномалію, цей підхід заснований на вивченні здорових і зрілих людей — роль самосвідомості та прагнення до самовдосконалення).

Абрахам Маслоу (автор підходу) стверджував, що зрозуміти психічне захворювання неможливо, поки не зрозуміла психіка здорової людини. При вивченні ним біографій особистостей, які представляють “рідкісний зразок психічного здоров'я” та досягли вершин самоактуалізації у своїй сфері діяльності, серед яких 48 осіб — Томас Джефферсон, Авраам Лінкольн, Джейн Адамс, Альберт Ейнштейн, Елеонора Рузвельт та ін. За принципами гуманістичного підходу, еталоном психічної норми вважається французький письменник і льотчик, автор “Маленького принца”, — Антуан де Сент-Екзюпері. Слід відзначити суб'єктивізм при виборі кагорти осіб, визнаних Маслоу ідеально психічно здоровими людьми. На думку автора, ці чудові зразки психічно здорових людей нагадують нам, що потенціал психологічного зростання людства набагато вищий, ніж той, якого ми досягли.

5. **Культурально-релятивістичний підхід** (нормальним вважається все те, що відповідає уявленням цієї культури про норму).

У культуральній психіатрії вирізняють такі поняття:

поведінкова норма — це актуальна, звичайна або модельна поведінка, яка спостерігається в культуральній групі;

рангова норма — це ідеальна норма поведінки, яка очікується від осіб, що мають особливу соціальну роль і статус (наприклад, духовенство, педагоги, лікарі, судді), зазвичай більш строгі та альтруїстичні, ніж норми, які передбачаються для інших людей.

Бути психічно здоровим і психічно хворим у різних культурах означає різний психічний статус людини. Більше того, навіть в одній країні, але в різні історичні періоди, які супроводжуються зміною менталітету, населення, поняття про психічну норму та патологію змінюється.

С. Б. Сьомичева (1987) виділяє такі рівні психічного здоров'я:

1. Ідеальна норма, або еталонне здоров'я — стан, при якому ймовірність виникнення психічних і поведінкових розладів або психічної дезадаптації дорівнює нулю. Ідеальна норма є гіпотетичним станом. На думку Ганнушкіна, “гармонічні натури більшою мірою є наслідком уяви”. За ВООЗ, ідеальна норма — це поведінка, яка підтримується культуральною групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною. Це соціально предписаний зразок поведінки.

2. Середньостатистична норма — стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції. Наприклад, невиражені інтелектуально-мнестичні порушення в осіб похилого віку відносяться до показників середньостатистичної норми цієї вікової групи та свідчать про наявність розладів у осіб молодого віку.

3. Конституційна норма — кожний конституційний тип схильний до певного типу психологічного реагування та до певного кола поведінкових і психічних розладів. Для кожного типу існують специфічні патогенні фактори, стосовно яких він найбільш вразливий. Наприклад, людям із шизоїдною конституцією властиві холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; людям з циклотимічною конституцією — зміна настрою від веселощів до пригніченості.

4. Акцентуація — варіант психічної норми, яка характеризується особливою вираженістю або загостренням деяких рис характеру, що визначає специфіку схильності людини до певних психічних та поведінкових розладів поведінки — наркогенні та психогенні.

5. Передзахворювання — це стан, при якому вже наявні деякі симптоми психічних розладів (невротичний та афективний рівень), але соціальна адаптація ще збережена або лише частково порушена. *За даними досліджень, передхворобливі стани серед населення становлять від 22 до 89 % (відмінності у статистичних даних у різних дослідників). Найчастіше трапляються астеничні розлади (головний біль, розлади сну, виснажли-*

вість, подразливість, запальність) та афективні розлади (емоційна лабільність, тривога, дисфорії). Вірогідність захворювання у цьому випадку досягає 100 %.

У МКХ-10 та DSM-IV:

психічний розлад — хворобливий стан з психопатологічними та поведінковими розладами, який пов'язаний з порушенням функціонування організму внаслідок впливу біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів. Визначається ступенем відхилення від детермінованого поняття психічного здоров'я: за висловлюванням психолога та суїцидолога Карла Меннінгера: “Діагнози змінюються тому, що ми змінюємо наші концепції захворювання та розладів психіки” (1964); Джим Берлі (1990) зазначав: “Пацієнт страждає від захворювання, лікар — від концепції”.

2.4. Діагностичні принципи-альтернативи

Унаслідок природних труднощів, що стоять на шляху діагностичного процесу, розроблений набір принципів-альтернатив. Принцип феноменологічного підходу у психології та психіатрії полягає в тому, що кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) повинно розглядатися як багатозначне, що дає змогу розуміти і пояснювати його як в категоріях психопатологічних, так і психологічних. Практично не існує психічних переживань людини, які можуть бути однозначно та апіорно належати до рангу симптомів, також як і визнаними абсолютно адекватними.

Вирізняють такі принципи-альтернативи: хвороба—особистість, нозос—патос, реакція—стан—розвиток, психотичне—непсихотичне, екзогенне—ендогенне—психогенне, дефект—одужання—хроніфікація, адаптація—дезадаптація, негативне—позитивне, компенсація—декомпенсація, фаза—приступ—епізод, ремісія—рецидив—інтермісія, тотальність—парціальність, типовість—атиповість, патогенне—патопластичне, симуляція—дисимуляція—агравация. Зазначені принципи-альтернативи сприяють обґрунтуванню багатовимірного підходу до оцінювання психічного стану людини замість примітивної одномірної оцін-

ки в координатах хворий–здоровий (нормальний–ненормальний). Наприклад, пацієнт, який переніс напад шизофренії, в одномірній системі координат повинен бути визнаний або хворим або здоровим. У багатовимірній системі координат оцінювання стану пацієнта, який переніс шизофренічний напад, буде складатися з інших категорій. Стан “відсутності активних симптомів шизофренії” може позначатися як одна з альтернативних характеристик “дефект–одужання–хроніфікація”, “ремісія–рецидив–інтермісія”, “адаптація–деадаптація”, “компенсація–декомпенсація” і “позитивне–негативне”. Далі розглянемо найвідоміші діагностичні принципи-альтернативи і проаналізовані клінічні параметри, що дають можливість проводити вибір одного з альтернативних критеріїв оцінювання психічної діяльності.

Хвороба–особистість

Принцип “хвороба–особистість” є основоположним у діагностичному феноменологічно орієнтованому процесі. Він зумовлює підхід до будь-якого психологічного феномену з двох альтернативних сторін: або феномен, що спостерігається, є психопатологічним симптомом (ознакою психічної хвороби), або він є ознакою особистісних особливостей, наприклад, світогляду людини, традиційного для його етносу, культурної чи релігійної групи стереотипу поведінки. Особливо яскраво альтернатива “хвороба–особистість” може бути продемонстрована на прикладі такого феномену, як переконаність у чому-небудь, яку можна представити у вигляді альтернативи маячення–світогляд. Як відомо, маячення — це помилковий умовивід, який не піддається корекції і виникає на хворобливій основі. Однак при настільки поширеному визначенні маячення виникають серйозні труднощі при проведенні диференціації між маяченням та іншими ідеями, судженнями, думками, що не піддаються корекції. Наприклад, релігійна ідея в поданні атеїста може бути визнана помилковою, тому що вона не піддається корекції, тобто атеїсти не можуть переконати віруючого. Чи впливає з цього факту, що віра — це маячення? Критерій хворобливої основи в даному

випадку нічого не дає для диференціації, оскільки незрозуміло, як визначити хворобливу основу, якщо ще не проведений діагностичний пошук, не з'ясовано чи є симптоми хвороби. З іншого боку, близьким за значенням до наведеного визначення слід визнати дефініцію світогляду. Світогляд — система принципів, поглядів, цінностей, ідеалів і переконань, що визначають напрям діяльності і ставлення до діяльності окремої людини, соціальної групи або суспільства загалом. Де ж межа між релігійним переконанням, як світоглядної системи, та маячними ідеями? Сучасна психіатрія, намагаючись обійти подібну перешкоду на шляху діагностики, ввела нове визначення маячення. Маячення — це помилкова, непохитна впевненість у чомусь, незважаючи на безсумнівні й очевидні докази і свідчення протилежного, якщо ця впевненість не властива іншим членам даної культури чи субкультури. Найбільш істотним у даному визначенні є не традиційна оцінка маячення як помилкового умовиводу, а вказівка на значущість етнокультурального аналізу.

Щоб з високою імовірністю віднести переконання в чому-небудь до маячних ідей потрібно оцінити його (переконання) як унікальне і суб'єктивне явище, що не знаходить аналогів у субкультурі даної людини. Наприклад, переконаність людини в тому, що її погане самопочуття пов'язане з “наведенням порчі” частіше трактується в нашому культуральному середовищі на цьому історичному етапі не як симптом, оскільки переконання в можливості “наводити порчу” є досить типовою світоглядною установкою. Водночас переконаність людини в тому, що подібне погане самопочуття і навіть хвороба зумовлені тим, що на вулиці повз неї проїхали три машини червоного кольору неможливо обґрунтувати традиційними віруваннями і внаслідок цього ймовірною є оцінка їх із психопатологічних позицій. Кілька десятиліть назад переконаність людини в тому, що вона перебуває під впливом “енергетичних вампірів” була б витлумачена психіатрами як божевільна, сьогодні — вона найчастіше трактується як світоглядна установка. До явищ цього ж ряду можна віднести й ідеї контактів з іноземними цивіліза-

ціями, зомбування тощо. Складною залишається і диференціація символізму, як способу творчого мислення, та символізму, як симптому. Найважчим для діагностичного оцінювання виступає асоціативний процес, зокрема переконаність хворого у впливі на нього екстрасенсорного способу (за клінічними параметрами подібна до синдрому Кандинського-Клерамбо). Однак цей критерій на теперішньому етапі розвитку суспільства не може вважатися переконливим для діагностичного процесу в психіатрії. Із соціологічних досліджень випливає, що 42 % населення “вірять у можливість передавати й приймати думки на відстані”. Як показують експериментально-психологічні дослідження, з одного боку, немає підстав говорити про шизофренічні порушення мислення хворого, з іншого — не відзначається виражених асоціативних розладів органічного типу. Неадекватність оцінки подій зачіпає лише вузький суб’єктивно-значущий (більшою мірою світоглядний) бік життя хворого — уявлення про можливість лікування хвороб на відстані з допомогою екстрасенсорного впливу. Розгляд наведеного випадку з традиційних для психіатрії клінічних позицій напштовхується на ряд непереборних перешкод, що не дозволяють правдиво кваліфікувати синдромологію картини, що спостерігається.

Нозос–патос

Принцип-альтернатива “ноzos–патос” дає можливість трактувати будь-який психологічний феномен у системі координат, що використовує поняття хвороби (ноzos) та патології (патос). Під першим у психіатрії мається на увазі хворобливий процес, динамічне, поточне утворення; під другим — патологічний стан, стійкі зміни, результат патологічних процесів або відхилення розвитку. Психологічний феномен, який спостерігає діагност, відповідно до цього принципу повинен трактуватися або як нозологічна специфічність, яка має хворобливий механізм виникнення та розвитку, що має тенденцію до змін, прогресивності, еволюції або регресу; або як патологічне утворення, яке не схильне до якихось істотних трансформацій,

не має етіологічних факторів і патогенетичних механізмів у медичному розумінні цих термінів, а також володіє властивостями стійкості, резистентності, стабільності. Нозос і патос є крайніми (патологічними) варіантами різних за своєю сутністю процесів або спектрів. Так, нозос розташовується у спектрі “здоров’я–хвороба”, а патос у спектрі “норма–патологія”. На думку Ю. С. Савенко, спектр “норма–патологія” носить характер континууму, спостерігаються плавні переходи від одного стану до іншого, тоді як спектр “здоров’я–хвороба” не є континуумом і можна відзначити сходообразність переходів. Унаслідок цього, з позиції феноменологічного підходу, перехід між непсихотичним та психотичним етапами носить якісний (стрибкоподібний) характер. Два наведених спектра відображають сучасні уявлення про характер взаємозв’язку норми і здоров’я. Поняття здорової діяльності, здорового самопочуття, здорової поведінки більш широке, багате та різноманітне, ніж поняття нормального. Здоров’я визначається як стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя та ґрунтується на суб’єктивному відчутті здоров’я, внаслідок чого його діапазон розширюється. Норма ж у медицині визначається як оптимум функціонування та розвитку організму і особистості, оцінка якого вимагає об’єктивного (наскільки це можливо) і порівняльного підходу. За даними деяких дослідників-психіатрів, норма становить лише одну третину здоров’я. Умовно це співвідношення можна визначити так: людина визнається здоровою, але “ненормальною”, тобто суб’єктивно вона не відчуває жодних хворобливих виявів, відзначає комфортність власного самопочуття (повне благополуччя), але при цьому об’єктивно простежується відхилення від оптимуму функціонування. У соматичній медицині проблема “хвороба–патологія” не стоїть настільки гостро, як у клінічній психології та психіатрії, де оцінювання стану пацієнта є соціально значущим. До нозосу відносять хворобливі процеси і стани – шизофренію, біполярні афективні розлади (застаріла назва – маніакально-депресивний психоз), інволюційні, судинні, інфекційні та інші психози; до патосу – насамперед, розлади

особистості (застаріла назва — психопатія), дефектні стани, аномалію розвитку.

Реакція–стан–розвиток

Альтернатива “реакція–стан–розвиток” є однією з найважливіших при феноменологічному аналізі психологічного стану обстежуваного. Вона дає можливість ввести у цей аналіз параметри стимулу і реакції, зовнішнього і внутрішнього. При цьому оцінювання психологічного феномену будується на підставі оцінки конгруентності або неконгруентності наведених параметрів. Цей принцип-альтернатива так само, як і інші, дає змогу використовувати багатовимірний підхід, завдяки чому можна коректно підійти до відповіді на низку діагностичних питань. Приміром, як можна оцінити в традиційних загально-медичних категоріях хвороби–здоров’я наступне спостереження: у дитини на фоні підвищеної температури, яка була викликана інфекційним захворюванням, уперше в житті виник розгорнутий судомний напад, який згодом упродовж півроку не повторювався. Чи слід назвати стан дитини хворобливим, діагностувати епілепсію, як визначити, чи потребує цей випадок призначення антиконвульсантів чи не потребує?

Подібна постановка питання при феноменологічному підході некоректна, оскільки носить характер контрастності, односторонності. Для правильної відповіді на подібне питання необхідний аналіз у межах принципу “реакція–стан–розвиток”. Психічною реакцією в клінічній психології називається короткочасна (не довше 6 місяців) реакція на будь-яку ситуацію або зовнішній вплив. Психічний стан — стійкий психопатологічний синдром без схильності до розвитку або регресу (тривалістю більш як 6 місяців). Під психічним розвитком розуміється патологічний процес з внутрішніми закономірностями симптомоутворення. У такій системі координат оцінювання психічного стану здоров’я дитини, яка перенесла судомний напад (з наведеного вище прикладу), може бути засноване на тому, що судомний напад був одноразовим, причинно пов’язаним з екзогенним (зовнішнім) впливом гіпертермії, і отже, повинен трак-

туватися як епілептична реакція. Слід мати на увазі, що збірне поняття “епілепсія” в контексті принципу-альтернативи “реакція–стан–розвиток” феноменологічно може бути представлено епілептичною реакцією, епілептичним станом (хворобою) та епілептичним розвитком (змінами особистості чи іншими психічними розладами). Подібне трактування поширюється на цілий ряд психопатологічних порушень: реакцією, станом чи розвитком можуть бути невротичні симптоми (невротична ситуаційна реакція, невроз, невротичний розвиток особистості), шизофренія, особливо в західній психіатричній традиції (шизофренічна реакція, шизофренічний психоз).

Психотичне–непсихотичне

Такий альтернативний розподіл є традиційним для психіатрії і вважається одним з основоположних принципів, які мають значення як для теорії, так і для практики. Принцип “психотичне–непсихотичне” оцінює зазначений психічний параметр як рівень психічних розладів, своєрідну глибину та вираженість психопатологічної картини захворювання. У соматичній медицині подібний критерій відсутній, оскільки відсутня необхідність оцінки соціально значущих сторін діяльності людини. Є лише параметр важкості хвороби, ймовірності летального результату або хроніфікації та інвалідизації. У психіатрії важкість розладів може бути проаналізована двояко. З одного боку, її можна оцінити з позиції уявлення про психічне здоров'я – стан повного фізичного і душевного комфорту та благополуччя, і тоді важкість розладу визначатиметься суб'єктивно. З іншого боку, її можна визначати з позиції уявлення про соціально шкідливий вплив, до якого може призвести психічне захворювання (у крайньому разі – загроза життю навколишніх і себе), що зумовлює суто “об'єктивний” підхід. Реальна клінічна практика ґрунтується на іншій платформі. Внаслідок цього психотичний рівень розладів психічної діяльності в усіх випадках оцінюється як стан більш “важкий”, ніж непсихотичний. Психоз, за визначенням Фейхтершдебена, – це психічний стан, що характеризується важким порушенням

психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності зазвичай до асоціальної поведінки та грубим порушенням критики. Під непсихотичним рівнем розуміються симптоми і синдроми, що супроводжуються критикою, адекватною оцінкою навколишньої дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття та фантазії з об'єктивною реальністю, а поведінка залишається в межах соціально прийнятих норм. Виходячи з дефініцій рівнів психічних розладів, до психотичного рівня належать такі симптоми й синдроми, як галюцинації, маячні ідеї, розлади свідомості, ментизм, шперрунг, розірваність і незв'язність мислення, амбівалентність, аутизм та ін. До непсихотичного — астеничний, фобічний синдроми, розлади уваги тощо. Однак при оцінюванні рівня психічного розладу також, як і в інших випадках, необхідний феноменологічний підхід, оскільки переважна більшість психопатологічних симптомів можуть трактуватися альтернативно і за певних умов можуть бути віднесені або до психотичних, або до непсихотичних. Навіть здавалося б однозначно психотичний галюцинаторний синдром може розцінюватися як непсихотичний, якщо будуть відсутні критерії психотичного — некритичність, груба дезорганізація діяльності й контакту з реальною дійсністю. У цьому відношенні показовим є приклад розладів сприйняття, подібних за клінічними виявами, але різних за параметром критики. Депресивний синдром оцінюється як психотичний, звичайно, на підставі приєднання до нього маячних ідей (самозвинувачення, самознищення) і суїцидальних намірів, які не піддаються корекції. Особливі труднощі виникають під час аналізу рівня негативних психічних розладів (аутизму, абулії, деменції, змін особистості та деяких інших). Пов'язано це, з одного боку, з малою теоретичною розробленістю характеру самосвідомості та повнотою критичної оцінки при них, з іншого — їх негативними психопатологічними властивостями. У зв'язку з цими непереборними на теперішньому етапі розвитку психіатрії перешкодами, було запропоновано, поряд із психотичним та непсихотичним рівнями психічних розладів, виділити третій рівень, умовно позначений, як дефі-

цитарні розлади (В. Д. Менделевич). До нього включають багато негативних психічних розладів.

Екзогенне – ендогенне – психогенне

Принцип-альтернатива “екзогенне–ендогенне–психогенне” належить насамперед до психопатологічних феноменів, оскільки відображає тип психічного реагування на рівні патології та не може використовуватися при аналізі психологічних феноменів. Розробка цього принципу заснована на постулаті психіатрії про те, що для певної групи психічних розладів існують виявлені та верифіковані етіопатогенетичні механізми. На підставі досліджень Бонгхоффера, Мейєра та Мебіуса, які були проведені наприкінці минулого століття, визначено, що деякі симптоми й синдроми можуть виникати переважно одним із трьох зазначених етіопатогенетичних шляхів – екзогенним, ендогенним або психогенним. *Екзогенний* тип психічного реагування становить психічні реакції стан та розвиток, що виникають унаслідок органічних уражень головного мозку. Під органічними причинами в психіатрії прийнято розуміти будь-які нефункціональні (непсихогенні) причини, що безпосередньо впливають на головний мозок людини. До них належать черепно-мозкові травми, судинні та інфекційні захворювання головного мозку, пухлини, а також інтоксикації. До *психогенного* типу психічного реагування відносять психічні реакції стан та розвиток, причини яких криються в психотравмуючих впливах життєвих подій. Будь-яка подія, конфлікт, фрустрація або життєва ситуація можуть викликати розлад, який відносять до психогенного типу. Під *ендогенним* типом психічного реагування маються на увазі психічні реакції, стан та розвиток, які викликані внутрішніми (ендогенними), спадково-конституціональними причинами. Деякі психопатологічні синдроми не вкладаються ні в один із трьох традиційних типів психічного реагування. Внаслідок цього, запропоновано виділяти, поряд з екзогенним, психогенним та ендогенним, особистісний тип психічного реагування. До нього треба включати насамперед істеричний та іпохондричний

симптомокомплекс, а також деякі симптоми однозначно соціального звучання (наприклад, клептоманія, піроманія та деякі інші). Не викликає сумнівів той факт, що істеричний та іпохондричний синдроми не можуть бути причинно зумовлені ендогенними чи екзогенними чинниками. Вони є відображенням соціально опосередкованого відношення до дійсності та власного місця в суспільстві. Їх можна позначити як особистісні реакції на соціально значущі події або зміни свого статусу. Неможливо уявити їх виникнення за іншими механізмами, наприклад, біологічною (що підтверджується їх відсутністю при моделюванні психічних феноменів на тваринах). Проблематично відносити їх і до психогенного типу психічного реагування, оскільки принципове значення у цьому випадку має не характер психотравмуючого впливу, а особистісне ставлення до нього. Якщо порівняти істеричний та іпохондричний симптомокомплекси з іншими, які часто ставляться в один ряд з ними (синдром нав'язливості, фобічний або депресивний), то немає сумніву у їх відмінності. Синдром нав'язливості, фобічний або депресивний можуть виникати як за особистісним, так і за іншими механізмами (екзогенними, ендогенними, психогенними). Істеричний та іпохондричний синдроми не здатні формуватися поза реагуванням особистісного типу.

Спірним є віднесення симптому копролалія (використання соціально неприйнятних слів, часто нецензурних) до екзогенного типу реагування на підставі включення його як патогномічного симптому синдрому Жиля де ля Туретта, який належить до психічного реагування екзогенного типу. Теоретично можливо уявити виникнення насильницьких рухів м'язів, що формують мову, та обґрунтувати їх з нейрофізіологічних позицій. Проте пояснити, чому насильно вимовлені слова носять нецензурний характер (певне смислове навантаження) нейрофізіологічними механізмами неможливо. Морально-етичні критерії, корекція власної поведінки та спрямування її в етичне русло залежить лише від особистісних властивостей.

Дефект–одужання–хроніфікація

Принцип-альтернатива “дефект–одужання–хроніфікація” дає можливість оцінювати залежно від особливостей клінічної картини психічного захворювання стани, що виникають після зникнення явних психопатологічних порушень. *Дефектом* у психіатрії прийнято позначати тривале й незворотне порушення будь-якої психічної функції (наприклад, “когнітивний дефект”), загального розвитку психічних здібностей (“розумовий дефект”) або характерного образу мислення, відчуття й поведінки окремої особистості. *Дефект*, у такому контексті, може бути природженим або набути. У наш час термін “дефект” у психіатричній науці та практиці вживається стосовно набутих психічних розладів та зумовлених перенесеним психічним захворюванням. Приміром, “шизофренічним дефектом” називається стійкий стан, що включає негативні психопатологічні симптомокомплекси, які виникли після зникнення гострих психотичних виявів. Найістотнішою характеристикою дефекту виступають саме негативні розлади, оскільки в резидуальному періоді психозу або інших психічних розладів можлива поява продуктивних психопатологічних феноменів, наприклад психопатизації, і тоді стан буде називатися не дефектом, а змінами особистості. Протилежністю дефекту є одужання, тобто повне відновлення втрачених на час психічного захворювання психологічних функцій, або хроніфікація психічних розладів, коли в клінічній картині хвороби продовжують переважати продуктивні (позитивні) психопатологічні симптоми і синдроми.

Адаптація–дезадаптація, компенсація–декомпенсація

Принципи-альтернативи “адаптація–дезадаптація” та “компенсація–декомпенсація” дають можливість розглядати психічні розлади у зв’язку з їх впливом на соціально-психологічні функції. Вони дозволяють оцінювати ступінь владнання з наявними порушеннями, що сприяє визначенню тактики психіатричного впливу і вибором методів терапії та профілактики.

Адаптація — це процес пристосування організму чи особистості до змінених умов і вимог навколишнього середовища.

Компенсація — стан повного або часткового заміщення порушених у зв'язку з хворобою психічних функцій.

Два наведені параметри близькі по суті, але мають деякі відмінності. Так, при адаптації відбувається начебто “примирення” з новим хворобливим статусом, пристосування до нього, вироблення позитивного ставлення до наявних розладів, “мирне співіснування” з психопатологічними симптомами. При компенсації відбувається заміщення втрачених психічних функцій іншими прийнятними для особистості та організму, тобто не примирення (як при адаптації), а натомість активне подолання. У психіатричній практиці адаптація виглядає так: пацієнт нормально працює, проживає у сім'ї, вважається навколишніми “психічно нормальним”, однак при цьому він може відчувати на собі вплив галюцинаторних образів, до яких у нього є критика, і які не позначаються на його поведінці, що нерідко спостерігається при синдромі вербального галюцинозу. При компенсації, наприклад, людина з олігофренією заміщає “розумовий дефект” тим, що трудиться на доступному для неї виробничому процесі або займається ще чимось, що їй вдається. При психопатії компенсація може бути досягнена при виборі сфери діяльності, в якій базові риси характеру людини задіяні повною мірою (наприклад, робота епілептоїдного психопата бухгалтером).

Негативне – позитивне

Альтернативне розділення психопатологічних симптомів на негативні й позитивні, прийняте в психіатрії, дозволяє надалі оцінювати стан як активний хворобливий процес, хроніфікація захворювання або як стійкий незмінний дефект та зміна особистості. До *позитивних* (продуктивних, що йдуть на плюс) симптомів у психіатрії належать ті психопатологічні вияви, які є хворобливою “надбудовою” над здоровими психологічними якостями. Патологічні симптоми і синдроми немовби додаються до того, що у людини вже існує. *Негативні* (дефіцитарні, що йдуть на мінус) симптоми — це психопатологічні феномени, відповідні випадання тих чи інших психічних процесів. У такому випадку до здорових виявів психічної діяльності не додають-

ся нічого нового, а лише віднімається, видаляється те, що було притаманне людині до хвороби. Інакше кажучи, ці симптоми називають симптомами “обкрадання” — хвороба краде нормальні функції. Якщо до позитивних можна віднести більшість відомих психопатологічних симптомокомплексів, то негативні розлади представлені лише кількома, менш яскравими порівняно з позитивними симптомами й синдромами. До останніх належать аутизм, апатія, абулія, амнестичні розлади, деменція, зміни особистості та деякі інші. На основі наведених законів і принципів можна стверджувати, що процес розмежування психологічних феноменів від психопатологічних симптомів (діагностика) в клінічній психології та психіатрії будується не на суб’єктивній основі, коли вважається, що “кожну людину можна визнати психічно хворою, просто потрібно її привести на прийом до психіатра”, а ґрунтується на строго об’єктивних наукових критеріях, що дають можливість при їх коректному, вмілому і чесному використанні пізнати істину.

Контрольні питання

1. Принципи розрізнення психологічних феноменів та психопатологічних симптомів.
2. Діагностичні принципи-альтернативи.
3. Хвороба–особистість.
4. Нозос–патос.
5. Реакція–стан–розвиток.
6. Психотичне–непсихотичне.
7. Екзогенне–психогенне–ендогенне.
8. Дефект–одужання–хроніфікація.
9. Адаптація–дезаптація.
10. Компенсація–декомпенсація.
11. Негативне–позитивне.

ЧАСТИНА II

Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери

Розділ 3. Основні симптоми та синдроми розладів психіки: порушення сприйняття та мислення, емоцій, волі, потягів

3.1. Розлади відчуттів та сприйняття

Відчуття та сприйняття — перші кроки до пізнання людиною самої себе та світу. Це складові процесу чуттєвого пізнання. Під відчуттями розуміють процес відображення у свідомості людини окремих властивостей предметів та явищ, що відбуваються у навколишньому світі. Сприйняття є процесом цілісного відображення предметів і явищ у сукупності з їх властивостями. Безпосередньо з відчуттям і сприйняттям пов'язане уявлення, яке є відтворенням у свідомості людини наслідків до цього сприйнятих образів. Відчуття, сприйняття та уяву розрізняють за органами відчуттів — зору, слуху, нюху, смаку, шкірної (тактильної) чутливості, інтеро- і пропріорецепції (положення тіла у просторі). Процеси відчуття та сприйняття мають індивідуальний характер. Зовнішній світ відчувається і сприймається таким, яким він є, але з різним ступенем повноти, залежно від мотивацій, інтересів, запасів знань та життєвого досвіду людини.

У нормі зниження або загострення відчуттів супроводжується стурбованістю, страхом за власне здоров'я. У разі психотичних хвороб суб'єктивізм процесів відчуття та сприйняття

робить для хворого неможливим розмежування нормального сприйняття і патологічних феноменів у певній сфері. Тоді хворобливі явища мають для пацієнта реальний характер, і людина не критично ставиться до свого психічного стану.

Класифікація розладів відчуттів та сприйняття

1. Розлади відчуття (кількісні — гіперестезія, гіпостезія, анестезія; якісні — сенестопатія).
2. Розлади сприйняття:
 - а) ілюзії (афективні, вербальні, парейдолічні);
 - б) галюцинації. За складністю розрізняють елементарні (прості), комплексні (складні), за органами відчуттів — зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, вісцеральні; стосовно особистості хворого — нейтральні, коментуючі, імперативні, антагоністичні; за повнотою розвитку — справжні й псевдогалюцинації.
3. Психосенсорні розлади (макропсії, мікропсії, метаморфопсії, аутометоморфопсії, дерелізація, деперсоналізація).

Гіперестезія — це загострення сприйняття звичайних зовнішніх подразників. За такого стану нормальне денне світло засліплює, звуки оглушують, запахи дратують, а найменший дотик до тіла стає нестерпним. Гіперестезія органів відчуття спостерігається при астенії, неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових виявах гострого психозу.

Гіпостезія виявляється зниженням чутливості до подразників. При цьому навколишнє оточення втрачає для хворого чіткість і визначеність. Звуки стають глухими, невиразними, кольори — тьмяними, неясними, предмети втрачають форму і яскравість, стають малорухомими. Гіпостезія характерна для неврозів, реактивних психозів, органічних уражень мозку.

Анестезія полягає у повній втраті чутливості до подразників і клінічно виявляється сліпотою, приглухуватістю, втратою нюху, смаку, чутливості шкіри. Часто виникає при істеричному неврозі (і має функціональний характер), а також ураженнях центральної та периферичної нервової системи (органічного походження).

Більш складним феноменом патології відчуття є **сенестопатія**. Це різноманітні невизначені дифузні вкрай неприємні відчуття у вигляді розтягування, стискування, печії, жару, переливання, перекручування, змертвіння та ін. Вони виникають у різних ділянках тіла та внутрішніх органах, не зумовлені їх об'єктивною патологією. Часто розвиваються у напрямку знизу вгору (по кінцівках і хребетному стовпу до голови, серця). Поява незвичних відчуттів викликає у хворих тривогу та підозру щодо тяжкого невиліковного захворювання. Сенестопатії спостерігаються при неврозах та психозах, особливо характерні для шизофренії.

До розладів сприйняття належать ілюзії та галюцинації.

Ілюзією називають спотворене сприйняття реально існуючого предмета чи явища. Розрізняють фізичні, фізіологічні та психічні ілюзії. *Фізичні* — виникають у всіх людей. Вони пояснюються законами фізики. Наприклад, на межі двох середовищ із різною оптичною густиною промінь світла заломлюється. Внаслідок цього ложка, занурена в склянку з чаєм, здається кривою. *Фізіологічні ілюзії* пов'язані з фізіологією наших аналізаторів. Так, уміло підмальовані очі сприймаються як більші. *Психічні ілюзії* виникають тоді, коли бачення об'єкта зливається з хворобливим уявленням. Окрім поділу за аналізаторами (зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні та загального відчуття — положення у просторі), психічні ілюзії поділяють на афективні, вербальні, парайдолічні. *Афективні* ілюзії виникають у хворих у стані страху, напруження, тривоги. Приміром куц на неосвітленій частині вулиці сприймається як злочинець, який причаївся і чекає на свою жертву. У вуличному шумі хворий чує голоси людей, які начебто погрожують. *Вербальні* ілюзії полягають у спотвореному сприйнятті смислу реальної розмови, коли в нейтральних судженнях і зауваженнях хворий вбачає звинувачення, погрози. *Парейдолічні* ілюзії найчастіше виникають у разі зниження психічної активності, їх зміст є фантастичним, образним. Замість тріщин та плям на стіні ввижаються дивовижні рослини, тварини, казкові герої, архітектурні ансамблі, панорами.

Глюзії можуть тимчасово виникати у психічно здорових людей під впливом несприятливих умов (у разі перевтоми, голодування, хвилювання, у стані тривоги). Однак найчастіше вони бувають у хворих на інфекційні, інтоксикаційні, алкогольні та соматогенні психози.

Глюзії треба відрізнити від інтелектуальних тлумачень (штучно оброблене ювеліром скло сприймається як діамант) та функціональних галюцинацій, що виникають під впливом реального подразника на той аналізатор, з яким пов'язана галюцинація. Причому реальний подразник сприймається поряд із уявним. Наприклад, хворий чує голоси в шумі мотора, але коли шум припиняється, голоси зникають.

Особливо актуальні для психопатології **галюцинації** — сприйняття без реально існуючого об'єкта. Вони стають для хворого такими самими реальними, як і об'єктивний світ. Справляють величезний вплив на його вчинки та поведінку. “Хворі можуть визнавати суб'єктивне походження галюцинацій і все одно вірити в їхню реальність” (В. Грізінгер, 1886).

Вчення про галюцинації пов'язане з іменами видатних психіатрів минулого — І. Есквірол, І. Бейллардж, Г. Клерамбо, В. Х. Кандинського. Сучасні вчені визначають галюцинації як несправжнє, уявне сприйняття, що виникає на хворобливому підґрунті й має для хворого характер справжнього сенсорного відображення об'єктивної реальності.

Галюцинації, своєю чергою, поділяють на зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, загального відчуття та комплексні (виникають у кількох аналізаторах). *Зорові галюцинації* можуть мати форму бачення окремих предметів різного ступеня чіткості (від неясного до більш чіткого за реальне), різної величини (мікро- або макрооптичні), безбарвними чи насичених кольорів. Зорові галюцинації інколи бувають множинними, коли хворий бачить групи людей, тварин, комах, фантастичні істоти, які нерухомі або рухаються, трансформуються чи залишаються незмінними. Зміст зорових галюцинацій у хворих викликає жах або, навпаки, захоплює, вабить. *Слухові галюцинації* характеризуються надзвичайною різноманітністю. Це дзвінки, шум,

оклики по імені або розгорнуті монологи (словесні, або вербальні, галюцинації), діалоги, розповіді, що звучать зверху, низу, здалека чи зблизька. Зміст вербальних галюцинацій може бути нейтральним для хворого, приємним, заспокійливим або ж загрозливим, зловісним. Розрізняють коментуючі галюцинації (голоси, які обговорюють вчинки, відчуття, думки хворого, осміюють і критикують його) й імперативні (віддають накази, часто змушують виконати якусь небезпечну дію). Голоси можуть бути чоловічими й жіночими, знайомими або незнайомими, відрізнятися за інтенсивністю, тембром, з'являтися на певний час чи бути постійними.

Нюхові галюцинації виявляються у формі різноманітних уявних запахів різної інтенсивності, інколи приємного, але частіше неприємного характеру (дим, газ, гниття). Від нюхових практично важко відрізнити смакові галюцинації. Хворий відчуває не властивий для певної їжі смак, часто вкрай неприємний, отруйний.

У разі *тактильних галюцинацій* виникає відчуття повзання по тілу комах, буцімто на шкірі або під шкірою з'являються якісь предмети.

До *вісцеральних галюцинацій* належить відчуття у тілі, частіше в животі, сторонніх предметів, живих істот, нерухомих чи таких, що рухаються, пересуваються, зумовлюючи неприємне відчуття.

Тактильні й вісцеральні галюцинації слід відрізнити від сенестопатій — найелементарніших, що не мають характеру предметності, хворобливих відчуттів.

За ступенем складності розрізняють елементарні (прості) та складні (комплексні) галюцинації. При елементарних слухових галюцинаціях (акоазми) хворий чує окремі невизначеного походження звуки, шум, свист, при зорових (фотопсії) — бачить іскри, смуги, дим, туман. При простих галюцинаціях перед хворим постає завершений образ, чути оформлені фрази. Складні (комплексні) галюцинації виникають у кількох аналізаторах і полягають в одночасному існуванні різних видів галюцинацій (зорових, слухових, тактильних, смакових, нюхо-

вих, вісцеральних). Галюцинаторні образи, незалежно від того, якого аналізатора вони стосуються, можуть мати риси реально існуючих, конкретних, чуттєво забарвлених уявлень. Такі галюцинації називають істинними, галюцинаторний образ проєктується назовні, тобто сприймається як предмет або явища, що реально існують у зовнішньому просторі, поза тілом хворого. На відміну від цього, псевдогалюцинації, хоча й сприймаються як досить конкретні та чуттєво визначені, не асоціюються з реально існуючими предметами і явищами, сприймаються не у зовнішньому світі, а в середині свого тіла, частіше в голові. Хворий говорить про особливі, нереальні голоси, образи, запахи, що містяться в ньому самому (“гніздяться в мозку”, “в шлунку”, “в кишечнику”). Пацієнти, попри суб’єктивний характер псевдогалюцинаторних образів, не мають сумніву щодо їхнього існування і вірять у їхню реальність. На відміну від хворих з істинними галюцинаціями, пацієнти з псевдогалюцинаціями стверджують, що їх голоси й образи є наслідком дії ззовні (“поблено” кимось).

Для *зорових псевдогалюцинацій* характерне відчуття, що це “наврочено”. Виникають вони при ясній свідомості в суб’єктивному просторі власного тіла у вигляді поодиноких, множинних образів чи сценopodobних картин різного ступеня чіткості.

Слухові псевдогалюцинації за змістом такі самі, як істинні, виникають у вигляді “вкладених” думок, голосів, що звучать у голові.

Псевдогалюцинації нюху, смаку, тактильні та вісцеральні, на відміну від істинних, також супроводжуються відчуттям “поблених”, нав’язливості ззовні.

При *кінестетичних (рухових, пропріоцептивних) псевдогалюцинаціях* хворі відчувають, що вони не можуть керувати власним тілом. Рухи відбуваються поза їхньою волею, нав’язані ззовні. Про мовнорухові псевдогалюцинації йдеться тоді, коли у хворого з’являється відчуття, начебто його язиком хтось рухає, змушуючи вимовляти слова, фрази.

У психіатричній практиці зустрічаються також пацієнти з антагоністичними або контрастними галюцинаціями — галю-

цинаторним відчуттям, що має порівняльний характер. “Голоси” сперечаються, обстоюють протилежні точки зору.

Аутоскопичні галюцинації — це такі, коли хворий бачить поруч із собою власного двійника.

Гіпногігічні галюцинації виникають під час засинання.

Гіпнопомпичні галюцинації спостерігаються під час пробудження.

Галюцинації за типом порушень Шарля Боне — це галюциаторні відчуття, що виникають в уражених аналізаторах. Сліпий при цьому “бачить”, глухий — “чує” тощо.

Екстракампінні галюцинації — це такі порушення, коли образ виникає за межами поля зору. Наприклад, бачення духу за спиною, який “переміщується”, коли хворий повертається.

Через вплив на поведінку при тяжкій психічній патології галюцинації мають особливе значення під час клінічного оцінювання стану пацієнта. І хоча хворі в більшості випадків схильні приховувати (дисимулювати) або заперечувати існуючий обман сприйняття, їхня поведінка змінюється відповідно до галюциаторних переживань. Незалежно від виду галюцинацій хворі стають надзвичайно зосередженими, заглибленими у внутрішній світ, ніби відключаються від реального життя. За наявності зорових галюцинацій очі недужого зазвичай широко розплющені, зосереджені на джерелі обману сприйняття. Зіниці розширені, очні яблука нерухомі, голова, а іноді й тулуб схилені в бік галюциаторного образу. При істинних слухових галюцинаціях голова і тіло хворого також повертаються у бік “джерела звуків”. Обличчя зосереджене. Для слухових псевдогалюцинацій характерні заплющені очі, замислено піднята догори чи нахилена вбік голова. Хворий прислуховується до чогось дуже важливого для себе, шепоче. При загрозовому характері галюциаторних переживань у пацієнтів спостерігаються відповідний вираз обличчя, тенденції до агресії, самозахисту чи втечі. Своєрідна міміка притаманна і хворим з обманом нюху та смаку. Вони періодично затискають носа, щоб не чути неприємного запаху; під час їжі можуть від огиди спльовувати або ж відмовляються їсти.

Стійкі галюцинації завжди свідчать про порушення психічної діяльності, тому потрібне втручання лікаря-психіатра. Для різних психічних захворювань характерні певні види галюцинаторних переживань. Істинні зорові галюцинації найчастіше спостерігаються при екзогенному психозі, інтоксикаціях, інфекціях, білій гарячці, травмах голови, пухлинах мозку, епілепсії. При епілепсії зорові галюцинації особливо яскраві та застрашливі. Вербальні, нюхові та смакові псевдогалюцинації частіше бувають при шизофренії. При алкогольному делірії частіше виникають істинні мікрозоологічні галюцинації.

Сприйняття сигналів від різних органів чуття є матеріалом для сенсорного синтезу — пізнавального відображення навколишнього світу та власного тіла. Наслідком дезінтеграції такого синтезу є психосенсорні розлади — спотворене сприйняття простору, життєвих реалій, власного тіла і власної особи. До психосенсорних розладів належать *метаморфопсії* — спотворення величини чи форми предметів та простору. Всі предмети здаються хворому зменшеними (*мікропсія*), збільшеними (*макропсія*), видовженими, розширеними, скрученими (*дисмегалопсія*). Спотворене сприйняття величини предметів звичайно супроводжується сприйняттям зміни простору, що здається вкороченим, коли всі предмети наближені, або ж нескінченно видовженим (*поропсія*). Предмети, що оточують хворого, можуть у його уяві неприродно переміщуватися (*психічна алестезія*). *Метаморфопсія* часто супроводжується *аутометаморфопсією* — відчуттям спотворення форми та величини власного тіла. Виникає хворобливе відчуття збільшення чи зменшення розмірів та маси власного тіла, спотворення чи зміщення його окремих частин (порушення “схеми тіла”). Інколи розлади “схеми тіла” виникають у формі уявлень про подвоєння чи зникнення.

Дереалізація. Усі навколишні здаються чужими, віддаленими, несправжніми, нечіткими, застиглими, такими, що втратили кольори або стали неприродно яскравими. Відчуття часу та простору здається зміненим. Хворі сумніваються в реальності існуючого світу. До дереалізації належать явища “уже бачено-

го” (*Deja-vu*), коли в незнайомій ситуації з’являється відчуття, що все це колись було. Пов’язані з дереалізацією і такі явища: “ніколи не баченого” (*Jamais-vu*) – відчуження сприйняття; “раніше чутого” (*Deja entendu*) – вперше почуте здається знайомим; “вже пережитого” (*Deja vecu*); “ніколи не пережитого” (*Jamais vecu*). Дереалізація супроводжується розгубленням, тривогою, страхом, хоча критична оцінка збережена і хворий усвідомлює, що в нього є це порушення, пробує звільнитися, перебороти його.

Дереалізація часто поєднується з *деперсоналізацією* (відчуженням від самого себе), що належить до розладів сфери сприйняття з порушенням свідомості (самосвідомості). Характерними для деперсоналізації є відчуття зміни Я, зміни та втрати почуттів, думок, спогадів, які сприймаються як “чужі”, “пороблені”, штучно нав’язані ззовні. В легких випадках деперсоналізація виявляється в усвідомленості себе як нежиттєздатного, приглушеного, вицвілого. Одне слово, такого, що втратив реальність.

З дереалізацією пов’язують також: відчуття присутності поруч небажаної сторонньої людини (уособлене усвідомлення); змінене сприйняття перебігу часу – то він зупиняється, то мчить надто швидко; втрату орієнтації щодо минулого і майбутнього (розлад усвідомлення часу); нездатність зв’язувати між собою окремі явища, адекватно сприймати те, що відбувається (розлад аперцепції).

Вказані розлади можуть бути стійкими або набувати пароксизмального характеру. Найчастіше вони свідчать про органічне захворювання головного мозку, наприклад, енцефаліт чи травматичне його ураження.

3.2. Розлади мислення

Мислення – психічний процес, за допомогою якого людина відображає найістотніше, головне в явищах навколишнього світу, усвідомлює їх взаємозв’язок. Завдяки мисленню забезпечуються рівень суджень, узагальнення фактів, умовиводів, накопичуються знання, вибудовуються гіпотези, теорії, розв’я-

зуються задачі, які ставить особистість і суспільство. Мислення — активна функція інтелекту.

Більшість учених-психіатрів розрізняють патологію мислення за темпом, зв'язком асоціацій (формою) і змістом.

Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій

Мислення прискорене — це стан, при якому збільшується кількість асоціацій, думок, уявлень, прискорюється їх плін. Мова стає непослідовною: не закінчивши однієї думки, хворий переходить до іншої (“стрибання думок”, “стрибання ідей”). Типовим є втрата об'єкта міркувань. Судження хворих поспішні, поверхові, однобокі. Прискорене мислення спостерігається при маніакальних станах, алкогольному сп'янінні.

Ментизм — мимовільний, безперервний та некерований плін думок, уявлень, спогадів, образів, який має обтяжливий зміст. Хворий не може зосередитися на жодній думці. Ментизм характерний для синдрому Кандинського-Клерамбо.

Мислення уповільнене — гальмується процес виникнення асоціацій. Менше стає ідей. Думки й уявлення утворюються повільно. Мова теж стає повільною, уривчастою, з тривалими паузами. Хворі суб'єктивно відчують утруднення мислення. Скаржаться, що в них мало думок, що не можуть закінчити думку, довести своє міркування до логічного кінця. Сповільнене мислення спостерігається при депресивних та астенічних станах.

Мислення деталізоване (докладність, в'язкість мислення) — характеризується утрудненням в рухах, під час переходу від однієї думки до іншої, втратою здатності відокремити головне від другорядного. Мислення сповільнене, інертне, фіксоване на певних деталях, дрібницях. У судженнях хворого переважають випадкові подробиці, що не стосуються основної думки. Деталізоване мислення характерне для хворих на епілептичну деменцію та олігофренію.

Зупинка мислення (шперунг — нім. *sperrung* — загорода, зупинка) — раптова, короткочасна спонтанна зупинка плину

думок, що легко виявляється під час розмови. Хворий раптом замовкає. Згодом він пояснює це тим, що в нього відбулася затримка мислення. Спостерігається у хворих на шизофренію.

Розлади мислення за зв'язком асоціацій (формою)

Мислення резонерське (безплідне мудрування) — характеризується тим, що доводи хворого не ґрунтуються на реальних фактах. Це порожні вербальні посилання, що не відповідають темі розмови й не досягають мети, безплідні міркування, позбавлені конкретного змісту, але “вдягнуті” у правильну стилістичну форму. Спостерігається при шизофренії.

Мислення паралогічне — виявляється порушенням логіки висловлювання. Певне поняття замінюється символом, знаком, зрозумілим лише хворому. Пацієнт робить зовсім необґрунтовані, інколи безглузді висновки, що не мають об'єктивних доказів, не відповідають його судженням і не зрозумілі для інших. Дивує “кривою” логікою. Паралогічне мислення властиве хворим на шизофренію з параноїдним розвитком особистості.

Мислення атактичне — характеризується неправильним, парадоксальним поєднанням понять, думок, що не мають логічних зв'язків та спонтанно нанизуються одна на одну. Виявляється атактичним мовним безладом, безглуздими висловлюваннями, що незрозумілі для навколишніх, хоча конструкція речень правильна, грамотна. У висловлюваннях можуть бути неологізми, аглютинація (злиття) слів тощо. Характерне для хворих на шизофренію.

Мислення незв'язне (інкогерентне) — глибокий розлад мислення у хворих з порушенням свідомості, що виявляється у непоєднаності понять, суджень. Думки хворого уривчасті, мова безладна. Втрачена здатність до синтезу. Хворий не орієнтується у навколишньому просторі. Реальну дійсність сприймає фрагментарно. Мова має вигляд хаотичного набору слів або уривків речень, що інколи римуються. Спостерігається при екзогенно-органічних психозах.

Мислення розірване — виявляється втратою смислових зв'язків між поняттями, хоча граматична та синтаксична форми речення збережені. У крайньому ступені виявів мова хворих схожа на так звану мовну мішанину (шизофазія). Її різновидом є подвійне мислення, коли хворий сприймає свої думки за чужі (явища психічного автоматизму). Розірване мислення характерне для шизофренії.

Мислення символічне — одне поняття стає символом іншого, іноді на підставі випадкових другорядних ознак. Характерне для шизофренії. Виявляється, наприклад, символічними позначками (цифри, геометричні фігури тощо) в листі хворого.

Мислення персевераторне — полягає у тривалому застряганні, домінуванні однієї і тієї самої думки чи уявлення, у повторенні одних і тих самих слів, фраз, виникненні одних і тих самих уявлень, образів, незалежно від зміни ситуації. На різні запитання хворий може відповідати однаковою фразою. Наприклад: “Як вас звати?” “Роман Іванович.” “Скільки вам років?” “Роман Іванович”. І так далі. Спостерігається при шизофренії та органічних ураженнях головного мозку, старечій та атеросклеротичній деменції, хворобах Піка та Альцгеймера.

Мислення аутистичне — відірване від реалій. Коло асоціацій з навколишнім світом обмежене. Асоціації виникають переважно на основі ідей, уявлень, відчуттів, пов'язаних із хворобливими домінуючими переживаннями. Хворі замикаються в собі, тримаються осторонь, ні з ким не спілкуються. Відповіді на запитання формальні. Фантазія і реальність співіснують і не розділяються хворим, бажане сприймається за дійсність. Характерне для шизофренії.

Мислення кататимне (кататимічне, афективне) — втрата логічного мислення внаслідок впливу на нього афективно забарвлених уявлень, бажань, побоювань. Спостерігається при паранойяльному розвитку особистості.

Мислення конкретне (формальне, примітивне) — обмежене конкретними, примітивними поняттями, судженнями, що не досягає рівня абстракції. Неможливість “відірватися” від фор-

мальних ознак явищ та предметів, проникнути до їхньої внутрішньої сутності. Наприклад, на прохання пояснити зміст виразу “шило в мішку не сховаєш” хворий відповідає: “Шило гостре, проколить мішок і вилізе”. Цей тип мислення характерний для хворих з олігофренією.

Розлади мислення за змістом асоціацій

Серед розладів мислення особливе значення мають хворобливі ідеї: маячні, маячноподібні, надцінні (домінантні), нав'язливі, їх сутність полягає у тому, що в судженнях і висновках хворих з'являються ствердження, що суперечать дійсності.

Маячні ідеї (маячня)

Маячні ідеї — розлад мислення з помилковим, неправильним судженням, що спотворено відображає дійсність. Цілком оволодіває свідомістю хворого і не піддається логічній корекції (переконанню). З точки зору хворого, він мислить правильно, отже, не сумнівається. Маячню неможливо виправити ні переконанням, ні за допомогою наочних доведень. Саме цим вона відрізняється від помилкових суджень, вірувань. Маячні ідеї можуть з часом втратити свою яскравість, актуальність, але спроба щось довести тільки зміцнює віру хворого в його правоту і дає поштовх до подальшого розвитку недуги. Тут доцільно згадати афоризм: “Сто мудреців не в змозі переконати одного божевільного”.

Маячні ідеї досить різноманітні за своїм змістом, структурою і роллю, яку вони відіграють у загальній клінічній картині психічного захворювання. Джерелами їх формування є повсякденне життя, духовна сфера недужого, його зовнішні враження, обставини тощо. На зміст маячні впливають індивідуальна психологія особистості, рівень інтелектуального розвитку, освіта, професія, середовище, в якому живе хворий.

Конкретний зміст маячні залежить від епохи проживання особистості. Наприклад, у середні віки домінували ідеї диявола, чаклунства, чарівництва, пізніше — магнетизму, телепатій,

гіпнозу тощо, а нині найчастіше скаржаться на дію біотоками, космічними променями, атомною енергією, радаром та ін. З цього приводу можна навести висловлювання Модслі: “Божевілля завжди більшою чи меншою мірою відображує час”.

В. Грінгер, А. В. Снежневський та інші психіатри об’єднували маячні ідеї за змістом у три групи.

Група I. Маячні ідеї переслідування. Хворий вважає, що за ним стежать, переслідують його і його рідних, хочуть убити тощо. Маячня такого змісту виявляється по-різному.

Маячні ідеї стосунку. Хворий вважає, що все, що відбувається навколо, стосується його безпосередньо і має якийсь особливий сенс: усі багатозначно дивляться на нього; різні вчинки, жести, висловлювання, радіо- й телевізійні передачі, а іноді ті чи ті явища природи — то все не просто так, а має якусь причетність до хворого.

Маячні ідеї впливу. На думку хворого, причиною змін в його організмі є хтось, що на нього впливають за допомогою апаратів, променів, електричного струму (маячня фізичного впливу) або гіпнозу, телепатії, навіювання (психічного впливу).

Маячні ідеї отруєння. Хворий переконаний, що хочуть його смерті, а тому в їжу підсипають отруту, дають токсичні ліки, в квартиру напускають газ тощо.

Маячні ідеї втрати, шкоди, пограбування. Хворий впевнений, що невідомі злочинці або знайомі люди мають його пограбувати або вже обікрали, розорили, позбавили квартири, майна, заробітку. Навіть “виявляє” в квартирі сліди злочину.

Маячні ідеї звинувачення. За словами хворого, люди, що оточують, звинувачують його в причетності до брехні, поганого вчинку, аморальної поведінки тощо.

Маячні ідеї ревнощів. Хвора людина вважає, нібито дружина (чоловік) зраджує, і разом з коханцем (коханкою) хочуть її (його) убити. Причому факти, що їх наводить недужий, аби довести зраду, нереальні, фантастичні, часом безглузді.

Маячні ідеї кверулянтські (сутяжницькі). Хворий стверджує, що його обмежують у правах, ображають, а тому в нього виникає непереборна схильність обстоювати свої права, інтере-

си шляхом численних скарг, позовів, заяв до суду, прокуратури, органів влади.

Маячні ідеї еротичного змісту — різновид маячні стосунку, впливу, що іноді поєднується з маячними ідеями переслідування: певна особа протилежної статі кохає хвору (хворого), відчуває сильну пристрасть до неї (нього) і тому різними способами намагається привернути до себе увагу, привабити, викликати симпатію.

Маячня персекуторна (ставлення, переслідування, впливу, отруєння, шкоди) — супроводжується відчуттям страху, недовіри, підозри до оточення.

Група II. Маячні ідеї величі. Хворий переконаний у своїй винятковості (“здібний, усе може, багатий, має високе суспільне становище”). Виникає на фоні піднесеного настрою. Маячня величності виявляється по-різному.

Маячні ідеї багатства. Хворі стверджують, що їхня заробітна плата обчислюється мільярдами, що вони мають тонни дорогоцінних металів і каменів, велику спадщину тощо.

Маячні ідеї високого походження. Пацієнт вірить, що він за походженням із знатного роду, має кровні зв’язки з людьми, які займають провідне становище в політиці, мистецтві, науці і т. ін.

Маячні ідеї винаходу і відкриття — розлад мислення, коли особа безпідставно, часто не маючи спеціальної освіти й досвіду, “винаходить” апарати, двигуни, ліки, “відкриває” закони, застосування яких, на його думку, сприятиме прогресу й ошчасливить людство.

Маячні ідеї реформаторства — хворобливі судження, що ґрунтуються на системі суб’єктивних, формальних логічних доведень, що виникли у процесі “розробки” і “впровадження” різних реформ — від незначних до глобальних. Хворі розробляють класифікації людських знань, складають плани “академії людського щастя” тощо.

Група III. Маячні ідеї самоприниження — хворобливий стан мислення, коли хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

Маячіння гріховності. Хворі приписують собі аморальні спонування, намагання, прагнення, вчинки, вважають себе грішниками, які не мають права на життя, бо через них страждають рідні, близькі, весь світ.

Маячіння самозвинувачення. Хворі звинувачують себе у життєвих помилках, аморальних думках і бажаннях, у “скоєнні” аморального вчинку чи злочину, за який мають бути тяжко покарані.

Маячіння іпохондричне — стійка впевненість хворого, що в нього невиліковна хвороба і він, можливо, скоро помре. Для доказу цього хворий наводить низку аргументів, що ґрунтуються на його відчуттях, поглядах навколишніх, клінічних аналізах, хоча останні без відхилень або мають незначні зміни. Фізичні обстеження свідчать, що соматичної хвороби немає. Тим, хто намагається переконати його в цьому, в тому числі й лікарям, недужий не вірить.

Маячіння нігілістичне (Котара) — різновид іпохондричного маячіння. Хворий стверджує, що внутрішні органи атрофовані і не функціонують, перебувають у стані розкладу (“серце зупинилося”, “кров застигла в судинах” тощо), тобто він “чекає” смерті. Інколи вважає себе живим трупом, що розкладається.

Маячіння одержимості — це своєрідні іпохондричні маячні ідеї, зміст яких полягає в тому, що, на переконання хворого, в його тіло вселилися певні тварини, міфічні або уявні істоти.

Виокремлюють первинне — інтерпретативне маячіння і вторинне — чуттєво-образне.

Інтерпретативне (первинне) маячіння. Порушується опосередковане (абстрактне) пізнання дійсності. Клінічно характеризується більш-менш складною системою ідей спотвореного (викривленого) судження, тлумачення реалій життя, безпосереднє відображення яких залишається не порушеним. Правильно сприймаючи оточення, обстановку, дійсність, хворі висловлюють помилкове, хворобливо-хибне судження про них, яке не піддається логічному виправленню. До інтерпретативного маячіння належать ідеї величності (інтелектуальної переваги, винаходу, відкриття, еротичності). Воно розвивається в

осіб з паранойяльними рисами характеру (переоцінювання власної особистості, психічна ригідність, недовіра, підозра тощо). Первинне маячіння розвивається повільно, послідовно і має кілька етапів розвитку. Спочатку хворий помічає, що люди, які його оточують, події, що відбуваються навкруги, несуть якусь таємницю, щось обіцяють, мають певне відношення до хворого, але все це не визначене (К. Ясперс, 1923). Хворі очікують чогось, що має відбутися, і це їх насторожує.

Згодом виникають маячні уявлення. Внаслідок цього минулі події набувають особливого сенсу, нового забарвлення, значення у вигляді “осяяння” (“нарешті я зрозумів, що я — Бог, а все, що відбувається у світі, — наслідок моїх розпоряджень” та ін).

Завершальним етапом первинного маячіння є його кристалізація, в процесі якої маячні ідеї набувають “злагодженості й завершеності”. У разі первинного маячіння передусім втрачається здатність до логічного мислення. Свою точку зору такі хворі “підтверджують” упереджено підібраними доказами. Беруть до уваги лише те, що відповідає ідеї, яку вони обстоюють, а іншими аргументами нехтують.

До первинного (інтерпретативного) маячіння належать ідеї переслідування, отруєння, взаємин, винаходу, відкриття, кверулентські, величності, еротичні. Інтерпретативне маячіння характерне для паранойяльного та парафренного (парафренічного) синдромів.

Чуттєво-образне (вторинне) маячіння характеризується розладом чуттєвого пізнання, що супроводжується підвищеною афективністю та загальним розгубленням, поряд із порушенням абстрагування. При цьому не зберігається певна єдність світогляду. Хворобливі ідеї спираються не на систему доводів, а переважно на образи, фантазію, здогадки. Хворий скрізь вбачає натяки на свою адресу: в усмішках людей, статтях у газеті, на радіо, в телепередачах, лампочках, що світяться, тощо. Скажімо, вважає, що це сигнал його уявних ворогів.

На відміну від інтерпретативного, вторинне маячіння пов'язане з галюцинаторними переживаннями та афективними розладами. Чуттєво-образне маячіння не систематизоване. В його

основі лежать чуттєво забарвлені, яскраві, образні уявлення. Це визначає фрагментарність і непослідовність їх виявів.

Зміст образного маячіння різноманітний. Він то наближається до реального, то носить фантастичний характер. До нього належить антагоністичне, або маніхейське (М. Діде, П. Гіранд, 1922), маячіння. В основі його лежить боротьба двох начал — добра і зла, характер і наслідки якої залежать від поведінки хворого, його намірів і вчинків.

Афективне (голотимне за Е. Блейлер, 1906) маячіння має депресивне або маніакальне забарвлення. Вияви депресії досить різноманітні: маячні ідеї шкоди, втрати, різні варіанти іпохондричного маячіння аж до маячіння Котара, за якого іпохондричні переживання набувають мегаломанічного характеру (“мої страждання ніколи не закінчаться, загине світ, зникне людство, залишусь лише я і мої страждання...”). Афективне маячіння маніакального забарвлення виявляється ідеями величності.

Катастетичне маячіння (В. А. Гіляровський, 1949) — маячні ідеї, пов’язані з порушенням інтерорецепції. Хворобливі відчуття від внутрішніх органів формують, головним чином, маячні ідеї іпохондричного змісту, а також впливу і переслідування.

За структурою маячні ідеї поділяють на систематизовані та несистематизовані.

Маячіння систематизоване. Маячні ідеї входять до певної системи з об’єднувальною центральною думкою. Судження стають системою поглядів, що визначають світогляд хворого загалом. На цих судженнях зосереджується усе психічне життя недужого. При цьому спотворюється певне відбиття внутрішніх зв’язків між явищами реального світу. Одне хворобливе судження пов’язується з іншим, викристалізовуючи маячну систему. Систематизованим є паранойяльне (параноїчне) та парфренічне маячіння. За механізмом утворення систематизоване маячіння є інтерпретативним. К. Ясперс писав, що при цьому “маячна робота”, яка вимагає “всіх інтелектуальних сил особистості”, внаслідок чого виникає “маячна система”, зрозуміла нам у своїх зв’язках і стає незрозумілою відносно первинного переживання.

Маячіння несистематизоване характеризується браком послідовної системи доказів. Такі маячні ідеї уривчасті, не пов'язані між собою, фрагментарні, безглузді й швидко змінюються. За механізмом виникнення, несистематизоване маячіння є чуттєво-образним. Воно пов'язане з порушенням сприйняття (галюцинаціями). Характерне для параноїдного синдрому.

Маячіння резидуальне характеризується тим, що хворий деякий час упевнений в істинності своїх переживань, які спостерігалися в період загострення хвороби на фоні порушеної свідомості.

Маячіння індуковане (наведене) виникає у родичів та інших осіб (реципієнтів), які тривалий час близько спілкуються з хворим (індуктором). Фабула маячіння буває різноманітною (це — переслідування, сутяжництво, еротична), але завжди схожа на фабулу маячіння індуктора. Такі розлади частіше спостерігаються у людей зі зниженим критичним началом та посиленою навіюваністю, зумовленими природженими психічними аномаліями (при олігофренії, психопатії тощо) або набутими дефектами психіки (атеросклеротична деменція, затяжний астеничний стан і т. ін.). Зазвичай індуковане маячіння зникає через кілька діб після припинення спілкування реципієнта з індуктором. Інколи маячіння індуковане спостерігається у значній кількості осіб і навіть призводить до “психічних епідемій”. Це було особливо поширено в середні віки.

Якщо реципієнтом є також психічно хворий (наприклад, на шизофренію), тоді виникає *конформне маячіння*, коли відбувається взаємоіндукція. Навіть після роз'єднання таких коделірантів маячіння може зберігатися і в подальшому розгортатися в кожного самостійно.

Параноїяльне маячіння. Виникають систематизовані маячні ідеї щодо тих чи тих осіб, подій або ж обстановки. Починається все з переоцінки власної особистості, появи надцінних ідей, а згодом — тлумачення маячних ідей. Розвивається параноїяльне маячіння після неприємного переживання чи конфлікту. Спочатку виникають маячні ідеї величності, до яких приєднуються маячні ідеї переслідування (стосунків, впливу, отруєння

тощо). Вони пов'язані між собою й утворюють певний маячний (паралогічний) сюжет. При параноїяльному маячінні не буває розладів сприйняття, інтелектуально-мнестичні функції збережені. На початку розвитку параноїяльних маячних ідей хворих “переслідують” уявні вороги, а згодом вони самі стають переслідувачами (“переслідувані переслідувачі”, за висловлюваннями Лассега і Фальре).

Парафренічне маячіння. У людей зрілого віку поступово, протягом тривалого часу (роки, десятиліття) розвиваються систематизовані маячні ідеї. Вони мають зв'язок з розладами сприйняття. Розпочинається парафренічне маячіння з появи ідей переслідування (стосунків, фізичного й психічного впливу, отруєння тощо). У період кристалізації маячних ідей розвиваються ідеї величності. За механізмом утворення парафренічне маячіння є інтерпретативним і чуттєво-образним. Тривалий час інтелектуально-мнестичного та емоційно-вольового зниження особистості не спостерігається. Залежно від переважання у структурі парафренічного маячіння тих чи тих психічних розладів виділяють різні його форми.

Для систематизованої парафренії характерне систематизоване маячіння переслідування, а експансивне (величності) відступає на другий план. При фантастичній парафренії домінують чисельні експансивні маячні ідеї (величності). Якщо у клінічній картині переважають маячні конфабуляції, тоді йдеться про конфабуляторну парафренію, що характеризується ретроспективним маячінням. Експансивній парафренії властивий виражений підвищений афективний стан.

Параноїдне маячіння характеризується появою маячних ідей стосунку, впливу, отруєння, переслідування, величності, самоприниження тощо. Ці ідеї не систематизовані, тобто не створюють послідовної системи “доказів”. Механізм розвитку параноїдного маячіння пов'язаний з розладами сприйняття (ілюзії, галюцинації, метаморфозії тощо). Це чуттєво-образне маячіння, що супроводжується афективною напругою (страхом, тривогою, злістю, руховим збудженням). Тлумачення дійсності має фрагментарний, непослідовний, уривчастий харак-

тер. Маячним переживанням і висловлюванням бракує “стержня”, навколо якого формувалася б маячна система.

Маячноподібні ідеї — хворобливі ідеї переоцінювання або недооцінювання власної особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного чи зниженого). Вони ґрунтуються на певних реальних фактах. Такі ідеї, на відміну від маячних, деякою мірою можна коригувати, але не завжди й не надовго. Вони ніколи не бувають безглуздими.

Найчастіше маячноподібні ідеї спостерігаються у структурі маніакального і депресивного станів. У випадку маніакального стану на фоні піднесеного настрою хворий переоцінює можливості власного “Я”, своїх здібностей тощо. У депресивному стані виникають маячноподібні ідеї самоприниження, самозвинувачення, гріховності, втрати.

Надцінні ідеї (домінантні) — це думки, що переважають над усіма іншими. Виникають вони внаслідок реальних обставин, але згодом набувають надмірного емоційного забарвлення, займають у свідомості людини домінуюче становище і впливають на процес мислення загалом. Усі інші думки гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи надцінну ідею. Такими стають частіше ті ідеї, що особливо зачіпають особистість хворого.

Надцінні ідеї не завжди є завершеним феноменологічним утворенням. За прогресування хвороби можлива їхня трансформація в маячні ідеї (обмежене маячіння стосунку). Вирізняють також проміжні хворобливі ідеї, так зване надцінне маячіння К. Бірнбаума (1915), що може перейти в паранойяльне. Надцінні ідеї коригуються дуже важко, а іноді не зовсім. При цьому з інших питань хворі означеної групи можуть мати правильні судження.

Найчастіше надцінні ідеї спостерігаються у психопатичних осіб, насамперед при розладі особистості паранойяльного типу.

Нав’язливі ідеї — думки, що виникають у людини, чужі для її свідомості в даний момент. Хворий критично оцінює їх, вважає безглуздими, бореться з ними, прагнучи позбутися. У пацієнта з’являються “брудні” думки, що суперечать його моралі, блюз-

нірські уявлення, в тому числі й стосовно тих, кого поважає і любить. Такі думки можуть з'являтися у релігійних людей під час перебування у церкві, споглядання ікон, молитви тощо.

До нав'язливості відносять також безплідне мудрування, нав'язливі спогади. Такі хворі поринають у тривалі тяжкі роздуми відносно зовсім неактуальних, далеких від реальності подій, уявлень. Хворий розмірковує, що з ним буде після смерті, як розкладатиметься його тіло, у що перетвориться його прах, які рослини виростуть і т. ін. Нав'язливі спогади про якийсь давній вчинок, непереборні, надто тяжкі. При цьому досить чітко вираженим буває відчуття сорому, розкаяння, хворий марно старається забути про це.

Нав'язливі думки (ідеї) часто поєднуються з нав'язливими сумнівами, побоюваннями, страхами (фобіями), потягами, діями. У цьому разі більш правильно розглядати їх як нав'язливі стани (синдром нав'язливих станів).

Нав'язливі сумніви виявляються у тому, що хворий постійно має сумніви щодо завершеності дій (чи замкнув квартиру, чи не тече вода, чи вимкнув газ тощо). Багаторазова перевірка не заспокоює хворого, хоча він і розуміє необґрунтованість сумнівів, їх хворобливий характер. Хворі переживають відчуття невпевненості щодо точності й правильності виконання роботи, часто повертаються до об'єкта занять, перевіряють самі себе, але залишаються невдоволеними, чекаючи поганих наслідків.

Нав'язливі побоювання виявляються у хворих, які, виконуючи ту чи іншу дію (навіть автоматизовану), сумніваються у власних силах. Їм здається, що можуть збитися, помилитися, бути незграбними тощо.

Нав'язливі страхи (фобії) досить численні. Це інтенсивні страхи з приводу різноманітних явищ. Хворі розуміють безглуздість своїх фобій, намагаються їх подолати, але все те марно.

Найчастіше спостерігаються такі нав'язливі страхи: агорафобія (страх відкритого простору, площ, широких вулиць), гіпсоманія (страх висоти), клаустрофобія (страх замкнутих приміщень), мізофобія (страх забруднення), танатофобія (страх

раптової смерті), токофобія (страх померти під час пологів), оксифобія (страх гострих предметів), нозофобія — канцерофобія, сифілофобія, снідофобія та інше (страх захворіти), монофобія (страх самотності), гідрофобія (страх води), сигофобія (страх прийняття їжі), гінекофобія (страх бути із жінкою), міксеофобія (страх виявитися неспроможним у ситуації інтимної близькості), урофобія (страх мимовільного сечовипускання), еритрофобія (страх почервоніти), фобофобія (страх виникнення страху), пантофобія (всеохоплюючий страх) тощо.

Нав'язливі потяги — раптова потреба в реалізації певної дії, до якої хворий ставиться критично (розуміє її безглуздість), намагається уникнути її, але це йому не вдається. До нав'язливих потягів і дій (без фобій) належать звичні рухи, яких важко уникнути, попри значні зусилля. Наприклад, скалити зуби, постійно торкатися обличчя, відтягувати шкіру на обличчі, поправляти зачіску. Нав'язливим вважають включення у мову зайвих за змістом слів на зразок “розумієш”, “так би мовити”, “часто-густо”, “коротше кажучи” та ін.

У психіатричній практиці спостерігаються нав'язливі контрастні потяги — компульсії. Наприклад, нав'язливий потяг брудно вилаяться серед людей, ударити випадкового перехожого чи кохану людину, розсміятися в трагічних ситуаціях. На відміну від маячіння, контрастні нав'язливості ніколи не реалізуються. Цим вони відрізняються від імпульсивних дій.

Нав'язливі дії, поєднуючись з фобіями, мають ритуальний характер. Виконання нав'язливого ритуалу полегшує психічний стан хворого (своєрідний психологічний захист). Ці дії виконують усупереч здоровому глузду, начебто для запобігання уявному лихові. Наприклад, хворі плещуть у долоні у певній послідовності, миють руки милом до появи якоїсь кількості мильних бульбашок, рахують на вулиці лисих до задуманої кількості тощо.

Якщо хворий унаслідок деяких обставин не може виконати нав'язливу дію, у нього з'являється психічний дискомфорт (неспокій, тривога, паніка), який тримається доти, доки дію не буде виконано.

Нав'язливі стани спостерігаються при неврозі, психостенічній психопатії, при ураженні судин головного мозку, церебротравматичних розладах, при шизофренії.

3.3. Розлади емоцій

Емоції — це переживання людиною ставлення до самого себе та навколишніх. Сприйняття зовнішнього світу разом з відчуттям власного тіла супроводжується певними почуттями, в яких виражається наше ставлення до цих вражень. Емоції відіграють значну роль у всіх виявах людського життя — задоволенні інстинктивних потреб, професійній діяльності, комунікативній активності тощо. Емоції і почуття мобілізують організм до адекватної адаптації, відображають стан людини, її погляди на те, що вона робить чи відчуває.

Механізм виникнення емоцій пояснює низка теорій. За однією з них — теорією Джеймса-Ланге — емоції виникають унаслідок вісцеральних та м'язових реакцій. Людина плаче не тому, що їй сумно, а навпаки: їй сумно через те, що вона плаче. Теорія Кенона-Барда стверджує, що переживання є наслідком надходження імпульсів з гіпоталамуса до стовбура головного мозку, а не з периферії. За концепцією школи І. П. Павлова, фізіологічною основою емоцій є підкірка, а вищим регулятором емоцій — кора великого мозку. Центральний нервовий апарат емоцій — сукупність утворень, до яких належить гіпоталамус, який називають вісцеральним мозком. Кора великого мозку відіграє певну роль в інтерпретації емоційних відчуттів.

Широкий діапазон людських почуттів охоплює як пов'язані із задоволенням біологічних потягів нижчі емоції, так і вищі, соціальні форми емоційної діяльності. Нижчі емоції (голоду, сексуального інстинкту, уникнення небезпеки та ін.) виникають за інстинктивних потреб. До вищих емоцій належать естетичні, інтелектуальні, моральні. Вищим почуттям властивий пізнавальний елемент, естетичні ж виникають у разі споглядання прекрасного (природи, творів мистецтва, красивих людей).

Інтелектуальні почуття супроводжують пізнання, а їх метою є істина. Моральні почуття — почуття справедливості, дружби,

обов'язку, сорому і каяття. Вищі почуття у зрілої людини виступають домінуючими, вони модифікують та спрямовують нижчі інстинктивні імпульси. Залежно від ставлення людини до явищ внутрішнього й зовнішнього світу, оцінки її емоцій можуть бути позитивними чи негативними. Позитивні емоції свідчать, які явища нам приємні. Негативні ж виникають у разі невдоволення чимось. Деякі автори виділяють також нейтральні емоції, наприклад, цікавість, пасивне споглядання. Крім того, емоції діляться на стеничні й астеничні. Стеничні емоції (радість, надія та ін.) підвищують життєдіяльність організму, активізують життєві процеси, роблять людину сильнішою, астеничні (страх, сум тощо) — знижують м'язовий тонус, ослаблюють волю, сповільнюють психічні процеси, знижують життєдіяльність організму.

За тривалістю та інтенсивністю переживань виокремлюють емоційні стани — настрій, пристрасть, афект. Відносно тривале, стійке емоційне тло — позитивне чи негативне — називають настроєм. Сильне й тривале почуття називають пристрастю. Афект — короткочасна, з бурхливим перебігом емоція, яка супроводжується руховими й вегетативними виявами. Розрізняють фізіологічний та патологічний афекти. Фізіологічний афект — емоційний вибух, зумовлений хвилюванням (гнів, відчай, страх тощо). За фізіологічного афекту, хоч який би він був сильний, людина здатна контролювати власні вчинки, усвідомлює їх і несе відповідальність.

Для здорових людей характерні емоційні коливання. Це свідчить про здатність реагувати на враження та переживання. Коливання настрою, афекти стають патологічними, коли вони виражені такою мірою, що порушують цілеспрямованість психічної діяльності, призводять до втрати працездатності.

Класифікація порушень емоцій

Порушення емоцій можна класифікувати наступним чином:

1. Патологічне посилення емоцій (манія, депресія).
2. Патологічне послаблення емоцій (емоційне сплосчення, параліч емоцій, емоційна тупість, апатія).

3. Патологія рухливості емоцій (лабільність, слабкодухість, інертність).
4. Порушення адекватності емоцій (неадекватність, амбівалентність, дисфорія, патологічний афект, немотивований страх).

Манія (гіпертимія, маніакальний афект) — стійке підвищення настрою з посиленням потягів, активності, прискоренням мови та мислення. Для маніакального афекту характерні відчуття веселості, оптимізму, щастя, нестійкість та відволікання уваги, балакучість, загострення пам'яті. Переоцінка власної особистості. Манія є симптомом маніакальної фази маніакально-депресивного психозу. Помірно виражена манія називається *гіпоманією*.

Патологічне підвищення настрою може переходити в *ейфорію* — стан безпричинного щастя з відтінком безтурботності, пасивності, блаженства в поєднанні з підвищеним самопочуттям та браком активності. Ейфорія найчастіше спостерігається в стані алкогольного та наркотичного сп'яніння, під впливом хронічних інтоксикацій, при органічних психозах. На відміну від манії для неї не притаманні прискорення мислення та підвищена рухливість. Якщо уражено лобні частки мозку, ейфорія поєднується з руховою розгальмованістю, безглуздою поведінкою, придуркуватістю, зниженням інтелекту (морія).

Підвищений настрій може набувати форми *екстазу-переживання* надзвичайного щастя, без прискореного перебігу психічних процесів та поживлення моторики. Такі хворі схильні до патетичних висловлювань. Екстаз може досягати найвищого ступеня захоплення й замилювання, які поєднуються зі скованістю рухів, заціпенінням. Стан екстазу спостерігається при епілепсії, шизофренії, істерії.

Депресія (гіпотимія, депресивний афект) — стан, коли хворий перебуває у пригніченому настрої, смутку, який супроводжується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, з'являються думки про власну неспроможність, передчуття нещастя, дискомфорт з відчуттям важкості у грудній клітці, суїцидальні наміри та спроби. Ніщо не приносить радос-

ті. У похмурих, часто трагічних тонах сприймається минуле, сьогодення і майбутнє. Самооцінка вкрай низька, переважно з відчуттям власної нікчемності, гріховності, втратою віри у власні сили. Сповільнення психічних процесів поєднується з ослабленням потягів, втратою апетиту, сну. Такий стан характерний для депресивної фази маніакально-депресивного психозу. За помірного вияву цих відхилень кажуть про субдепресію.

Депресивний афект іноді супроводжується руховим збудженням (ажитована депресія), млявістю (адинамічна депресія), надмірним виснаженням (астенічна депресія), роздратуванням та гнівом (гнівлива депресія), відчуттям нестерпного болю від втрати почуттів (анестетична депресія). В останньому разі хворі надзвичайно тяжко реагують на свій стан, усвідомлюючи власну байдужість до всього. Нерідко вдаються до суїциду. Може спостерігатися втрата почуттів (психічна анестезія).

До патологічного ослаблення емоцій належать емоційне сплющення, емоційна тупість, параліч емоцій, апатія.

Під **емоційним сплющенням** та **емоційною тупістю** розуміють необоротну наростаючу недостатність яскравості емоційних виявів, втрату переживань, душевну холодність, байдужість, спустошення в емоційній сфері. Ці стани можуть супроводжуватися розгальмованістю потягів, брутальністю, агресивністю. Спостерігаються при шизофренії (простій формі), органічних ураженнях головного мозку.

Апатія — стан емоційної тупості, байдужості, бездумності. Ніщо у хворого не викликає інтересу, емоцій, у тому числі й особиста життєва перспектива. Апатія буває наслідком тяжкої патології — шизофренії, пухлин мозку, атрофічних процесів у головному мозку, хвороб Піка, Альцгеймера.

Психотравмуючі події надзвичайної сили (звістка про смерть близької людини, стихійне лихо із загибеллю людей, землетрус) можуть спричинити **параліч емоцій** — раптову втрату почуттів. Клінічна картина такого стану також полягає у повному зникненні інтересів, загальмуванні моторики, бездіяльності, бездумності, але, на відміну від апатії, параліч емоцій — короткочасний і обіговий процес.

Порушення рухливості емоцій може виявлятися у формі їх надмірної лабільності та інертності.

Для **емоційної лабільності** характерні легкий, швидкий перехід від підвищеного настрою до зниженого і, навпаки, без явної причини. У дитинстві емоційна лабільність є фізіологічною нормою. Як патологія вона найчастіше спостерігається в істеричних осіб, а також після травм головного мозку. З будь-якого приводу може з'явитися бурхлива, афективна реакція з вегетативними розладами, руховим збудженням. Усвідомлюючи її неприродність, хворі досить швидко заспокоюються, визнають, що не змогли стриматися.

Слабкодухість — афективне нетримання, коли з найменшого приводу людина плаче. Сльози чи сміх можуть виникнути внаслідок якогось спогаду. Слабкодухість характерна для хворих з ураженням судин головного мозку, особливо атеросклеротичним.

Інертність емоцій — тривале зосередження на неприємних емоціях, відчутті провини, образі, злості. Зустрічається при епілепсії, психопатіях (розладах особистості).

Емоційна неадекватність (паратимія) — симптом, який виражається в почутті, що не відповідає причині (кількісній і якісній), що його зумовила. Прикладом емоційної неадекватності може бути веселий настрій хворого при звістці про смерть близької людини. Паратимія також характерна для шизофренії.

При **амбівалентності емоцій** хворий одночасно переймається двома протилежними почуттями. Наприклад, любові й ненависті, жалю та жорстокості. На думку Е. Блейлера, який вніс значний вклад у вчення про шизофренію, амбівалентність є одним із чотирьох основних симптомів цієї недуги.

До порушень адекватності емоцій належить і **дисфорія**. Хворий стає пригніченим, злостивим, похмурим. Надто чутливим до зовнішніх подразників, напруженим, гнівливим. Нерідко скаржитися на відчуття страху. Будь-яка дрібниця може стати приводом до агресивних дій, жорстокості, насильства. Стани дисфорії характерні для епілепсії та органічних уражень мозку.

Вони виникають раптово і тривають від кількох годин до кількох діб.

Патологічний афект — це короточасне порушення психічної діяльності у вигляді бурхливої емоційної реакції із затьмаренням свідомості. Патологічний афект виникає при епілепсії, травматичному ураженні головного мозку, психопатії, під впливом різноманітних несприятливих чинників (алкогольне сп'яніння, психічна травма, перевтома). Подразник незначної сили спричинює таку емоційну реакцію, що хворий стає здатним до руйнівних та агресивних дій. Патологічний афект виникає раптово, триває від кількох секунд до кількох хвилин (рідше годин) і закінчується глибоким сном з подальшою повною або частковою амнезією. У літературі, присвяченій проблемам психіатрії, часто висвітлюються симптоми тривоги і страху.

Страх виражається у відчутті напруження з очікуванням небезпеки чи нещастя. Супроводжується прагненням уникнути небезпеки, втекти. Хворий сконцентрований на загрозі та небезпеці, які свідомо розпізнаються. Під час **тривоги** відчуття небезпеки не має конкретного змісту. Страх та тривога часто домінують у структурі багатьох психічних хвороб.

3.4. Розлади ефекторно-вольової сфери та потягів

Діяльність людини визначається її потребами, інтересами та ідеалами. Вона детермінована самим життям. Усі потреби її соціально опосередковані. Діяльність слід розглядати як вияв трьох форм дії: вольової, автоматизованої та інстинктивної. Кожна з них не виявляється ізольовано: усі вони поєднані.

Воля — усвідомлена цілеспрямована психічна активність людини на виконання або затримку дії. Вольові дії скеровані до свідомо визначеної мети, що супроводжується зосередженням на ній уваги. *Автоматизовані* дії також спрямовані до свідомо поставленої мети, але, на відміну від вольових, не вимагають зосередження на них уваги. *Інстинктивні* дії також цільові, однак не супроводжуються свідомим спрямуванням їх до певної мети, а зумовлені фізіологічними потребами.

Поведінка психічно здорової людини диктується її потребами. Розрізняють вищі (пізнавати, спілкуватися, працювати, мати певне становище в суспільстві) та нижчі, або біологічні (харчова, самозбереження, сексуальна), потреби. Вищі, або психосоціальні, потреби формуються в людини протягом життя. Вони залежать від особистості та соціальних чинників. Вищі потреби — індивідуальні для кожної людини і на їх основі формуються вищі почуття: соціально-етичні, естетичні, інтелектуальні, релігійні. Вищі й нижчі потреби суб'єктивно переживаються людиною і виявляються у вигляді потягів і бажань.

Потяг — це недостатньо усвідомлений внутрішній вияв потреби, що виявляється імпульсивним емоційним напруженням, яка спонукає до дії, визначає поведінку людини до задоволення потреби. Те, що змушує людину до дії з метою задоволення її потреб, називається **мотивацією**. Потреби є внутрішнім, а мета — зовнішнім виявом мотивації.

Порушення ефекторно-вольової сфери

Гіпербулія (загострення, посилення волі) полягає у підвищеній діяльності, руховому неспокої, прискоренні та посиленні мовної продукції. Такі хворі хапаються за безліч справ, але жодної не доводять до кінця. Гіпербулія спостерігається при маніакальних станах в осіб із психопатичними рисами особистості. Осередкове підвищення волі притаманне наркоманам, коли їм треба добути наркотичні речовини. Гіпербулія властива також хворим з паранойяльними та парафренічними маячними ідеями. Вони “борються” за власні ідеї, права, проти уявних ворогів тощо.

Гіпобулія (ослаблення волі) виявляється зниженням вольової активності. У таких хворих спостерігається зниження спонукань, потягів і бажань. Моторика, міміка, пантоміміка, жестикуляція збіднені. Пацієнти не стежать за зовнішнім виглядом, одягом, схильні до самотності. Гіпобулія характерна для астеничних та депресивних станів, шизофренії, енцефаліту.

Абулія — повна втрата вольової активності, прагнень, спонукань до діяльності. Через втрату вольової діяльності інколи

розгальмовуються автоматизовані та інстинктивні дії. Абулія може досягти ступеня, коли у хворих залишаються лише дії, що вкрай потрібні для підтримки життєдіяльності. У таких пацієнтів спостерігається загальмованість мімічних та пантомімічних рухів, мови. Означена патологія завжди поєднується зі зниженням або втратою почуттів, унаслідок чого формується апато-абулічний синдром. Абулія є типовим симптомом шизофренії, а також виникає як наслідок інших психічних недуг.

Парабулія — це спотворення вольової активності людини, коли змінюються не лише вольові дії, а й автоматизовані та інстинктивні. Парабулія проявляється багатьма симптомами. Розглянемо деякі з них:

Мутизм — порушення мовного спілкування за відсутності осередкових уражень мовних центрів головного мозку, тобто немотивоване мовчання. Хворі не відповідають на запитання, у них втрачена також здатність до спонтанної мови.

Негативізм — немотивований протипімпульс, безглузда протидія, опертя з боку хворого будь-якій дії ззовні, іноді затяте прагнення чинити наперекір. Виокремлюють активний (дії хворого протилежні інструкції) та пасивний (бездіяльність, хоча є дії відповідно інструкції) негативізм.

Атактичні дії (амбітендентність) — двоїстий характер дій як вияв двох протилежних мотивацій, розщеплення дій, коли у хворого одночасно виникає два протилежних прагнення і він виконує дві протилежні дії в один і той самий проміжок часу.

Парапраксія — спотворення рухів. Прості дії набувають карикатурного, химерного характеру (манірність, кривляння тощо).

Парамімія — потворні гримаси, мімічна гра, що не відповідають ні змістові висловлювань хворого, ні його емоціям.

Ехомімія — копіювання міміки людей, в оточенні яких пацієнт перебуває.

Ехопраксія — хворобливий стан, за якого хворий бездумно повторює дії, рухи інших.

Стереотипія рухів — повторення одних і тих самих рухових дій (похитування всім тілом, згинання та розгинання тулуба тощо).

Ехолалія — автоматичне повторення слів, запитань співрозмовника.

Стереотипія мови (вербігерація) — повторення одних і тих самих слів чи фраз.

Ступор — зниження або втрата рухової активності. До парабулій належить також: гебоїдна поведінка, що характеризується придуркуватістю, безглуздістю, неадекватною веселістю, “інертною ейфорією”, безпричинними сміхом, пустотливістю, карикатурністю рухів, дій, кривлянням. Хворий може говорити нісенітниці тощо.

Насильницькі дії — це нескладні дії, мимовільні рухи (ніби якась невідома сила змушує психічно хвору людину виконувати їх). Пацієнт не може протистояти цим впливам (моторний психічний автоматизм).

Нав’язливі дії — це рухи або дії, що їх виконує пацієнт проти власного бажання. Він критично оцінює їх безглуздість, але протидіяти цьому не може. Нав’язливі дії відволікають увагу людини доти, доки не будуть реалізовані. Іноді вони мають ритуальний характер (начебто з метою застерегти від лиха самого хворого чи його близьких). Нав’язливі дії поєднуються з нав’язливими сумнівами, побоюваннями, мудруваннями, думками. Спостерігаються при неврозі нав’язливих станів, психопатіях, шизофренії.

Розлади потягів

Розлади потягів виявляються непереборним прагненням, що оволодіває хворим усупереч здоровому глузду, почуттям та волі виконати безглузді дії. До них належать: *дромоманія* — непереборний потяг без будь-якої мотивації до бродяжництва; *піроманія* — неподоланна пристрасть до підпалювання без будь-яких мотивів; *клептоманія* — бажання красти зовсім непотрібні речі без будь-якої мотивації, стимулів і зацікавлення; *міфоманія* — потяг до обману, брехні, вигадок, фантазій (без розладу пам’яті); *арифмоманія* — непереборне, нав’язливе бажання рахувати будь-які предмети; *дипсоманія* — раптовий, непереборний потяг до алкоголю, періодичні запої; *копролалія* — непере-

борний потяг говорити непристойності, цинічно лягтися. Імпульсивні розлади потягів спостерігаються у психопатичних особистостей при неврозі, на початку розвитку шизофренії.

Хворобливі розлади харчового потягу (інстинкту) виявляються його посиленням — *поліфагія, булімія* (надмірне поїдання їжі за відсутності відчуття ситості). Спостерігаються вони при невротичних станах, шизофренії, органічних ураженнях головного мозку. Для ослаблення харчового потягу (анорексії) характерна відмова від їжі. Інколи поліфагію змінює *анорексія*, що спостерігається при нервовій анорексії. Ослаблення харчового інстинкту супроводжує депресивні й астеничні стани, шизофренію, тривалі соматичні захворювання. Спотворення харчового інстинкту (потягу) називається *копрофагією*. Хворі їдять неїстівне (кал, землю, п'ють сечу тощо). Це патологічне явище буває при розумовій відсталості, деменції, органічних ураженнях головного мозку.

Хворобливі розлади інстинкту самозбереження виявляються у його посиленні, ослабленні та спотворенні. Посилення цього інстинкту виражається агресивними або панічними реакціями, немотивованими скаргами, суїцидальними намірами, тенденціями та вчинками. Спотворення інстинкту самозбереження виявляється у психомоторному збудженні з нанесенням самопошкоджень. Ці розлади бувають в осіб із психопатичною структурою особистості, у хворих на шизофренію.

Хворобливі розлади статевого інстинкту й статевого потягу (лібідо) виявляються *гіперсексуальністю*, тобто загостренням статевого потягу (у чоловіків — сатириаз, у жінок — німфоманія), *гіпосексуальністю*, або ж ослабленням лібідо, та *статевими збоченнями* (статеві перверзії, парафілія). Гіперсексуальність спостерігається при маніакальних станах, органічних ураженнях головного мозку з психічними виявами — прогресивному паралічі, старечому недоумстві, епідемічному енцефаліті, олігофренії. Гіпосексуальність супроводжує депресивні й астеничні стани, неврози, шизофренію.

Статеві перверзії виявляються зміною спрямування статевого потягу та форм його реалізації. Їх можна вважати істинни-

ми тільки тоді, коли спотворений статевий потяг реалізується, заміщуючи нормальне статеве життя.

Статеві збочення досить різноманітні. Це можуть бути порушення статевої самосвідомості (транссексуалізм), психосексуальних орієнтацій за об'єктом, віком та статтю об'єкта.

Транссексуалізм — стійке усвідомлення власної належності до протилежної статі, попри те, що статеві залози, сечостатеві органи й вторинні статеві ознаки відповідають генетичній статі.

Патологічний онанізм — отримання статевого задоволення за допомогою тільки механічного подразнення статевих органів (фізичний онанізм) або посиленого фантазування на еротичні теми (психічний онанізм).

Нарцисизм (аутоеротизм) — спрямування лібідо на самого себе, сексуальна закоханість, милування власним оголеним тілом (культ власного тіла), що супроводжується статевим збудженням.

Ексігібіціонізм — отримання статевого збудження і задоволення шляхом оголювання і виставляння статевих органів перед особами протилежної статі. Спостерігається зазвичай у чоловіків.

Вуайєризм (візіонізм, скопофілія) — непереборний потяг до підглядання за статевим актом, сексуальними діями, оголеними особами, їх статевими органами з метою отримання статевого задоволення. Різновидом скопофілії є захоплення порнографією, еротичними фільмами тощо.

Фетишизм (ідолізм, символізм) — зведення до культу певного предмета (жіночої білизни, одягу, взуття або певних частин тіла — ноги, молочних залоз, статевих органів), настання статевого збудження та отримання насолоди від споглядання їх або дотику до них. Буває лише у чоловіків.

Трансвестизм — настання статевого збудження і задоволення під час переодягання в одяг протилежної статі.

Зоофілія (содомія, бестіалізм, зооерастія) — сексуальний потяг до тварин, отримання задоволення від статевого акту з ними.

Некрофілія (бертранізм) — статевий потяг до трупів, здійснення з трупами сексуальних дій і отримання від цього статевого задоволення.

Педофілія — сексуальний потяг до дітей зі спробами вступити з ними у статеві контакти.

Ефебофілія — статевий потяг до підлітків та юнаків чи юнок.

Геронтофілія — статевий потяг до осіб старечого віку, отримання статевого задоволення під час статевого акту з ними.

Гомосексуалізм (сексуальна інверсія) — порушення психосексуальної орієнтації, статевий потяг до осіб однойменної статі. Чоловічий гомосексуалізм називають уранізмом (педерастією), жіночий — лесбійством, лесбійською любов'ю, сафізмом.

Садизм — отримання сексуального задоволення під час статевого зносин тільки за умови, що зроблено боляче сексуальному партнерові. Патологічна пристрасть до жорстоких учинків, катування. Завдаючи фізичних мук іншим, садист дістає насолоду.

Мазохізм — статеве збудження і задоволення виникає лише на тлі відчуття болю, заподіяного партнером.

Типи психомоторного рухового збудження — гіперкінезія

Розлади ефекторної (рухової) діяльності виявляються психомоторним збудженням, що пов'язане зі зміною свідомості та емоційної сфери.

Психомоторне збудження — надто виражена неадекватна рухова й психічна активність, патологічна за формою та силою, що створює для оточення і самого хворого ненормальні умови і навіть небезпеку. Найчастіше у лікарській практиці зустрічаються такі види збудження: галюцинаторно-маячне, маніакальне, депресивне, кататонічне, гебефренічне, епілептичне, аментивне, хореатичне, істеричне, психопатичне, панічне, еротичне.

Галюцинаторно-маячне збудження є наслідком галюцинацій (слухових, зорових, нюхових тощо), що загрожують хворому, та маячних ідей переслідування, фізичного та психічного впливу, отруєння та ін. Збудження супроводжується афектом стра-

ху, тривоги, емоційною напругою, люттю. Хворі з підозрою ставляться до навколишнього, кожний рух тлумачать помаячному. Психомоторне збудження, спрямоване на “підозрілих”, може супроводжуватися агресивними діями (ліквідація “ворогів”). Інколи хворі “рятуються”, здійснюючи небезпечні для себе дії, наприклад, тікають через вікно, не врахувавши поверху будинку, наносять собі пошкодження, реалізують суїцидальні наміри (“краще вмерти легшою смертю”) тощо. Галюцинаторно-маячне збудження спостерігається при шизофренії та інших психічних захворюваннях, що виявляються галюцинаціями й маячними ідеями.

Маніакальне збудження супроводжується немотивованими веселощами, піднесеним настроєм, прискореним плином думок (“стрибки ідей”), мова стає непослідовною (маніакальний мовний безлад). Хворі постійно прагнуть діяти. Немотивовано переходять від одного напрямку діяльності, не закінчуючи роботу, до іншого. Метушливі, неспокійні, сексуально стурбовані. Мало сплять, мало їдять, худнуть. Інколи стають дратівливими, агресивними (гнівлива манія).

Маніакальне збудження характерне для маніакальної фази циркулярного або маніакально-депресивного психозу (біполярного афективного розладу) та маніакальних станів іншого генезу.

Депресивне (меланхолічне) збудження, або ажитована депресія. Депресивний синдром виявляється у пригніченому настрої, тузі, нудзі, сповільненому мисленні, загальній загальмованості.

Ажитована депресія виникає раптово, мов спалах, перериває загальмованість чи ступор. Хворі стають шаленими, не можуть усидіти на одному місці, кричать, метушаться, б’ються головою об стіну, розривають на собі одяг, виривають волосся, заломлюють руки, роблять спробу самогубства. Усе це поєднується з відчаєм, нестерпною тривогою, тугою та нудьгою. Такі хворі висловлюють маячні ідеї самоприниження, самозвинувачення.

Ажитована депресія спостерігається у депресивну фазу маніакально-депресивного психозу, при інволюційній депресії та депресії судинного походження.

Кататонічне збудження супроводжується руховим неспокоєм з безглуздими стереотипіями як мови, так і рухів. Характерними для цього стану є кривляння, манірність, карикатурність (“вишуканість”) рухів, незвичайні пози тіла, парамімії (невідповідність виразу обличчя емоціям). При кататонічному збудженні можливі імпульсивні дії, агресія, руйнівні вчинки. Характерні негативізм, амбітендентність, ехолоалія, ехопраксія тощо. Після цього зазвичай настає кататонічне заціпеніння (ступор). Такий тип збудження спостерігається при кататонічній формі шизофренії.

Гебефренічне збудження виявляється руховим і мовним збудженням з придуркуватою поведінкою. Хворі стають метушливими, на тлі піднесеного безглузлого настрою з'являються стереотипні рухи (пустотлива ейфорія): неадекватний сміх, кривляння. Вони передражнюють інших, блазнюють, копіюючи їхні дії. Стрибають, плескають у долоні, оголюються. Пози калейдоскопічно змінюються, повторюються. Можливі імпульсивні асоціальні дії. Гебефренічне збудження частіше буває у хворих з гебефренічною формою шизофренії підліткового віку.

Епілептичне збудження часто виникає в потьмареному стані свідомості, перед судомними нападами або після них і виявляється дисфорією (вираженими афектами злості, страху, спалахами гніву, агресії). Під час епілептичного збудження хворі вдаються до брутальності, можуть поранити і навіть убити. Збудження виникає раптово, без чіткого мотиву, внаслідок збудження поля свідомості. Спостерігається воно при різних видах епілепсії та епілептиформних синдромах.

Аментивне збудження виявляється безладною поведінкою. Хворі метушливі, розгублені, їхні рухи однотипні, хаотичні. Не орієнтуються в оточенні, не розуміють, що відбувається навколо, раз за разом озираються, вглядаються в обличчя людей. Постійно задають питання: “Де я?” “Хто вони?” “Що відбувається?” Висловлювання їхні непослідовні, фрагментарні (аментивний мовний безлад). Інколи хаотичний набір фраз переривається невеселим сміхом, схлипуванням. Міміка хворих виражає здивування в поєднанні з тривогою, страхом, без-

порадністю. Аментивне збудження спостерігається при інфекційних психозах та психозах виснаження.

Хореатичне збудження виникає гостро, частіше увечері або вночі, й характеризується глибокою сплутаністю свідомості та дезорієнтацією. Рухи безладні, аморфні, у межах ліжка. Хворий розмахує руками, скидає постіль на підлогу, скручує її, опускає ноги. Мова погано модульована: викрикує окремі слова, уривки фраз, склади, звуки (хореатичний мовний безлад). Соматичний стан тяжкий. Шкіра й слизові оболонки сухі, бліді. Обличчя гіперемоване. Губи з тріщинами, часто — з герпетичною висипкою. Язик сухий, вкритий сіро-коричневим нальотом. На тілі помітні синці. Гіпергідроз, фізичне виснаження. Температура тіла досягає 40–41 °С. Хореатичне збудження спостерігається при інфекційному психозі за типом “гострої маячні” і при фебрильній шизофренії.

Істеричне збудження виявляється порушеннями в афективній сфері (підвищена афективність, дратівливість, нестійкість емоцій). На фоні пригніченого настрою хворі з незначного приводу демонстративно плачуть, голосять, стукають кулаками по столу, тупають ногами, б'ють посуд, рвуть на собі одяг. Інколи знижений настрій змінюється веселістю, при цьому хворі неадекватно сміються. На висоті збудження (“рухова буря”) кричать, тремтять, метушаться, навіть до конвульсій. Демонстративно говорять про самогубство, інколи навіть роблять спробу суїциду. При істеричному збудженні можуть виникати істеричне потьмарення свідомості й істеричні напади. На поведінку хворого завжди впливає конкретна психотравмівна ситуація. Істеричне збудження може супроводжувати істеричну психопатію, істеричні форми реактивних психозів, невротичну істерію.

Психопатичне збудження найчастіше психогенно зумовлене, має певну мету й досить різноманітні вияви (залежно від форми психопатії). Психопатичні особи створюють напружену обстановку, залучаючи в конфлікт інших людей. Якщо хворого стримувати, збудження наростатиме. Зміст мови (викрики, вимоги, образи, погрози, лайка) змінюється залежно від дій нав-

колишніх і ситуації. Спостерігається при психопатіях і у хворих з психопатоподібною симптоматикою.

Панічне збудження характеризується хаотичним, безглузким руховим збудженням, що виникає раптово внаслідок стихійного лиха, катастроф, ситуацій, що несуть загрозу життю. Людина метушиться, виконує безтямні рухи, розмахує руками, кричить, просить допомоги, не помічаючи реальних шляхів до порятунку. Інколи раptom кудись біжить без будь-якої мети, часто — назустріч небезпеці (фугіформна реакція). Панічне збудження може супроводжуватися потьмаренням свідомості з подальшою амнезією. Для панічного збудження характерні вегетативні порушення: підвищення артеріального тиску, тахікардія, блідість шкіри, пітливість, діарея.

Якщо кілька осіб охоплено таким станом, то виникає загальна паніка. Це явище інколи набуває характеру масового індукованого психозу, особливо у тих випадках, коли “індуктором” є особистість, яка піддається навіюванню.

Еретичне збудження спостерігається при олігофренії і виявляється руховим збудженням безглузкого характеру, часом руйнівними діями, супроводжується криками, інколи з нанесенням собі пошкоджень.

Типи психомоторної рухової загальмованості — гіпокінезія

Кататонічний ступор (лат. *stupor* — заціпеніння) є виявом кататонічного синдрому. Характеризується нерухомістю, тривалим перебуванням в одноманітній позі — ембріона, повітряної подушки Durge (під час лежання на спині голова, шия, плечовий пояс припідняті), капюшона (хворі сидять чи лежать, натягнувши на голову ковдру, халат тощо, залишивши відкритим обличчя) та інші пози. При цьому людина не реагує на мокру постіль, зміни температури у приміщенні, голод, спрагу, уколи, термічні подразнення і навіть небезпеку (наприклад, пожежу). Притаманний також м'язовий гіпертонус або воскова гнучкість (утримує тіло в такому положенні, якого надають сторонні), мутизм (мовчання). Може супроводжуватися негативізмом —

активним (безглузда, певною мірою активна протидія інструкціям) або пасивним (зовнішнє нереагування). Спогади на цей період зберігаються. Субступорозний стан — це неповне заціпеніння, різного вияву мутизм, неприродна поза, часткова відмова від їжі (сторонні можуть нагодувати).

Депресивний ступор — повна або майже повна нерухомість, скорботна поза, страждальницький вираз обличчя. Вербальний контакт утруднений, відповіді односкладові. Хворі інколи бувають неохайні. Ступор раптово може змінитися гострим збудженням, за якого пацієнт може завдати собі серйозних пошкоджень. Спостерігається при тяжких ендогенних депресіях.

Психогенний (істеричний) ступор виникає унаслідок психогенної травми — переживання катастрофи, страху, жаху, раптової смерті близьких тощо. Найчастіше буває в істероїдній особистості. Характеризується загальною загальмованістю, до заціпеніння. Іноді супроводжується мутизмом, розслабленням м'язів. Відомий під назвою “уявна смерть”.

Апатичний ступор — байдужість до всього, бездіяльність, дезорієнтування, повне безсилля, безсоння, анорексія, зниження тону м'язів, неохайність. Виникає на тлі важкого фізичного виснаження, кахексії при затяжних симптоматичних психозах, енцефалопатіях. Називають також адинамічним, аспонтанним, абулічним ступором.

Екзогенний ступор — гіпо-, акінезія, що спостерігається при токсичних або інфекційних ураженнях головного мозку.

Контрольні питання

1. Симптоми порушення у сфері сприйняття, межа між нормою і патологією.
2. Симптоми порушення у сфері мислення.
3. Ознака патології в ділянці емоцій.
4. Порушення волі, ознаки енергетичного зниження.
5. Патологія потягів: питання норми і патології.

Розділ 4. Основні симптоми та синдроми розладів психіки: порушення пам'яті, інтелекту, свідомості, ознаки дефіцитарності психічних функцій

4.1. Розлади пам'яті та уваги

Пам'ять — це психічний процес запам'ятовування (фіксації), збереження (ретенції), відтворення (репродукції) та впізнавання слідів інформації. Подібно до того, як сприймається відображення об'єктивної реальності у певний момент, пам'ять відтворює реальність, яка була раніше сприйнята. Пам'ять пов'язує минуле з теперішнім, надає людському досвіду характеру безперервності, є основою психічного розвитку та однією з передумов інтелекту.

Розрізняють наступні **види пам'яті**:

- рухова (виявляється у здатності до репродукції рухів та поведінки, є основою умінь і звичок);
- наглядна (чуттєва);
- емоційна (афективна);
- логічна;
- механічна (на противагу логічній задовольняється механічним запам'ятовуванням, не зв'язує матеріал за законами логіки).

За характером домінуючої активності виокремлюють і такі види пам'яті, як: слухова, зорова, смакова, нюхова, тактильна та загального відчуття — положення тіла у просторі.

Під час запам'ятовування фіксується і закріплюється нова інформація шляхом зв'язування, консолідації її з раніше отриманою. Процес запам'ятовування може бути мимовільним і довільним. Довільне запам'ятовування має цілеспрямований характер, мимовільне не ставить перед собою певної мети і відбувається ніби “саме собою”.

Розрізняють два основних види збереження інформації в пам'яті, а саме: короткочасну й тривалу пам'ять. Для короткочасної — характерне утримання інформації від кількох секунд до однієї-двох діб. Це оперативна пам'ять, пов'язана вона з циркуляцією біоелектричних імпульсів замкнутими нервовими шляхами. За достатньої тривалості цього процесу його сліди, через необоротні зміни структури білкових молекул нейронів, консолідуються і стають основою довготривалої пам'яті. Інформація зберігається у такій пам'яті упродовж місяців, років. У процесі відтворення відбувається актуалізація матеріалу тривалої пам'яті, його перехід до оперативної. Відтворення тісно пов'язане з процесом збереження матеріалу в пам'яті та запам'ятовуванням.

Процеси запам'ятовування, відтворення та впізнавання є активними компонентами пам'яті. Для них велике значення має стан свідомості. При повній втраті свідомості до відповідного відрізка часу спогади відсутні. У разі часткового її порушення запам'ятовування та репродукція фрагментарні, спогади неповні й неточні.

Морфофункціональною основою пам'яті є спільна робота складного комплексу апаратів мозку — кіркових центрів аналізаторів, структури кола Пейпеца (гіпокамп, мамілярні тіла, гіпоталамус, поясна звивина), ретикулярної формації, гліальних елементів мозку.

Нормальна пам'ять не у всіх однакова. На неї впливають такі чинники, як тренування, емоції, втома, недосипання, соматичні й нервово-психічні недуги. Значно змінюється пам'ять залежно від віку. Порушення може виражатися в більших чи менших розладах її компонентів. У старечому віці частіше страждає процес запам'ятовування нового матеріалу поточних подій за одночасного збереження здатності до відтворення вражень минулого.

У клініці психічних захворювань розрізняють такі **патології пам'яті**:

- 1) гіпермнезія;
- 2) гіпомнезія та амнезія (ретроградна, антероградна, антеро-ретроградна, ретардована, фіксаційна, прогресуюча);

З) парамнезії (псевдоремінісценції, конфабуляції, криптомнезії).

Гіпермнезія, гіпомнезія та амнезія належать до кількісних, а парамнезія — до якісних розладів пам'яті.

Гіпермнезія виявляється у підвищеній здатності до відтворення інформації з минулого, хоча не втрачена можливість і посиленого запам'ятовування. Спостерігається при маніакальних станах (МДП), шизофренії з афективними коливаннями, гарячці.

Гіпомнезія (ослаблення пам'яті) виявляється утрудненнями під час запам'ятовування чи відтворення матеріалу або може стосуватися обох зазначених процесів. Спостерігається при астеничних і депресивних станах, судинних та органічних захворюваннях головного мозку, на початку старечої недоумкуватості. Такі хворі погано засвоюють нове, події відтворюють неповно, розпливчасто.

Амнезія — це втрата пам'яті на події певного відрізка часу. Вона спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, хронічному алкоголізмі, після втрати чи потьмаренні свідомості. Якщо втрата пам'яті стосується подій, що передували розладу притомності, йдеться про *ретроградну амнезію*. Прогалинами у спогадах на період після опритомнення характеризується *антероградна амнезія*. Поєднання обох описаних станів визначають як *антероретроградну амнезію*. Якщо порушення пам'яті виникає через певний час після опритомнення, діагностують *ретардовану амнезію*. Під *фіксаційною амнезією* розуміють втрату здатності запам'ятовувати поточні події, дати, імена. Наростаюча втрата здатності запам'ятовувати з поступовим спустошенням запасів пам'яті характеризує *прогресуючу амнезію*. При цьому відбуваються процеси у порядку, що зворотний до такого під час набування запасів пам'яті — від недавно отриманої інформації до старої (закон зворотного руху пам'яті, або закон Рібо).

В останню чергу втрачається давно набутий, добре організований матеріал пам'яті, який стосується автоматизованих навичок.

Анекфорія — порушення пам'яті (головним чином — відтворення), коли окремі події, образи згадуються під час споминів про них інших людей.

Амнезія системна — втрата пам'яті, пов'язана з психічною травмою, що стосується не певних відрізків часу, а змісту окремих деталей. Пам'ять про загальну ситуацію збережена.

Амнезії, що стосуються певного відрізу часу, спостерігаються при пароксизмальних та сутінкових розладах свідомості, епілепсії, травмах голови, тяжких мозкових інфекціях, патологічному сп'янінні. Стійке зниження пам'яті характерне для церебрального атеросклерозу, сифілісу мозку, прогресивного паралічу, тяжких хронічних отруень, епілептичного недомства.

До якісних порушень пам'яті належать **парамнезії** — спотворення або обман пам'яті. Серед них виділяють псевдоремінісценції, конфабуляції та криптомнезії.

Псевдоремінісценції — найпростіший та найпоширеніший вид парамнезій. Характеризуються помилковим спогадом часу — давно пережита подія згадується як така, що недавно відбулася. Хворий, який упродовж тривалого часу перебував у психіатричному стаціонарі, на запитання, що він робив учора ввечері, розповідає про відвідини кінотеатру, зустріч з колегами або якусь іншу цілком реальну подію з минулого.

При *конфабуляції* прогалини пам'яті заповнюються фантастичними, вигаданими спогадами. Змістом конфабуляції можуть бути неймовірні події, яких насправді не було і які не могли бути в житті хворого (зустрічі з видатними людьми, геніальні відкриття, незвичайні пригоди). Такі фантастичні конфабуляції спостерігаються при прогресуючій амнезії та певних видах порушення мислення (парафренна маячня).

Криптомнезія — це спотворення пам'яті, що виявляється її ослабленням та втратою різниці між подіями, що справді спостерігалися в житті хворого, й почутим, побаченим уві сні, прочитаним. В одних випадках почуте, побачене, прочитане згадується як подія з власної біографії (механізм присвоєння), в інших, навпаки, — реальні події з життя хворого пригадуються

як почуте, побачене, прочитане, тобто таке, що відбувалося з іншими людьми (механізм відчуження).

Описані так звані *редуплікуючі парамнезії*, за яких одні й ті самі події хворий відтворює у різних варіантах, як одне й те саме і водночас — по-іншому. Цей вид парамнезій тісно пов'язаний з уже згаданим явищем дереалізації.

Фантазми істеричні — вигадування незвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе в центр уваги. Спостерігається при істерії, істеричній психопатії. Хворий із чуттєвою яскравістю переживає своє несправжнє сприйняття як щось вірогідне.

Фантазми паралітичні — вигадування безглузкого змісту, що характерне для недоумства. Спостерігається, наприклад, у разі прогресивного паралічу.

До порушення пам'яті, зокрема, належить корсаковський амнестичний синдром при хронічному алкоголізмі, описаний уперше в 1887 р. Для нього характерне поєднання фіксаційної, ретро- та антероградної амнезії, амнестичної дезорієнтації та парамнезій (псевдоремінісценцій, конфабуляцій). При корсаковському синдромі часто спостерігається конфабуляторна сплутаність, втомлюваність, млявість, інактивність, інколи ейфорія. Окрім хронічного алкоголізму, корсаковський амнестичний синдром буває й при інших органічних ураженнях головного мозку, інтоксикаціях, пухлинах, прогресивному паралічі.

Увага є формою організації психічних процесів, що виявляється вибірково (селективно), у певній концентрації та відносній стійкості. Як організуючий чинник активної поведінки увага дає можливість зосередитися на об'єкті, який, своєю чергою, здатний привернути до себе увагу.

Умовні зв'язки, що виникають у разі повторного задоволення потреби, визначають концентрацію та вибірковість акту уваги, який первинно, за походженням, є орієнтувальним рефлексом. Селективність уваги впливає з утворення у кірковій речовині великого мозку джерела збудження — домінанти. Концентрація уваги пов'язана з посиленням збудження в до-

мінанті, яке супроводжується пригніченням інших ділянок кори. Відносна стійкість уваги залежить від здатності домінан-ти зберігати збудження. Традиційно розрізняють пасивну та активну увагу.

Пасивна увага є безумовним орієнтувальним рефлексом на подразники, що мають життєве значення. Основна потреба в самозбереженні змушує організм до орієнтації — уваги. Активна увага передбачає задум, несе в собі елемент творчості. У цьому разі увага спрямовується на об'єкт шляхом свідомої організації психічної діяльності, яка складається у процесі соціального досвіду з урахуванням інтересів, досвіду, професії.

Людина навчається концентрувати увагу не обов'язково на подразниках високої інтенсивності, але й на слабких, якщо вони є значущими для діяльності. У межах норми увага неоднакова в різних людей. Вона змінюється в однієї і тієї самої особи залежно від інтересу до об'єкта, настрою, стану свідомості, втоми, прийому алкоголю, наркотиків, ліків.

Увага — складна функція, в якій розрізняють такі якості: об'єм; розподіл; перемикання; концентрацію; стійкість.

Важливою якістю є об'єм уваги — можливість охопити низку об'єктів одночасно. З цією характеристикою пов'язаний розподіл уваги, що полягає у здатності одночасно стежити за об'єктами різної природи. Уміння розподілити увагу є індивідуальним, може поліпшуватися шляхом тренування.

Велике значення для психічної активності має здатність перемикати увагу з одного об'єкта на інший. У нормі це відбувається цілеспрямовано, зі збереженням концентрації та стійкості.

Концентрація та стійкість уваги надають можливості зосередитися на тривалий час у певному напрямі. Недостатня стійкість уваги призводить до відволікання, неуважності.

Спостерігаються наступні форми порушення активності уваги.

Відволікання уваги — надмірна рухливість уваги, перемикання її з одного об'єкта на інший. Характерне для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу. Зворотне явище — за-

гальмованість уваги спостерігається в депресивну фазу цього самого МДП, при хронічному епідемічному енцефаліті, інших органічних ураженнях головного мозку.

Недостатня здатність до перемикання (загальмованість) уваги пов'язана із в'язкістю мислення та схильністю до деталізації, притаманна хворим на епілепсію, з органічними ураженнями головного мозку. Зменшення уваги та порушення її розподілу спостерігаються при ураженні судин мозку, особливо при церебральному атеросклерозі.

Виснаження уваги властиве астенозованим пацієнтам з тяжкими тривалими соматичними недугами, хворим на неврастенію, з органічним ураженням головного мозку.

Апрозексія — повне випадіння уваги.

Виразене недоумство супроводжується повною дезінтеграцією активної уваги. Довше зберігається інтактною пасивна увага, коли хворий усе ще повертається до джерела інтенсивного світла чи звуку.

Своєрідне спотворення уваги спостерігається при шизофренії. Хворий зосереджується на патологічних переживаннях (галюцинації, нав'язливі стани, маячні ідеї). В окремих випадках шизофренія супроводжується і загальним ослабленням уваги, її відволіканням, загальмованістю.

4.2. Розлади інтелекту

Інтелект (від лат. *intellectus* — розум) — це здатність людини до користування операціями мислення (аналізом, синтезом, порівнянням, абстракцією, узагальненням, конкретизацією), уміння застосовувати набуті знання та досвід у практичній діяльності, проникати в сутність речей та явищ доквілля, виділяти головну ланку в складному ланцюгу причинно-наслідкових зв'язків і накопичувати нові знання та досвід.

Порушення інтелектуальної діяльності при психічних захворюваннях досить різноманітні. Стани, за яких спостерігається недостатність інтелекту, називаються недоумством. Воно може бути набутим (деменція) і природженим (олігофренія).

Деменція — це набуте недоумство, розпад колишнього інтелекту внаслідок психічних захворювань. Вона характеризується стійким зниженням пізнавальної діяльності людини, прогресивним перебігом, порушенням поведінки та збідненням морально-етичного ядра особистості. Розрізняють лакунарну, тотальну, концентричну і транзиторну деменції.

Лакунарна деменція (парціальна, осередкова) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті. Людина стає малоздатною до операцій мислення. У цьому разі обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатності кмітливості. При лакунарній деменції спостерігаються емоційна нестійкість, зниження працездатності, але зберігаються до певної міри професійні навички. На початку розвитку лакунарної деменції особистість хворого та критичне ставлення його до власного психічного стану збережені. Лакунарна деменція буває при осередкових захворюваннях головного мозку (судинні захворювання, черепномозкові травми, сифілітичні ураження головного мозку тощо).

Тотальна деменція (глобальна, паретична, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, а також навколишній світ. Відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності з розпадом ядра особистості. Глибоко порушується пам'ять на поточні та минулі події. Нерідко буває ейфорія. Хворий не здатний до цілеспрямованої діяльності, потребує догляду й нагляду. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка тощо.

Концентрична (епілептична) деменція характеризується поступовою психічною деградацією особистості з втратою гнучкості мислення за рахунок зниження здатності до користування операціями мислення. Спостерігаються в'язкість, тугодумність. Хворий не може перейти з однієї теми розмови на іншу. Стає надто прискіпливим, дріб'язковим, егоїстичним. Увага хворого зосереджується на власній особі, своїх потребах,

переважно біологічних, що сприяє розвитку крайнього егоцентризму. Настрій пригнічений. Пацієнти бувають дратівливими, злопам'ятними, скаржаться, що начебто їх ображають інші хворі, а медичний персонал неуважний тощо. За прогресування недуги концентричне недоумство поглиблюється. Тоді хворі стають безпорадними, апатичними. Їхні інтереси звужуються до задоволення лише власних інстинктів. Концентричне недоумство спостерігається при епілепсії.

Транзиторна (шизофренічна) деменція характеризується слабкістю пізнавальних процесів, розвивається поступово й схильна до прогресування. Хворий не здатний користуватися операціями мислення не за рахунок порушення пам'яті чи втрати знань та умінь, а внаслідок дезінтеграції (дисоціації) психічних процесів. Такий тип недоумства розвивається на тлі зниженого енергетичного потенціалу. Попри достатній рівень формальних знань, діяльність хворих є непродуктивною і тому вони соціально дезадаптовані. Інколи можуть здивувати влучним зауваженням, дотепним словом тощо. Після відповідного лікування стан хворих поліпшується, але після чергового загострення хвороба поглиблюється. Транзиторна деменція буває при шизофренії.

Олігофренія (природжене недоумство, недорозвинення інтелекту) є збіркою групою різних за етіологією, патогенезом та клінічним виявом непрогресивних патологічних станів. Загальною ознакою їх є наявність природженого чи набутого в ранньому дитинстві загального та психічного недорозвинення з переважанням інтелектуальної недостатності.

Загальні ознаки олігофренії:

- 1) психопатологічна структура недоумства з тотальністю психічного недорозвинення та переважанням слабкості абстрактного мислення;
- 2) непрогресивність інтелектуальної недостатності;
- 3) сповільнений темп психічного розвитку індивідуума.

За ступенем психічного недорозвинення та клінічної картини недоумства вирізняють такі форми олігофренії: дебільність, імбецильність, ідіотію.

Дебільність (лат. *debilis* — слабкий, немічний) — легкий ступінь психічного недорозвинення, що наближається до середньої норми. Хворі не здатні абстрактно мислити, робити узагальнення, утворювати складні поняття. У них переважає конкретно-образний тип мислення. Вони не розуміють ситуацію взагалі. Сприйняття неточне, увага нестійка. Програму загальноосвітньої школи засвоїти не можуть, особливо з математики. Значно легше дається навчання в допоміжній спеціальній школі. Зі складною роботою вони не справляються, потребують допомоги з боку старших. Легко піддаються навіюванню, через що потрапляють під чужий вплив. Інтелектуальний коефіцієнт (IQ) дорівнює 70–50.

Імбецильність (лат. *imbecillus* — незначний, такий, що потребує опори) — середній ступінь затримки психічного розвитку. Пізнавальна функція порушена більшою мірою, ніж при дебільності. Не можуть формувати поняття, абстрактно мислити. Набувають навичок із самообслуговування (одягання, елементарна охайність тощо). Розуміють просту мову і самі оволодівають невеликим запасом слів. Послугуються дуже короткими реченнями (іменник, прикметник, дієслово). Засвоюють новий матеріал лише на рівні конкретних уявлень. До повноцінного самостійного мислення не здатні через неможливість узагальнювати. Тому адаптація можлива лише у звичних ситуаціях. Чужі мову, міміку, жести хворі розуміють у межах повсякденного життя. Потребують нагляду. Інтереси примітивні й стосуються винятково задоволення фізіологічних потреб. Їхня поведінка залежить від афективного стану й сили потягів. Інтелектуальний коефіцієнт дорівнює 49–20.

Idiomiya (грец. *ideoteia* — своєрідність) — найтяжчий ступінь природженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. У таких осіб різко обмежене сприйняття, вони не можуть мислити і говорити. Промовляють лише окремі звуки. Не розуміють інших людей, не впізнають навіть близьких родичів, не розрізняють їстівне і неїстівне. Вираз обличчя тупий. Пізно починають ходити, інколи пересуваються плазуючи. Не набувають навичок самообслуговування,

неохайні. Інколи спостерігаються афекти гніву (кусаються, плюються). Нерідко у них виявляють природжені фізичні вади. Інтелектуальний коефіцієнт — близько 20.

Для діагностики розумової відсталості, особливо легкого та помірною ступенів, треба, крім опису клінічної картини, застосувати шкільний, соціальний та психометричний критерії.

Шкільний критерій. Діти з легким ступенем розумової відсталості можуть навчатися в школі або відстають від ровесників на два роки до дев'ятирічного віку і на три — після дев'яти.

Соціальний критерій. Слід оцінити можливість самостійно існувати, забезпечити своє життя. Особи в стані легкої розумової відсталості можуть працювати самостійно, в стані помірної — виконувати нескладну роботу під контролем інших. Потребують нагляду та опіки.

Психометричний критерій. Визначають інтелектуальний коефіцієнт за допомогою патопсихологічних тестів (метод Векслера).

4.3. Синдроми розладу свідомості

Розрізняють синдроми потьмарення та виключення свідомості.

До синдромів потьмарення свідомості належать деліріозний, онейроїдний, аментивний, *delirium acutum* ("гостре маячіння", хореатичний). Вони різні за клінічними виявами, але мають спільні ознаки. Для діагностики таких порушень К. Ясперс запропонував наступні критерії:

1. Відчуження від реального світу, що виражається розгубленістю з афектом нерозуміння, недомислення, нечітким сприйняттям довкілля, труднощами фіксації уваги, заглибленням у світ внутрішніх хворобливих переживань.
2. Повна або часткова дезорієнтація в часі, місці, ситуації, власній особистості.
3. Порушення процесу осмислення, що виявляється в ослабленні або неможливості суджень, аж до безладного мислення.

4. Труднощі щодо запам'ятовування поточних подій та суб'єктивні хворобливі переживання (повна чи часткова амнезія).

Деліріозний синдром (лат. *delirium* — безумство) характеризується: напливом парейдолічних ілюзій, сценopodobних, істинних множинних рухомих зорових галюцинацій у поєднанні з тактильними (дотиковими) та слуховими; вторинним маячінням стосунків, переслідування, афектами тривоги, страху, руховим збудженням з агресивністю на тлі алопсихічної дезорієнтації (у часі, ситуації тощо).

У розвитку деліріозного синдрому можна простежити три стадії. Перша (початкова) — виявляється зміною настрою, балакучістю, метушливістю, гіперестезією до зовнішніх подразників, поверховим уривчастим сном. У другу стадію делірію спостерігаються численні парейдолії, зорові гіпнагогічні галюцинації, тривога, поверховий уривчастий сон зі страхітливими сновидіннями: посилення гіперестезій. Для третьої стадії деліріозного синдрому характерні зорові сценopodobні, калейдоскопічні, страхітливі галюцинації в поєднанні з тактильними і слуховими, гострим чуттєвим маячінням, тривогою, психомоторним збудженням з агресивністю чи аутоагресивністю. При цьому обов'язкові всі чотири діагностичні критерії потьмарення свідомості.

Інколи, без адекватного лікування, деліріозний синдром може перейти у професійний, або муситуючий делірій, що є прогностично несприятливою ознакою.

У разі професійного делірію на фоні оглушення виникає збудження, що виявляється у звичних професійних автоматизованих рухових актах (наприклад, рухи руками, що імітують роботу на друкарській машинці) з окремими професійними галюцинаціями.

Муситуючий делірій виявляється оглушенням середнього або глибокого ступеня, хаотичним збудженням, “оббиранням” (наче прилипли до одягу чи ковдри дрібні предмети), незрозумілим бурмотінням. За муситуючим делірієм нерідко розвиваються сопор і кома, і хворий може померти.

Іноді хворобливі переживання закарбовуються в пам'яті значно чіткіше, ніж реальні події.

Деліріозний синдром спостерігається при інтоксикаційних, симптоматичних психозах, нейроінфекціях, епілепсії.

Онейроїдний синдром (грец. *oneiros* — сон і *eides* — подібний, схожий) — потьмарення свідомості з напливом фантастичних уявлень, що виникають мимоволі. За змістом це змінені фрагменти баченого, прочитаного, почутого, пережитого, що переплітаються з реаліями життя. Хворий переживає картини фантастичного, надприродного змісту, що нагадують сновидіння. Ці картини, немов у калейдоскопі, змінюють одна одну в певній послідовності. Одна подія ніби впливає з іншої (сцено-подібні).

Із розвитком синдрому створюється стан маячного настрою. Повсякдення хворий бачить зміненим, незрозумілим і зловісним, іноді воно набуває вигляду “грандіозної катастрофи”. Розвивається емоційне напруження, інколи — відчай. Виникають маячні ідеї переслідування, інсценування особливого значення, інтерметаморфози. Хворий розповідає, що навкруги щось діється, як у кіно чи спектаклі, і він бере участь у цьому або стає глядачем. Інколи одні особи перетворюються на інших, деколи ця мімікрія поширюється і на предмети. Періодично виникає психомоторне (патетичне) збудження або, навпаки, загальмованість (онейроїдний ступор), афективні розлади (депресивні чи маніакальні). Спостерігається подвійне орієнтування як у навколишній ситуації, так і у власній персоні. Відбувається перевтілення “Я-хворого”, зникає протиставлення власного “Я-ситуації”, що переживається. Пацієнт частіше нерухомо лежить із застиглим, іноді захоплено-екстатичним виразом обличчя. Інколи він надто збуджений.

Редукція симптомів онейроїду відбувається поступово. Хворі відтворюють фрагментарно або досить детально зміст психопатологічних розладів. Розвивається амнезія на події, що відбувалися реально. Онейроїдний синдром супроводжує інфекційні психози, шизофренію, епілептичні та симптоматичні психози, органічні ураження головного мозку.

Аментивний синдром (*a* і лат. *mens* — розум, мислення) виявляється грубим порушенням орієнтації (ало- та аутопсихічна дезорієнтація), розгубленням, інкогерентністю мислення, неможливістю цілісно осмислити навколишній світ (нездатний до синтезу). Мова хворого непослідовна, безладна (аментивний мовний безлад), без інтонації. Згадує події з минулого життя, в яких складно простежити смислові зв'язки. Поняття мають конкретний, повсякденний зміст і залежать від афективного стану. Інколи мова переривається короткочасним невеселим сміхом або схлипуванням (виснаження). За висловлюваннями пацієнта можна зробити висновок про те, що у нього стан афекту недомислення і неспроможності. Вступити у мовний контакт з хворим практично неможливо. Повного прояснення свідомості при аменції не буває. Для аментивного синдрому характерні галюцинації, переважно слухові, та уривчасті маячні ідеї персекуторного змісту. Подеколи спостерігається психомоторне збудження.

У разі тимчасового ослаблення аментивного потьмарення свідомості хворий заспокоюється, стає не таким балакучим, але помітні виснаження та пригнічення. Після виходу зі стану аменції у пам'яті не залишається спогадів про хворобу або вони фрагментарні. Чітко виражена астения з виснаженням, кволістю, дистимічним настроєм, плаксивістю, дратівливістю, гіперестезією (емоційно-гіперстенічна слабкість).

Аменцію першим описав Т. Мейнерт (1881) і назвав її “гостра галюцинаторна сплутаність”. Чимало сучасних психіатрів заперечують самостійність існування аменції, вважаючи різновидом делірію.

Аменція розвивається найчастіше під час гострих симптоматичних (інфекційних) психозів, психозів виснаження. Це свідчить про несприятливий перебіг основної недуги.

Аменція може перейти в стан оглушення і гострого маячіння.

Синдром “гострого маячіння”, хореатичний синдром. Розвиток цього синдрому починається з продромальних явищ, що тривають годинами, інколи — кілька діб. Хворі скаржаться на відчуття фізичного нездужання, головний біль, розлади сну з

жахливими сновидіннями. Настрій примхливо-пригнічений або розчулено-оптимістичний.

У період повного розвитку хворобливих розладів у клінічній картині домінує некоординоване рухове збудження в межах ліжка — гіперкінези, клонічні й тонічні судоми, жувальні рухи. Мова незв'язана. Збудження змінюється адинамією, що свідчить про погіршення стану. Потьмарення свідомості за типом глибокої аменції, або оглушення, супроводжується окремими галюцинаціями та маячними висловлюваннями з тривожно-депресивним афектом або страхом.

Спостерігаються значні вегетативні розлади, зневоднення, що супроводжується олігурією. Хворий дуже худне. Характерний зовнішній вигляд: загострені риси обличчя, запалі очі, сухі, зі смагою губи, сухий язик (обличчя Гіппократа). Шкіра бліда, інколи із землистим або ціанотичним відтінком та численними синцями. Температура тіла підвищується, іноді до 39–40 °С. Тахікардія, зниження артеріального тиску. Без адекватного лікування через кілька діб після початку такого хворобливого стану може настати смерть у стані гіпертермічної коми.

Синдром “гострого маячіння”, хореатичний синдром найчастіше спостерігається при фебрильній шизофренії, інфекційних психозах, септичних (післяпологових) станах.

Присмерковий стан свідомості розвивається раптово, пароксизмально і триває від хвилини до кількох годин або діб. При цьому звучується поле свідомості, коло сприйняття об'єктів обмежене, нечітке, викривлене, фрагментарне. Все знайоме сприймається як уперше побачене, незнайоме. Завдяки збереженню автоматизму забезпечуються зовнішня упорядкованість поведінки, зв'язок і послідовність дій.

При цьому синдромі глибока дезорієнтація супроводжується розвитком зорових, слухових та інших галюцинацій страхітливих характеру, гострим, чуттєвоподібним уривчастим маячінням стосунку, отруєння, переслідування, афектом туги, злості й страху, шаленим психомоторним збудженням. Такі хворі під впливом галюцинацій, маячних ідей та емоцій можуть убити або покалічити сторонніх людей, родичів, сприймаючи їх за

ворогів. У стані гніву вони безтямно руйнують усе, що зустрічається на їхньому шляху (живе й неживе). Потім настає глибокий сон. Про цей період хворі не згадують (амнезія). Пацієнти не пам'ятають не тільки реальних подій того часу, а й суб'єктивних переживань.

Присмерковий стан свідомості спостерігається при епілепсії, органічних ураженнях головного мозку (черепномозкові травми, судинна патологія тощо).

До різновидів означеного синдрому належать амбулаторний автоматизм, транс, fuga і сомнамбулізм.

Амбулаторний автоматизм (лат. *ambulare* — ходити, приходити) — стан звуженої свідомості, коли немає галюцинацій, маячних ідей, афективних станів. Протягом кількох годин хворі діють, як автомати. Без мети кудись ідуть, щось купують, повертаються додому тощо. Справляють враження дещо заклопотаних, неуважних людей. Про глибину порушення свідомості свідчить амнезія після виходу із цього стану.

Транс (лат. *trans* — рух крізь щось, за межі) — більш тривалий амбулаторний автоматизм (кілька годин, діб). Інколи у хворих зберігається елементарна орієнтація в нескладних ситуаціях. У стані трансу вони можуть подолати великі відстані, переїжджати з одного населеного пункту до іншого. Виникає транс раптово і також раптово припиняється. Спогадів про цей період не залишається (амнезія).

Сомнамбулізм, сноходіння, лунатизм (від лат. *somnus* — сон і *ambulo* — ходжу) — напад амбулаторного автоматизму, що перериває нічний сон. Хворий несвідомо виконує автоматизовані дії: встає з ліжка, ходить по кімнаті, переставляє речі, виходить на вулицю, виявляючи при цьому рухову спритність. У нього координовані рухи, немає страху. Спогадів про нічне блукання не залишається.

Fuga (лат. *fuga* — біг) — психопатологічний стан із короткочасним звуженням поля свідомості, що має раптовий, імпульсивний початок. Хворий, не усвідомлюючи оточення, автоматично виконує неадекватні дії. Наприклад, кружляє на одному місці, кидається бігти, в громадських місцях роздягається

тощо. Фуга завжди супроводжується вираженим руховим збурженням, часто хаотичним, безглуздим. Триває до кількох хвилин. Закінчується амнезією пережитого.

Порушення глибини ясності (вимкнення) свідомості

До синдромів вимкнення свідомості належать обнубіляція, оглушення, сомнолентність, сопор, кома. Нерідко ці синдроми переходять один в один.

Обнубіляція — легкий ступінь порушення притомності. Вона наче заривається хмаринкою (грец. *nubis* — хмаринка). Все сприймається, як у тумані. Хворий дезорієнтований у часі, послідовності подій. Сповільнюються мислення, рухи, порушується осмислення ситуації загалом. Хворі байдужі, пасивні, зміст запитань сприймають із помітним зусиллям, відповідають на них повільно, із затримкою, уривчасто. Реакції на зовнішні подразники загальмовані. Запам'ятовування нового неможливе. Спогади — утруднені. Тривалість обнубіляції залежить від перебігу основного хворобливого процесу (сомато-неврологічного).

Оглушення належить до найчастіших і найпоширеніших синдромів порушення глибини свідомості. Характеризується труднощами сприйняття зовнішніх подразників. Дезорієнтація не тільки в часі, а й в оточенні, в обстановці, оцінці ситуації. Хворі не реагують на запитання, які їм задають тихим голосом. Можлива слабка реакція на звичайну мову. Відповідають лише на запитання, які висловлюють голосно. Аналогічна реакція на світло, запахи, дотик.

Під час оглушення утруднений асоціативний процес. Хворим складно осмислити ситуацію. Відтворення минулого досвіду обмежене найпростішими поняттями й навичками. Словниковий запас бідний, відповіді односкладові. Продуктивних психопатологічних розладів (галюцинації, маячні ідеї, психічні автоматизми) не буває. Хворі аспонтанні, малорухомі. Міміка одноманітна і збіднена, жести невиразні. Такі люди самотні, довго залишаються в одній і тій самій позі, байдужі до всього, інколи спостерігається благодущність. Триває стан оглушення від кількох хвилин до кількох діб.

Сомнолентність (лат. *somnolentus* — сонливий) — більш тяжкий ступінь порушення свідомості, ніж оглушення. Хворі лежать із заплющеними очима, спонтанна мова втрачена. Поріг сприйняття зовнішніх подразників підвищений. Відповідають на запитання повільно, навіть тоді, коли його поставлено голосно. Уявлення обмежене, судження утруднене. Суті складних завдань пацієнти не розуміють, прості — вирішують з великими труднощами, повільно. Міміка збіднена, вираз обличчя байдужий. Мовчазні, рухи загальмовані. Реакція на больові подразники знижена. Головним чином перебувають у стані дрімоти, іноді сонливості.

Сопор (лат. *sopor* — безпам'ятство). Хворі переважно лежать. Очі заплющені. Спілкування неможливе. На сильні подразники (наприклад, больові) відповідають елементарними, малодиференційованими рухами (повертанням голови, рухами кінцівок тощо). Не орієнтуються щодо місця, часу і навіть власної особи.

Кома (грец. *koma* — глибокий сон) — найтяжчий ступінь порушення свідомості, повна непритомність. Хворий не реагує на будь-які подразники. Порушуються функції дихання і серцево-судинної системи. Після виходу з коматозного стану залишається повна амнезія.

Синдроми із загальним порушенням свідомості посідають важливе місце в загальній психопатології. Вони спостерігаються при інтоксикаціях, епілепсії, органічних ураженнях головного мозку (пухлини, травми, судинні порушення). Стан коми свідчить про тяжкість ураження головного мозку.

Контрольні питання

1. Ознаки порушення пам'яті, інтелекту.
2. Клінічні й експериментальні способи визначення глибини ураження психічних функцій.
3. Порушення свідомості.
4. Межа між нормою та патологією.
5. Ознаки психічної дефіцитарності.
6. Питання зворотності-незворотності дефекту.

Розділ 5. Основні симптоми та синдроми розладів психіки: особистість, розлади особистості

5.1. Розлади особистості (психопатії). Акцентуації. Визначення понять

Психопатії (в Міжнародній класифікації хвороб узвичаєно термін “розлади особистості”) — стійкі й виражені аномалії особистості, що виявляються дисгармонією характеру і призводять до порушень поведінки, стосунків із навколишніми, утруднюючи соціальну адаптацію індивіда. Через патологічний склад характеру такі люди страждають самі або мучать тих, хто поруч. Психопатії виявляються у розладах в емоційній і вольовій сферах за непорушеного інтелекту. Перші ознаки розвитку психопатії спостерігаються вже з дитинства, а завершується її формування в юнацькому віці (18–20 років), коли, головним чином, завершується становлення особистості. Психопатіям не властива прогредієнтність, проте протягом життя вони мають динаміку.

Межа між розладом особистості і здоровою психікою не завжди чітка, і на ній перебувають перехідні стани. Найвідомішими з них є: акцентуїтована особистість (К. Леонгард, 1968) і акцентуація характеру (А. Е. Лічко, 1977).

Акцентуації особистості — крайній варіант норми, за якого окремі риси характеру надто виражені, внаслідок чого виявляється вибіркова уразливість щодо певного роду психогенних впливів за доброї і навіть підвищеної стійкості до інших. Акцентуації характеру (акцентуїтовані особистості) поділяються на окремі варіанти, які частіше відповідають відомим формам психопатії (нестійкий, істероїдний, експлозивний), інші відрізняються від них (наприклад, конформний) або формують змішані (проміжні) типи.

Акцентуації особистості притаманні й здоровим людям і не є самі собою клінічним діагнозом. Проте вони можуть бути преморбідним тлом, підґрунтям, поштовхом до розвитку психогеній (гострих афективних, невротичних і психопатичних реакцій, неврозів, психопатій, реактивних психозів), а також психосоматичних розладів. При цьому психогенії виникають тільки в разі психічних травм, у деяких тяжких ситуаціях, коли значущість психогенного чинника адресується певній “слабкій ланці” за певного особистісного типу.

Епідеміологічні дані

Через розбіжності в розумінні сутності й критеріїв діагностики психопатій дані про частоту аномалій особистості в популяціях доволі неоднорідні: від 0,07–3,1 до 15 % — серед населення і 4,3–10,4 % — серед хворих, які госпіталізовані до різних психіатричних стаціонарів. У чоловіків психопатії бувають значно частіше, ніж у жінок. Причому, якщо в дорослих це співвідношення дорівнює 2:1, то у підлітків — 3:1. У країнах із загальним військовим обов’язком психопатії у юнаків діагностують зазвичай під час військового призову. Найчастіше спостерігаються збудлива та істерична психопатії. Проте більшість психопатичних особистостей залишаються поза полем зору психіатрів, а тому дані стосуються переважно поширення найтяжчих особистісних аномалій, кількості взятих на облік або госпіталізованих до психіатричних лікарень хворих.

Етіологія та патогенез

У генезі психопатій поєднуються природжені й набуті, біологічні й соціальні чинники. Оскільки роль у формуванні патологічного характеру може бути неоднаковою, то залежно від домінуючих причин, психопатії поділяють на кілька груп.

Конституційні (генуїнні, природжені, ядерні) психопатії зумовлюються спадковістю і виявляються у дітей віком 4–6 років навіть за сприятливих умов життя. Подібні патологічні риси характеру вдається простежити у батьків або інших кровних родичів, проте закономірність успадкування не встановлено.

Психопатична, або патохарактерологічна патологія (крайова, набута психопатії, патохарактерологічні формування) є наслідком тривалого психогенного впливу, неправильного виховання або несприятливого соціального фону, особливо тоді, коли це відбувається у підлітковому віці (період становлення характеру) і є сприятливе для цього підґрунтя, зокрема акцентуація характеру. При цьому потрібен не будь-який тривалий несприятливий соціально-психологічний вплив, а саме такий, що адресується до “місця найменшого опору” певного типу акцентуації. Лише винятково тяжкі умови здатні сформувати патологічний характер на будь-якому тлі (наприклад, виховання з раннього дитинства до періоду юнацтва у закритому закладі із суворим режимом).

Поряд із розладами ситуаційного та психогенного походження у групі набутих психопатій вирізняють так звані органічні.

Органічні психопатії — наслідок органічного ураження головного мозку в результаті пренатальних, натальних і ранніх постнатальних (перші 2–3 роки життя) патогенних впливів на мозок, що формується. Шкідливими чинниками можуть бути пошкодження, тяжкий гестоз у період вагітності, пологові травми плода, внутрішньоутробні й ранні дитячі інфекції, нейроінфекції, авітаміноз, тривалі виснажливі соматичні захворювання з перших років життя. Під час патопсихологічного дослідження виявляють розлади уваги, виснаження психічних процесів, схильність до надмірної конкретизації.

Клінічна картина і перебіг розладів особистості

Поліморфність клінічних виявів розладів особистості і неоднакові принципи підходів до їх систематизації є причиною існування різних класифікацій. Кожна з них не позбавлена певних недоліків. Проте усі вони, виходячи з принципу виділення провідних для даної структури аномальної особистості розладів емоційно-вольової сфери, свідчать про клінічний факт існування паранойяльних, афективних, шизоїдних, збудливих, психостенічних, істеричних, астеничних, емоційно тупих і не-

стійких форм. Це відповідає Міжнародній класифікації розладів особистості. Практично не буває чистої клінічної картини психопатії певного виду. В кожному з них нерідко є риси іншого психопатичного виду. Наприклад, при істеричній психопатії спостерігаються характерні риси збудливої і, навпаки. У такому разі тип психопатії діагностують за переважаючими рисами.

Паранойяльний тип характеризується “біологічною готовністю”, схильністю до появи афективно підкреслених (“надцінних”) думок різного змісту (ставлення, ревнощів, іпохондричне винахідництво), зв’язаних з будь-якою реальною подією з життя (наприклад, факт необґрунтованого негативного ставлення до такої особи, неефективне лікування або підозра у зраді одного з подружжя тощо).

Згодом особи, що одержимі такою думкою, схильні однобічно оцінювати дійсність, своєрідно відбирати й пояснювати різні події, аби підтвердити свою точку зору. Таким чином, підозра дістає “підтвердження” і все більше зміцнюється, систематизується, набуваючи маячного забарвлення. Переконати таку людину в помилковості думок неможливо: будь-яке заперечення дратує, розцінюється як вияв неповаги до себе або підступи ворогів. Порушуються взаємини і з’являється конфлікт у сім’ї чи колективі. Емоційно насичені думки впливають на поведінку і вчинки. Наприклад, починають уперто і жорстоко переслідувати своїх “ворогів” (“переслідувані переслідувачі”). Одній справі, одній ідеї підпорядковують усі свої інтереси (фанатики). Вже з дитинства важливими рисами паранойяльних особистостей є: підвищена самооцінка і схильність до лідерства; егоїзм; “надчутливість” свого Я; постійний опір, протистояння всьому світові; упертість і прямолінійність; однобічність захоплень і мала гнучкість психіки; підвищена образливість; афективне напруження; недовіра; підозріливість; злопам’ятність.

Афективний тип поділяють на психопатії гіпотимні, гіпертимні, циклоїдні та емотивно лабільні. *Гіпотимні* психопати песимістично налаштовані стосовно дійсності, минулого і майбутнього. В усьому вони помічають тільки темні вияви життя. Під впливом неприємностей, хвороб у них легко виникають

субдепресивні і депресивні стани, часом із суїцидальними тенденціями. В *гіпертимних* психопатів, навпаки, постійно дещо підвищений настрій. Вони оптимістичні, наміри у них широкі; самовпевнені, безцеремонні, енергійні, активні, невтомні й балакучі; хвалькуваті з нестійкими інтересами і поверхневими судженнями. Циклоїдному типу властиві періодичні зміни дещо підвищеного настрою зниженим, а відповідно — і коливання продуктивної діяльності. Емотивно-лабільний (реактивно-лабільний) тип характеризується частою несподіваною зміною настрою навіть з незначного приводу. Вони тяжко реагують на психічні травми (наприклад, смерть близьких може спричинити реактивний психоз). Життєрадісність за мить може змінитися відчаєм. Такі особи надто вразливі, легко навіювані, без стійких мотивів поведінки, інтересів, з недостатньою волею (пасивно підпорядковані).

Шизоїдний тип охоплює різноманітні патологічні риси аномальних особливостей, спільність яких виявляється насамперед патологічною замкнутістю, відсутністю потреби у спілкуванні, відірваністю від реального життя, аутизмом (аутистичний тип). Уже в дитинстві хворі надають перевагу самотності, не люблять брати участь у колективних іграх. Їхні інтереси не відповідають вікові. Наприклад, рано починають цікавитися складними філософськими або політичними проблемами, читають літературу, пресу для дорослих тощо. Вони схильні до фантазування, заглиблені у внутрішній світ (інтроспекція), що завжди закритий і тому незрозумілий для інших. Найчастіше спостерігається вибіркова комунікабельність з обмеженням контактів вузьким колом рідних або зосередженням уваги на одному-двох близьких друзях. Вільний час присвячують читанню, риболовлі, спогляданню природи або іншим “аутистичним” заняттям.

Характерними ознаками шизоїдного стану є також дисгармонійність, парадоксальність психічного життя загалом. В одязі — підкреслена вишуканість або, навпаки, навмисна недбалість. Через недорозвинення моторики рухи недостатньо пластичні, химерні, міміка збіднена, зі стандартними виразами.

Хо́да може бути карикатурною. Часто їх називають диваками, оригіналами, ексцентричними. Захоплення бувають однобічні, малозрозумілі, проте не відірвані від реальності, а пов'язані з діяльністю тих людей, з якими вони спілкуються. При цьому виявляють неабияку завзятість у досягненні особливо значущої для них мети. Цілком байдужі до інтересів сім'ї, службових обов'язків. Можуть бути некерованими на роботі. Схильні до нонконформізму — не люблять чинити “як усі”. Труднощі в розумінні та засвоєнні загальноприйнятих норм поведінки виявляється ексцентричними вчинками. Емоційна дисгармонія трансформується в нездатність пережити задоволення (ангедонія) і співпережити іншим. Неформальні емоційні контакти налагодити складно. Мало цікавляться сексуальним життям. Залежно від характеру емоційного реагування на оточення, розрізняють сенситивних шизоїдів з гіперстенічним компонентом, надмірною чутливістю, уразливістю, надмірною уявою і експансивних — з елементами емоційної “анестезії” (байдужістю до людей, з виявами жорстокосердя і спалахами гніву та імпульсивними вчинками).

Збудливий (епілептоїдний) тип характеризується надзвичайно сильною емоційною збудливістю, вибуховістю (експлозивністю). Уже в дитинстві такі люди нетерпимі до будь-яких обмежень, заборон, що спричинює спалахи гніву, протесту з агресією. Схильність до афективних реакцій призводить до того, що їм дуже “тяжко” в сім'ї, школі й подальшому житті. З найменшого приводу виникають емоційні вибухи, але гнів легко змінюється сльозами, лайка і кидання речей — стогоном, агресія — до самоушкодження, спробів самогубства (як демонстративних, з метою шантажувати когось, так і реальних). Невитримані розлючуються за найменшого зауваження і протидії, надмірно реагують на будь-які стреси. Звичайно, після такого спалаху гніву вони шкодують, що так вчинили, але згодом знову роблять те саме. Періодично безпричинно виникає похмуро-злобливий настрій — дисфорія (триває від кількох годин до кількох діб), і хворий шукає, на кому зірвати зло. Такі люди егоїстичні, надто вимогливі до інших, охайні, педантичні,

прискіпливі, з в'язким мисленням. Злопам'ятні, улесливі й жорстокі (як у разі епілепсії). Іноді виявляють розлади потягів, найчастіше — схильність до садистично-мазохістських перверзій. Наприклад, з дитинства їм подобається мордувати і вбивати тварин, знущатися над слабкими, беззахисними або провокувати у себе біль порізами, опіками від запалених сигарет тощо. Збудливі психопати погано реагують на алкоголь; сп'яніння може супроводжуватися дисфорією. У бійці звірюють, наносять тяжкі тілесні пошкодження.

Психостенічний тип вирізняється браком внутрішньої упевненості в собі, у правильності своїх вчинків, почуттів, думок, відчуттям неповноцінності, тривогою, сумнівами, нерішучістю. Це сприяє розвитку різних obsesій (нав'язливих страхів, думок, побоювань, бажань, потягів та ін.). З огляду на домінування таких рис у структурі особистості психостенічний характер називають тривожно-помисливим. Традиційна назва цього типу психопатії, за Міжнародною класифікацією, — “ананкастичний” розлад особистості, який визначає переважання в ній obsesій. Уже в дитинстві і в шкільному віці стають помітними: надмірна сором'язливість, невпевненість у собі, підвищена вразливість, боязкість. Аби відвернути очікувані невдачі і нещастя, починають вірити в добрі й погані прикмети, заклинання, ритуали. Скажімо, аби не дістати негативної оцінки, одягаються у певний одяг, їздять на транспорті з парними номерами, беруть квиток тільки лівою рукою тощо. Психостенічні риси посилюються, коли такі особи починають жити самотійно. Дуже тяжко приймають рішення навіть у незначних питаннях, постійно аналізують власні вчинки, раз у раз контролюють зроблене, надто завбачливі стосовно можливості небезпеки або чогось для них. Постійна тривога, очікування якихось ускладнень, нещастя, неприємностей, що можуть виникнути, перешкоджають таким людям відчувати задоволення. Своєрідним захистом, компенсацією за постійне побоювання є надмірна скрупульозність, педантизм у поєднанні з ригідністю, впертістю, надокучливістю, підвищеною вимогливістю до інших. Усе це утруднює пристосування до життя, сприяє роз-

витку в психотравмованих обставинах невротичних (навіязливих) станів.

Істеричний тип психопатії характеризується певною сукупністю рис, за яких переживання таких осіб називають демонстративними, а їх самих — міфоманами, псевдологами тощо. Для них характерні висока емоційність, перебільшений вияв емоцій з дуже бурхливими, але поверхневими й короткочасними реакціями. Емоційна, афективна, викривлена логіка суджень призводить до відображення оточення в “кривому дзеркалі”. Підвищена навіюваність поєднується з дитячою впертістю, капризністю. Такі люди егоїстичні, зайняті тільки собою, з хворобливим самолюбством, високої думки про себе. Собі все пробачають, не зважають на інтереси інших. Претендують на значно більше, ніж дозволяють їм власні здібності та можливості. Проте серед вказаних патологічних рис найяскравішим є намагання привернути увагу до себе і до своїх вчинків. Виховані за типом “кумира сім’ї”, вони постійно хочуть, аби ними захоплювалися, виділяли їх, визнавали й високо цінували. Цим пояснюються яскравість, екстравагантність їхнього вбрання, неординарність жестів, міміки тощо. Оскільки вони намагаються здаватися більш значущими й кращими, ніж є насправді, їхня поведінка неприродна, театральна, демонстративна, розрахована на стороннього глядача. Позаяк їх не задовольняє положення в суспільстві, вони легко підмінюють реальну ситуацію вигаданою. Брехливі, схильні до самовихваляння й маніпулювання (підтасовок), щоб домогтися своєї мети. У конфліктних ситуаціях виникають декомпенсації за типом “втечі в хворобу”, демонстративних суїцидів або інших істеричних реакцій зі збудженням, паралічем, астезією-абазією, афонією та ін. У тяжких випадках істеричні психози супроводжуються затмаренням свідомості, псевдодеменцією тощо.

Астенічний тип разом із психостенічним відносять до психопатій гальмівного кола. Їх біологічною основою є низький рівень працездатності нервових клітин (слабкий тип вищої нервової діяльності) зі зниженим “порогом збудливості” стосовно психічних і соматичних подразників. Такі “конституційно нер-

вові” властивості стають підґрунтям для розвитку астеничного симптомокомплексу — підвищеної дратівливості і вираженого виснаження психічних процесів (“подразлива слабкість”). Характерними рисами дітей і підлітків зі згаданою патологією є підвищена вразливість, легка ранимість, емоційна нестійкість (сльозливість), швидка втомлюваність, прагнення unikнути труднощів. Відчуття психічної і фізичної слабкості сприяє розвитку несміливості, сором’язливості, відчуттю власної неповноцінності, заниженої самооцінки. Вони завжди невдоволені собою, погано пристосовуються до нового, хворобливо сприймають тактовність інших людей (“надто чутливі натури”). Будь-які обставини, що є нормальними для інших (наприклад, треба виступити перед аудиторією), можуть вивести таку людину зі звичного стану на тривалий час. Такі самолюбиві особи глибоко переживають власну неповноцінність, через що завжди внутрішньо напружені. Це виявляється раптовими спалахами роздратування за типом реакцій “промах”, що спрямовані на невинних людей. Декомпенсації виникають за посилення навантаження, у разі ускладнення життєвих обставин, що призводить до виснаження психічних виявів.

Тип емоційно тупих (розлади особистості із соціопатичними або асоціальними виявами) натур за клінічними виявами тісно зв’язаний з експансивними шизоїдами (емоційно холодні, жорстокі), збудливими (дратливість, гнівливість, злобність, експлозивність емоційних реакцій), а також нестійкими (негативні форми поведінки, правопорушення). Проте основною властивістю емоційно тупих психопатів, яка утруднює їх соціальну адаптацію, є недорозвинення вищих моральних почуттів. У минулому подібні психічні відхилення кваліфікували як моральне недорозвинення особистості (олігофренія моральна). Такі діти й підлітки бездушні, неухважні до близьких, лихословлять, починають красти. Тікають з дому, схильні до бродяжництва, вживання алкоголю і наркотиків. Головними рисами характеру таких осіб є також дефіцит вищих емоцій, а саме: любові, дружби, співчуття до інших, совісті, честі, сорому та ін. Вони не розкаюються, не відчують вини, байдужі як до по-

хвал, так і до погроз та презирства. Не вміють набути досвіду з минулого, особливо з покарань. Усе їхнє життя — то безперервні конфлікти з правопорядком: крадіжки, грабежі, насильства тощо. Подібно до збудливих осіб, вони погано переносять алкоголь і в стані сп'яніння стають ще агресивнішими.

Нестійкий тип характеризується недорозвиненням вольових якостей, безвіллям у поєднанні з підвищеною піддатливістю до чужих впливів. Такі люди незібрані й ліниві, без глибоких життєвих інтересів. Живуть сьогоднішнім. Розпочату справу не доводять до кінця, особливо, коли для досягнення мети потрібні значні зусилля (скажімо, через байдкування і гультайство, попри хороші інтелектуальні можливості, відстають у навчанні і не можуть здобути освіти). Вони переконані у правильності своїх вчинків, брехливі. Свою вину перекладають на інших. Їх гнітить самотність, вони люблять компанії, отож шукають розваг і пригод. За умови постійного контролю за їхньою поведінкою таким особам вдається частково компенсуватися і якось пристосуватися до життя. Проте частіше вони потрапляють в асоціальні компанії, спиваються і можуть стати співучасниками правопорушень.

Динаміка психопатій — це певні тимчасові зміни у відносно постійних станах аномальних особистостей, що виникають протягом життя унаслідок підвищення чутливості до впливів різних зовнішніх чинників (психогенних, соціальних, соматогенних) і біологічних трансформацій в організмі (вікові кризи, менструальний цикл, вагітність, пологи тощо).

До специфічних для психопатій виявів динаміки можна віднести такі: психопатичні реакції, психопатичні стани (компенсації, декомпенсації, напади, фази) і патологічний розвиток.

Психопатичні (патохарактерологічні) реакції — короткочасні зміни особистості, що характеризуються значним посиленням характерологічних рис, їх кількісними змінами. Вони виникають одразу після появи безпосередньої причини (психогенної або соматогенної), але є зміненою формою реагування на певний зовнішній стимул (психогенні й соматогенні психопатичні реакції). Типовими є змінена форма реагування, не-

адекватність стимулу як за силою, так і за змістом, а також швидке виникнення і зворотний розвиток з відновленням попереднього стану. За клінічними особливостями форма реагування може відповідати або не відповідати типу психопатії. Наприклад, психопатична реакція експлозивного характеру з крайньою злістю, агресивністю на незначний привід може виникнути у збудливих й істеричних психопатів.

Психопатичні реакції відрізняються від невротичних тим, що відсутнє відчуття хвороби, а від психотичних (афективно-шокових, патологічного афекту) — відсутністю грубих порушень пізнавальної діяльності (розладів свідомості, галюцинацій, маячних ідей тощо).

Компенсації — тимчасове пом'якшення характерологічних рис, яке забезпечує адаптацію особистості до мікросередовища (сімейного, трудового). Зазвичай це зумовлено сприятливим для особистості середовищем (наприклад, самотній спосіб життя з можливістю повністю віддатися улюбленій справі чи інтересам при шизоїдній психопатії). Рідше компенсація відбувається при формуванні механізмів психологічного захисту, манери поведінки, яка контрастує з психопатичними рисами, затушовуючи їх. Проте в тяжких умовах такі механізми виявляються недостатніми, й істинні психопатичні особливості виступають знову. Нерідко такі захисні механізми у вигляді гіперкомпенсації (наприклад, грубощі, розв'язність, безкомпромісність при астенічній психопатії) самі є виявом порушення адаптації до середовища.

Депсихопатизація — стійке згладжування психопатичних рис характеру з багаторічною компенсацією. Настає в сприятливих умовах, особливо тоді, коли стосунки в сім'ї гармонійні. Звичайні життєві труднощі й повсякденні стреси хворі переносять задовільно. Тип характеру не змінюється, але це не перешкоджає соціальній адаптації.

Декомпенсація — період у динаміці психопатій, що характеризується тривалим загостренням психопатичних рис і виявляється зазвичай порушеннями поведінки та соціальною дезадаптацією. Найчастіше розвивається під дією несприятливих

для даного типу психопатії чинників оточення, які не впливають за іншого варіанта порушення, а також у нормі. Так, при психостенії легко настає декомпенсація в разі службових конфліктів, тоді як при збудливій психопатії пацієнти передусім нетерпимі в сім'ї. Біологічними чинниками зумовлюються декомпенсації в періоди вікових криз — пубертатний і клімактеричний. Під час статевого дозрівання сильніше виявляються патологічні риси характеру у хлопчиків, а в клімактеричний період — у жінок.

Психопатичні напади — періодичні, без явних причин, фази різкого загострення патохарактерологічних властивостей з поверненням після самостійного виходу з них до попереднього стану (наприклад, дисфорії при епілептоїдній психопатії). Відсутність чіткої залежності між клінічними виявами нападів фаз і психопатичним складом особистості, а також їх належність тільки до певних типів психопатій (циклоїдного, шизоїдного та епілептоїдного кола) можуть свідчити про складнощі генезу з участю певного “ендогенного радикалу”. Клінічна картина фаз з переважанням афективних розладів може виявлятися малими їх ознаками (стерті фази), чіткими психопатичними розладами з дистимією і тривалими (до 2–3-х років) депресивними фазами з тяжким перебігом. Останні найчастіше спостерігаються в динаміці афективної психопатії з переважанням у клінічній картині млявості, апатії, втратою цікавості.

Патологічний розвиток — певний вид динаміки психопатій, що відображує різні за клінічними виявами процеси характерологічної декомпенсації і виражається однобічним стійким посиленням окремих рис аномальної особистості. Є наслідком внутрішніх, конституційних причин (конституційний розвиток), а також може виникнути за несприятливих стосунків із зовнішнім світом (ситуаційний розвиток). Прикладом конституційного розвитку може бути посилення шизоїдних рис при шизоїдній психопатії. Серед ситуаційних патологічних варіантів розвитку найбільше значення має паранойяльний розвиток особистості, що може виникнути в психопатичних, а також акцентуованих осіб різних груп (психостеніків, астеніків, гіпертив-

них, шизоїдних, збудливих тощо). Виникає в період соціальної зрілості (у віці 30–40 років), одразу після появи психотравмивних обставин, якими можуть бути несприятливі соціальні умови. З'являються надцінні ідеї, що згодом генералізуються, втрачається здатність до самокритики, різко змінюється поведінка (наприклад, пацієнт постійно скаржиться на своїх “ворогів” або шукає доказів подружньої невірності). Найчастіше виявляють ідеї ревності, переслідування, сутяжності, рідше — величності, реформаторства, іпохондричності. На фоні конфліктних ситуацій надцінні ідеї перетворюються на маячні. В міру згладжування психотравмивної ситуації або поліпшення соматичного стану маячна симптоматика поступово редукується.

5.2. Діагностичні критерії і диференціальна діагностика

Діагностичними критеріями психопатії є три ознаки, визначені П. Б. Ганнушкіним – О. В. Кербиковим: 1) *тотальність* патологічних рис характеру, що виявляється завжди і всюди (вдома й на роботі, під час відпочинку, в звичних умовах і при емоційних стресах); 2) *стабільність* патологічних рис характеру (зберігаються протягом усього життя, хоча вперше їх помічають у дитинстві); 3) *соціальна дезадаптація*, що є наслідком саме патологічних рис характеру, а не певних обставин.

На відміну від психопатій, акцентуації зазвичай розвиваються в період становлення характеру й зникають з віком. Виявляють їх лише за певних ситуацій, бо вони не супроводжуються соціальною дезадаптацією, або ж їх перебіг буває перехідним. Таким чином, при акцентуаціях характеру ніколи не буває усіх трьох обов'язкових ознак психопатії П. Б. Ганнушкіна – О. В. Кербикова.

При психопатіях диференціальний діагноз проводять, головним чином, у двох напрямках, а саме: з психопатичними (патохарактерологічними) реакціями, а також психопатоподібними станами, властивими іншим психічним хворобам. Різницю між перехідними, ситуаційно зумовленими реакціями у динаміці психопатій, акцентуаціями характеру та подібними реакціями при інших психічних і соматичних захворюваннях ви-

значають на підставі критеріїв П. Б. Ганнушкіна – О. В. Кербикова.

У разі диференціації психопатії і неврозу до уваги треба брати суб'єктивне відчуття хворого з активним намаганням позбутися патологічних виявів, а також наявність сомато-вегетативного компонента в клінічній картині неврозу (головний біль, тахікардія, коливання артеріального тиску, шлунково-кишкові розлади тощо). Водночас не слід забувати про можливий невротичний патохарактерологічний розвиток, що свідчить про близькість цих двох межових нервово-психічних розладів.

Нерідко виникає потреба в диференціальній діагностиці між психопатіями, деякими формами шизофренії із повільним перебігом та маніакально-депресивним психозом. На користь процесуальної природи шизофренії свідчать наявність неврозоподібних та інших розладів, не зумовлених психогенним впливом, монотонність obsesивних виявів, схильність до систематизації нав'язливих виявів і формування ритуалів, редукція вегетативного компонента.

Паранойяльні стани в рамках динаміки психопатій відрізняються від шизофренії тим, що простежується тісний зв'язок між змістом надцінних ідей і реальними подіями, а також відбувається поступова редукція симптоматики за умови усунення дії психотравмивних ситуацій або поліпшення соматичного стану.

Найбільші труднощі виникають тоді, коли доводиться диференціювати психопатію і шизофренію з психопатоподібним перебігом. Для психопатії характерна поява патохарактерологічних ознак у дитинстві з їх посиленням у пубертатний період. Для шизофренії – “процесуальний зсув”, коли за звичайного преморбиду в підлітка виникають психопатоподібні стани з різкою зміною поведінки. Раптово безпричинно з'являються ненависть до близьких, жорстокість, злостивість, агресивність, емоційне сплюснення і “дикі” захоплення. Розладнується пізнавальна діяльність, і головне – порушується мислення та нарастають негативні вияви.

Під час диференціації з психопатоподібними розладами, що є наслідком органічного ураження головного мозку (після че-

репно мозкових травм, нейроінфекцій, отруєнь алкогольного і токсикоманічного генезу), передусім звертають увагу на дані анамнезу про травму чи хворобу, наявність неврологічної симптоматики і ознак розвитку психоорганічного синдрому. Так, у клініці хронічного алкоголізму на фоні астенії, подальшої алкоголізації формується енцефалопатія — психоорганічні розлади з експлозивними реакціями, психоподібними змінами психіки за типом збудливих, з агресією та нападами дисфорій.

З огляду на значний вплив психогенних чинників на динаміку психопатій, психотерапії належить важлива роль у досягненні компенсацій характерологічних аномалій і нормалізації міжособистісних відносин. Вона повинна бути насамперед індивідуальною. Вибір методів залежить від типу й динаміки психопатії. Хворих із психостенічним, паранойяльним типами треба терпляче переконувати в тому, що їхня самооцінка завищена або занижена, що слід змінити вимоги до оточення, допомогти їм розібратися у власних сумнівах і підозрах, вселити впевненість у собі тощо. При збудливій та істеричній психопатіях застосовують наказово-сугестивний підхід з протидією афективним спалахам і нейтралізацією негативних виявів характеру пацієнта, навчають володіти собою, стримувати власні емоції. Позитивно впливає на патохарактерологічні властивості та поведінку не лише індивідуальна, а й групова, зокрема сімейна, психотерапія. За групової психотерапії велике значення має взаємовплив пацієнтів із спеціально підбраної групи (подолання невпевненості, тривожно-помисловості та ін.). Метою сімейної психотерапії, яка ґрунтується на правильному розумінні особливостей характеру, є нормалізація внутрішньородинних взаємин, пошуки компромісів, правильне оцінювання мотивів поведінки один одним.

Реабілітація психопатичних особистостей насамперед спрямована на формування активної життєвої позиції, стійких трудових навичок, що забезпечували б можливість соціального функціонування. Під час вибору професії і спеціальності треба враховувати особливості характеру пацієнта. Робота має сприяти компенсації психопатії, а не утруднювати адаптацію.

Важливими оздоровчими чинниками є санація середовища, ізоляція від осіб з асоціальними схильностями, формування сприятливих взаємин у родині і добрих стосунків з навколишніми.

Профілактика психопатій залежить від умов життя, стосунків у суспільстві, заходів з охорони здоров'я матері і дитини, профілактики пре- і постнатальних ушкоджень ЦНС. Передусім треба створити оптимальний психологічний клімат для розвитку дітей і підлітків (сім'я, дитячий садок, школа тощо), належні соціальні умови для формування гармонійної особистості.

Контрольні питання

1. Темперамент, характер, особистість.
2. Структура особистості.
3. Поняття гармонійної особистості.
4. Розлади особистості: антисоціальний.
5. Розлади особистості: нарцисизм.
6. Розлади особистості: дисоціативний.
7. Розлади особистості: гистріонний.
8. Розлади особистості: шизоїдний.
9. Розлади особистості: параноїчний.
10. Розлади особистості: шизотиповий.
11. Розлади особистості: ананкастичний.
12. Розлади особистості: мазохістичний.
13. Розлади особистості: депресивний.
14. Розлади особистості: маніакальний.
15. Розлади особистості: obsесивний.
16. Розлади особистості: компульсивний.

ЧАСТИНА III

Психосоматичні та соматопсихічні розлади. Психогігієна та психопрофілактика

Розділ 6. Психосоматична медицина, порушення психіки при соматичних захворюваннях

6.1. Психосоматичні й соматопсихічні розлади

У “Хармідах” Платон писав: “...найбільшою помилкою у лікуванні хвороб є те, що існують лікарі для тіла і лікарі для душі, оскільки одне невіддільне від іншого... Бо там, де ціле почуває себе погано, частина його не може бути здоровою”.

Понад 2000 років тому гіппократівська школа Коса протиставила динамічно-гуморально-духовну (за своєю сутністю – психосоматичну) концепцію механістично-органному спрямуванню школи Кнідоса. Знамениті філософи Декарт, Спіноза, Лейбніц підтвердили перспективність поглядів Платона, Коса та їхніх послідовників. Так, Декарт розвинув теорію психофізичного дуалізму, створивши вчення про взаємозв’язок тіла і свідомості. Спіноза в антропологічній теорії стверджував, що все, що відбувається з тілом, має відповідність у душі, а власне душа є нічим іншим, як “ідеєю тіла”. Лейбніц підґрунтям психофізичної взаємодії вважав гармонію тілесних і душевних процесів. Ці та багато інших історичних наукових орієнтацій стали основою сучасних поглядів на психосоматичні і соматопсихічні розлади.

Психосоматичними (термін запропонував Гейнрот, 1918) називають вторинні функціональні та органічні розлади вну-

трішніх органів і систем, першопричиною виникнення та заго-стрення яких виступають психологічні чинники.

Соматопсихічними (термін Якобі, 1822) є психічні розлади, що розвиваються вторинно під час соматичних недуг і не стосуються мозку. До останніх належать хворобливі стани серцево-судинної, дихальної, травної, сечостатевої, ендокринної систем, опорно-рухового апарату, очей, крові, шкіри, а також екстракраніальні онкологічні захворювання, патологія вагітності і післяпологового періоду та ін.

За даними експертів ВООЗ, майже 50 % стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією.

З досліджень О. К. Напреєнко (1991) випливає, що майже у 70 % соматично хворих виявляють психічні порушення різного регістру й ступеня тяжкості.

Показники поширення психосоматичних і соматопсихічних розладів неоднорідні через розходження в поглядах на їхні клінічні межі, різноманітність епідобстановки в тих чи тих регіонах, неоднакове трактування цих станів різними фахівцями.

Етіологія і патогенез

Для розуміння причин і механізмів розвитку розглядуваних розладів доцільно нагадати особливості нормальних психосоматичних відношень. Тільки засвоївши їх, вдається визначити ту хитку межу між нормою і патологією.

У нормі взаємовплив психіки і соми найвиразніше виявляється під час емоційних реакцій. Скажімо, радощів, гніву, страху тощо. Коли людина надто схвильована, ми кажемо: “стиснулося серце”, “підкотив клубок до горла”, “став блідим або почервонів”, “упав камінь із серця” та ін. Усі ці образні вислови вказують на соматичні зміни, що виникають під час емоційних переживань. Спостерігаються психосоматичні відхилення від емоційного компонента. Наочно продемонстрували подібну реакцію малолітні бешкетники, які прогулювалися перед духовим оркестром з лимонами в руках, чим змусили музикантів припинити грати — надто посилюлося слиновиділення.

Останній приклад вказує на можливість психосоматичних реакцій, що виникають за участі першої сигнальної системи. Однак початковим пунктом може бути і дія через другу сигнальну систему. Наприклад, під час словесного опису лимона вторинно виникає в уяві його образ, а відтак — і відповідна реакція соматичної сфери.

Фізіологічні реакції на психічні процеси можуть відбуватися в різних органах і системах організму: *серцево-судинній* (зміни серцебиття і кров'яного тиску, звуження або розширення судин, унаслідок чого людина блідне або червоніє); *дихальній* (прискорення, сповільнення, затримка); *травній* (посилення або сповільнення моторики шлунка і кишечника, нудота, блювання, посилення або припинення виділення слини); *статевої* (ерекція, люмбрикація та ін.); *м'язовій* (тремтіння, заціпеніння, збудливість) тощо. Як приклад поєднання соматопсихічних процесів можна навести відчуття голоду, що виникає за порожнього шлунка. З'являються невдоволення, напруження, підвищується психічна і фізична активність, що спрямована на досягнення відчуття ситості. Відповідною точкою фізіологічного механізму цього відчуття є гіпоглікемія, що розвивається під час недостатнього надходження їжі до організму. Деяким чином вона впливає на клітини мозку. Схожі психічні зміни відбуваються і через дефіцит в організмі рідини, коли людина відчуває спрагу.

Психосоматичні взаємини можуть набувати і стійкого патологічного характеру. Наприклад, відчуття страху зумовлює серцебиття, що, своєю чергою, наводить на думку про ураження серця. Така підозра сприяє збільшенню страху і посиленню неприємних відчуттів у ділянці серця. Тут йдеться про так званий позитивний зворотний зв'язок. Характер цих взаємин багато в чому залежить від конституційних особливостей суб'єкта. Так, у відповідь на емоційне навантаження можуть виникати серцево-судинні реакції, реакції з боку органів травлення або ж м'язові та ін.

Можна навести чимало прикладів незвичних виявів патологічних психосоматичних впливів. Так, Кеннон спостерігав у

Центральній Африці плем'я вуду, яке упродовж багатьох поколінь існувало ізольовано. Зрештою його члени так звикли один до одного, що найстрашнішим покаранням було відлучення від племені. Це була справжнісінька катастрофа для психіки нещасних — через кілька діб самотності вони гинули без будь-якого фізичного насильства. Найімовірніша причина смерті — зупинка діяльності серця внаслідок аритмії і коронарного спазму. Таку раптову смерть було названо на честь племені — “смерть вуду”.

Цікавий випадок трапився з французьким письменником Флобером. Описуючи картину отруєння героїні свого роману миш'яком, він так яскраво уявив собі це, що деякі ознаки отруєння виникли у нього самого.

Моделі подібних відносин розглядалися і під час експериментів. Так, у Сухумському мавп'ячому заповіднику спостерігали стійкі судинні зміни у самців мавп після розлучення із самкою, з якою вони довго жили в одній клітці. Самку садовили в клітку іншого самця. І той на очах у колишнього “чоловіка” упадав за самкою. Через тривале “обурення” у ревнивця виникало нервово перенапруження, а згодом і стійко підвищувався артеріальний тиск.

Цінні дані отримали під час спостереження за хворими з фістулою шлунка. Вивчали зміни слизової оболонки. У стані розчарування, емоційного пригнічення, душевного дискомфорту, обурення або гніву посилюється діяльність шлунка, червонішеє слизова оболонка і змінюється активність його секреторної функції. Якщо названі емоційні стани підтримуються тривалий час, збільшується ламкість тканинних мембран. А повторні психотравмівні ситуації призводять до появи ерозій на слизовій оболонці, цяткоподібних крововиливів, а нерідко — і до пептичної виразки шлунка.

Етіологія і патогенез психосоматичних розладів досі з'ясовані не остаточно, напевно, їхній генез має багатофакторний характер. Різноманітні ланки пояснює теорія специфічності, що вказує на особливі (неусвідомлені) конфлікти, що зумовлюють специфічні розлади (Ф. Александер). Існують також

певні особистості, для яких є типовими ті чи ті групи психосоматичних захворювань (Ф. Данбар). За неспецифічною теорією, будь-який стрес може спричинити патологічні зміни в генетично ослабленому, “шоковому органі”. За теорією Г. Сельє, надмірна секреція кортизолу внаслідок реакції системи гіпоталамус – гіпофіз – надниркова залоза на стрес призводить до структурних змін в органах і системах. Дж. Енгл вказує на появу в деяких особистостей у відповідь на стресогенну ситуацію “комплексу капітуляції” (пригнічений настрій, безпорадність та безнадія), що порушує гомеостатичну рівновагу, збільшуючи сприйнятливність до інфекційних та інших патогенних чинників. Значний вклад внесли теорії кортико-вісцеральних взаємодій (розвивають ідеї невризму та умовних рефлексів, за І. П. Павловим) та функціональних систем П. Анохіна тощо.

6.2. Класифікація

Першим найповнішу класифікацію психосоматичних розладів запропонував Е. Блейлер (1970), який розподілив їх на три види.

I. *Класичні психосоматози*, тобто психосоматичні захворювання, що супроводжуються органічною патологією внутрішніх органів і систем. До них належать есенціальна гіпертензія, або ідеопатична (не пов’язана з інфекцією або фізичним подразненням), пептична виразки шлунка. Сюди зараховують також ішемічну хворобу серця, бронхіальну астму, що виникають після ситуацій-стресів, запальні процеси кишечника (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт), нейродерміт, ідеопатичну кропив’янку, деякі патології ендокринної системи та ін. Ця група є нечисленною.

II. *Функціональні психосоматичні розлади*, які спостерігаються найчастіше. Вони мають стійкий перебіг. У деяких випадках їх відносять до так званих системних неврозів. Ідеться про функціональні кардіальні реакції (деякі різновиди аритмії, стенокардії, коронарних спазмів), синкопе (непритомність), гіпотензію, головний біль, хворобу Рейно, заїкання, енурез, невротичний тик, блювання, синдром подразнення товстої киш-

ки, більшість форм сексуальних порушень, функціональну неплідність та ін.

III. *Психосоматичні розлади в широкому (непрямому) розумінні*. Здоров'я порушується через особливості поведінки людини, що пояснюється характером особистості та її переживаннями. Тут слід назвати схильність до фізичних травм, опіків, так званого психогенного ожиріння, алкоголізму, токсикоманії тощо.

Слід зауважити, що Буреш на підставі узагальнення досвіду понад 70 досліджень дійшов висновку, що люди, які схильні до виробничого або побутового травматизму, зазвичай недисципліновані, безвідповідальні, неточні та недбалі.

У багатьох осіб гіперфагія (ненажерливість) ослаблює відчуття тривоги. Якість та кількість їжі також може стати індикатором психосоціальної позиції. Наприклад, Н. Мейлер стверджує: “Політики не можуть бути худими. Худі люди на високих посадах не викликають довіри. У народів, які довго потерпали від голоду, їжа нерідко відіграє роль винагороди. Її велика кількість є ознакою гараздів, престижності. Прагнення потовстішати може бути захистом від небажаного одруження, компенсацією за поразку в соціальних відносинах”. Показовим щодо цього є приклад, який наводять Р. Конечний і М. Боухал (1983). Вони наводять слова однієї надто огрядної жінки: “Ви дивуєтеся, що я люблю попоїсти? Та хіба у мене є на світі що-небудь, окрім їжі?”

Причини формування стану психічної залежності від токсичних речовин (алкоголь, деякі препарати, тютюн та ін.) передусім пов'язані з особливостями характеру людини, її переживаннями, мікро- та макросоціальним оточенням. На другій стадії хвороби формується фізична залежність. Її наслідком можуть бути найрізноманітніші органічні соматичні відхилення.

При курінні спостерігаються помірні локальні зміни у верхніх дихальних шляхах і вища захворюваність на легеневі та серцево-судинні недуги. При алкоголізмі і наркоманії — токсичний міокардит і міокардіодистрофія, гепатит і цироз печін-

ки, панкреатит, поліневрит, енцефалопатія та багато інших змін, що нерідко спричинюють смерть.

Б. Лубан-Плоцца та інші науковці (1977) розрізняють такі групи психосоматичних розладів: психосоматози, функціональні синдроми (аналогічно Блейлеру), конверсійні симптоми.

Конверсійні симптоми виникають у відповідь на невротичний конфлікт, мають символічний характер і виявляються, головним чином, патологічними феноменами, що зачіпають діяльність органів чуття (амаврозом, сурдомутизмом, бодем, анестезією) або порушують моторику (параліч, парези, судоми, астазія, абазія, блювання, афонія, істеричний клубок) та ін.

Поняття “психосоматика” об’єднує низку феноменів, що їх складно сформулювати однозначно. Однак можна виділити два аспекти: психосоматичні розлади та психосоматичну медицину.

Психосоматична медицина визначає загальний підхід до надання медичної допомоги, концептуальною основою якої є комплексність соматопсихосоціальної взаємодії під час розвитку, в процесі перебігу та терапії хворих.

У DSM-IV психосоматичні розлади позначають категорію 316 — “Психологічні фактори, що впливають на соматичний стан”. Сюди належать також розлади, що мають загальносоматичні симптоми, які зумовлені емоційними чинниками або сприяли їх появі. Зазвичай ідеться про систему окремих органів, діяльність яких контролює вегетативна нервова система. Наприклад, атопічний дерматит, поперековий біль, бронхіальна астма, гіпертензія, мігрень, виразкова хвороба і коліт.

У МКХ-10 термін “психосоматичні” не використовують, щоб не склалася думка, що на розвиток інших захворювань не впливають психологічні чинники. Розлади, описані в інших класифікаціях як психосоматичні, можуть бути схарактеризовані в наступних категоріях.

F45 — соматоформні розлади; F50 — розлади в прийманні їжі; F52 — сексуальна дисфункція; F54 — психологічні й поведінкові чинники, пов’язані з розладами або захворюваннями, класифіковані в інших розділах. Особливо важлива категорія F54, яку використовують для позначення емоційного поход-

ження фізичних розладів, класифікованих в інших (не про психічні розлади) розділах МКХ-10. Наприклад: астма (F54 плюс J45); дерматит і екзема (F54 плюс L23 – L25); кропив'янка (F54 плюс L40); виразкова хвороба шлунка (F54 плюс K25); мукозний коліт (F54 плюс K58); виразковий коліт (F54 плюс K54).

Поділ хвороб на психічні, соматичні, психосоматичні і соматопсихічні умовний. За будь-якого з названих варіантів хворобливих станів уражується весь організм. При цьому на всіх етапах розвитку хвороби численні зміни об'єднуються в патологічні комплекси за типом своєрідного “зачарованого кола”.

Психічні розлади виникають під дією на мозок як соматогенних (інфекційно-алергічних, обмінних, судинних, інтоксикаційних, гіпоксичних та інших патологічних чинників, притаманних цій соматичній патології), так і психогенних впливів, тобто усвідомлення хворим своєї недуги, що загрожує життю. Крім того, психогенно травмивним є погіршення через соматичну хворобу соціального статусу або взаємин у сім'ї, на роботі тощо. Своєю чергою, психічні розлади, порушуючи центральну й периферичну вегетативну регуляцію внутрішніх органів і систем, зумовлюють функціональні, а потім нерідко й органічні зміни в соматичній сфері, особливо в ділянках генетично ослаблених органів або внаслідок перенесеного в минулому патологічного процесу. Вторинний несприятливий вплив на внутрішні органи може виявлятися неадекватною загальному стану поведінкою хворого, яка пояснюється неправильною особистісною реакцією. Скажімо, пацієнт з ішемічною хворобою серця, будучи впевненим у тому, що у нього інфаркт міокарда, попри рекомендації лікаря, “приковує” себе до ліжка. При цьому через гіпокінезію погіршуються функції міокарда і судин серця. Аналогічно пояснюють контрактури та інші патологічні зміни у хворих на поліартрит. Іноді неадекватне ставлення пацієнтів до недуги, приміром, надмірна активність, поглиблює зміни в соматичній сфері.

Обмеження низки соціальних функцій, наприклад, втрата через хворобу емоційно значущих контактів або припинення звичної інтелектуальної діяльності, звуження кола соціальних

зв'язків тощо, є психогенно травмівними чинниками. Вони негативно позначаються на психічній діяльності, а отже, на стані внутрішніх органів.

Подібні хворобливі комплекси передусім формуються в осіб з відповідною конституційно-типологічною схильністю, оскільки у них знижена резистентність до стресогенних впливів. Насамперед тут йдеться про людей з акцентуїтованим, інфантильним та психопатичним типами особистості. Найчастіше спостерігається неадекватне ставлення до недуги. Наприклад, розвивається іпохондрія, за якої пацієнт драматизує свій стан, безпричинно вважаючи, що тяжко, невиліковно, навіть смертельно хворий. Однак бувають й інші ситуації, коли він анозогнозично ставиться до своєї недуги. Всупереч порадам фахівців, поводиться легковажно, не усвідомлюючи небезпеки, не дотримується режиму тощо.

Спостерігаються також депресивні, істероїдні та інші варіанти неадекватного реагування на повідомлення про соматичне захворювання. У такому разі йдеться про негармонійний тип “внутрішньої картини хвороби” (Л. А. Лурія). Психологічні й психопатологічні чинники ускладнюють соматичну патологію. Це є однією з причин її хронічного перебігу, “відхилення” від типових схем розвитку, що ускладнює надання медичної допомоги, негативно позначається на ефективності лікування, профілактики й реабілітації.

За етіопатогенетичними та клініко-динамічними ознаками соматопсихічні розлади класифікують (О. К. Напреєнко, 1995) як непсихотичні, психотичні та дефективно-органічні.

Непсихотичні – невротичні, психопатичні, неврозоподібні та психопатоподібні розлади (астенічний, астено-депресивний, астено-іпохондричний, астено-абулічний, астено-апатичний, тривожно-фобічний, obsесивно-фобічний, депресивний, депресивно-іпохондричний, істеро-іпохондричний синдроми, псевдодеменція), які перебігають за типом:

- 1) реакції;
- 2) стійкого стану;
- 3) патологічного розвитку особистості.

Психотичні розлади (коматозний, сопорний, астенічної сплутаності, деліріозний, онейроїдний, аментивний, потьмарення свідомості, параноїдний, депресивно-, тривожно-, галюцинаторно-параноїдний, сенесто-іпохондричний, маніакально-параноїдний, кататонічний, симптоматична манія, корсаковський синдром). За їх перебігом розрізняють:

- 1) гострі симптоматичні;
- 2) підгострі (протраговані, проміжні, перехідні);
- 3) хронічні (затяжні).

Дефективно-органічні, або енцефалопатичні, розлади (простий психоорганічний, епілептиформний, корсаковський, псевдопаралітичний синдроми, неспецифічна органічна деменція).

6.3. Клініка

Серцево-судинна система. До найпоширеніших психосоматичних розладів належить ішемічна хвороба серця. За словами Ф. Данбара та деяких інших учених, удвічі частіше вони бувають у “коронарних особистостей” з патерном поведінки типу А, головні риси яких: честолюбність, прагнення до конкуренції, ворожість, постійне відчуття дефіциту часу, надмірна втома, зосередження на життєвих обмеженнях, заборонах. До психосоціальних чинників ризику належать соціально-економічні негаразди та інші тривалі ситуації-стресори.

Стенокардія, аритмія, коронарний спазм виникають переважно в осіб з поведінкою типу А на фоні тривалих тривог, дратівливості, гніву, агресії, фрустрації. Стенокардія часто супроводжується атиповим болем за грудниною, задишкою, тахікардією, що з'являються під час поглиблення тривоги, панічного розладу.

Спазми периферичних судин при хворобі Рейно безпосередньо пов'язані з таким видом токсикоманії, як куріння, а також тривалим дистресом.

Соматопсихічні розлади при серцево-судинних захворюваннях виникають переважно з двох причин:

- 1) гіпоксія мозку (як наслідок зниження насосної функції серця, що призводить до погіршення мозкового крово-

обігу, а також поєднання вінцево-церебральних судинних змін);

2) психогенні механізми (наслідок переживань стосовно набутих або уявних ускладнень кардіологічної патології).

У першому випадку спостерігаються перехідні або більш стійкі неврозоподібні та психопатоподібні стани, а також синдром безладної свідомості. Психогенії насамперед мають перебіг фобічних і тривожно-фобічних, рідше — депресивних, астено- та депресивно-іпохондричних порушень.

При інфаркті міокарда (у перші дні) нерідко з'являються тривога та гострі психоорганічні синдроми, а в період реабілітації — порушення когнітивних функцій, депресії. Хворі скаржаться на безсоння, втому, неухважність, іпохондричність. Після операції на серці, крім психогенних синдромів, особливо на фоні погіршення загального стану, спостерігається деліріозне, деліріозно-аментивне та деліріозно-онейроїдне потьмарення свідомості.

При гіпертонічній хворобі та атеросклеротичних змінах вінцевих та церебральних судин, залежно від стадії “основного” захворювання, формуються різноманітні психічні розлади — від неврастеноподібних до інтелектуально-мнестичних (у тому числі неспецифічної органічної деменції). У цих хворих, особливо в разі поєднання судинної патології з іншими етіологічними та патогенетичними чинниками (соматичне захворювання, алкоголізм, наслідки черепномозкової травми або нейроінфекції тощо), спостерігаються епізоди порушення свідомості, параноїдного і депресивно-параноїдного станів, а також епілептоформні напади.

Синдром да Кости (“збуджене серце”) описано під час громадянської війни в 1871 р. у США. Безпідставне переконання в тому, що розвинулася хвороба серця, супроводжується тахікардією, задишкою, болем за грудниною, надмірною втомою. Цей синдром особливо поширений і нерідко призводить до появи інтенсивної тривоги, панічного стану.

Захворювання органів дихання. Психосоматичний механізм розвитку має синдром гіпервентиляції легенів: унаслідок

генералізованої тривоги, панічного розладу дихання прискорюється, стає поверхневим, долучаються запаморочення, шум у вухах, головний біль, заміщення й поколювання в кінцівках, неприємні відчуття у ділянці серця, непритомність, а згодом — ядуха. Коронарна недостатність може спричинити смерть. Напади бронхіальної астми нерідко вперше виникають і рецидивують під впливом гніву, страху, збудження.

Прикладом соматичного розладу є тривога й депресія у пацієнтів з хронічним бронхітом. За наявності гіпоксемії можуть порушуватися когнітивні процеси.

Захворювання органів травлення. Можливість психосоматичних механізмів походження виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки і стравоходу підтверджують результати численних досліджень. Найчастіше вона уражує осіб, які зазнають стресогенних впливів. Ф. Александер зауважував, що нереалізоване кохання також є підсвідомим психологічним стимулом, який безпосередньо пов'язаний з психологічними процесами і призводить зрештою до появи виразки. Існують теорії і щодо інфекційного походження недуги. Психопатологічні симптоми можуть зумовлюватися гіперактивністю симпатичного відділу вегетативної нервової системи (сухість у роті, аерофагія, часті або рідкі випорожнення), істеричними виявами, тривожно-фобічними розладами. Біль у животі, в тому числі хронічний, іноді має психологічне підґрунтя. Наприклад, психопатологічна симптоматика, яка супроводжується психологією, інколи спричинює апендектомію за нормального червоподібного відростка. Пригнічений настрій, емоційний дистрес, психосоціальні проблеми нерідко передують маніфестації і рецидивам хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, синдрому подразнення товстої кишки.

Захворювання травного каналу можуть розвиватися на фоні соматичного астенічного і астено-іпохондричного станів невротичного регістру. Рідше спостерігаються нав'язливі, надцінні, а подеколи й паранойяльні думки, переважно канцерофобічного характеру. Якщо при гастриті психічні розлади зазвичай обмежуються невротичними відхиленнями різного ступеня вияву,

то при захворюваннях печінки (внаслідок інтенсивної інтоксикації та інших порушень обміну речовин) спостерігаються стійкі невротичні та психопатоподібні стани з переважанням депресивних, істероїдних, іпохондричних відхилень та їх поєднань. За значних порушень дезінтоксикаційної функції печінки можуть виникати практично усі форми зміни свідомості — дисфорія та депресивно-параноїдні розлади. При гепатолентикулярній дистрофії внаслідок дегенеративних змін як печінкової, так і мозкових тканин психопатологічні відхилення вирізняються розмаїттям клініки (дисфорія, психопатоподібні зміни особистості, кататоно-параноїдні стани, епілептиформні напади, інтелектуально-мнестичне зниження). При цирозі печінки спостерігаються інтелектуальне зниження, астено-, а згодом і апатоабулічні розлади. В пацієнтів з демпінг-синдромом на фоні невротичних відхилень виникають гіпо- та гіперглікемічні вегетативні кризи. Майже у половини хворих після коло- й ілеостомії формуються депресивні та інші психопатологічні стани, спричинені переважно низкою психосоціальних проблем через наявність стоми. При пухлинах органів травлення часто бувають депресія, сонливість, ангедонія.

Захворювання сечостатевої системи. До психосоматичних розладів, що спостерігаються в урологічній практиці, належать: так званий подразнений сечовий міхур (часте, іноді болісне сечовипускання і нетримання сечі), цисталгія (болісність у ділянці сечового міхура, підвищена його чутливість під час пальпації), біль під час сечовипускання (часто поєднується з “уретральним синдромом”). За відсутності яких-небудь патоморфологічних, інфекційних або інших об’єктивних змін у таких хворих спостерігаються стійкий невротичний депресивно-іпохондричний стан, патохарактерологічний розвиток особистості. Психогенну природу таких страждань засвідчує ефективність психотерапії.

При захворюваннях сечостатевої системи діапазон клінічних виявів соматопсихічних розладів широкий. У їх появі (у разі гострої або хронічної ниркової недостатності) головну роль відіграють порушення водно-електролітного та кислотно-

основного гомеостазу, білкового або ліпідного обміну, артеріальна гіпертензія, патологічні аутоімунні процеси, які є суто соматогенними чинниками й зумовлюють органічні зміни в тканинах головного мозку. Внаслідок цього формуються неврозоз-, психопатоподібні розлади та психоорганічний синдром. У таких хворих можуть виникати тяжкі форми запаморочення — делірій, аменція, онейроїд, астенія зі сплутаною свідомістю, глибоке оглушення, кома. Virізняють три етапи формування нервово-психічної патології. Для першого — характерні симптоми астенії різного ступеня вияву: спочатку — гіперстенічна астенія (інколи з іпохондричними проявами), потім — гіпостенічна, з елементами депресії, астено-абулії з діенцефальними пароксизмами. За поглиблення патологічних змін у нирках і декомпенсації їх функції розвивається оглушення, а з часом — сопор і кома. Такі ускладнення іноді спостерігаються й під час сеансів гемодіалізу. Вони спричинюються різкими змінами водно-електролітного обміну і перепадами мозкового кровообігу. Внаслідок хронічної уремичної інтоксикації, особливо за умов приєднання стійкої гіпертензії, формується другий етап психічної патології, коли на описані ознаки функціонально-структурних розладів нашаровуються симптоми структурно-органічних змін з переважним ураженням мозкових судин у діенцефальній ділянці. При цьому хворі помічають зниження пам'яті, шум у вухах, частий і сильний головний біль. Спостерігаються запаморочення, помітне погіршення самопочуття під час зміни погоди, а також навесні і восени. З цих ознак психоорганічного синдрому починає розвиватися третій — енцефалопатичний етап. Для нього характерні: гіперестезія, розумове і фізичне виснаження, запаморочення, епілептиформні напади, значне погіршення пам'яті, конкретність мислення, звуження кола зацікавлень, експлозивність та інші вияви неспецифічної органічної деменції.

Якщо немає значних порушень обміну речовин, психічні відхилення можуть виникати за механізмами психогенії. Наприклад, перші напади сечокам'яної хвороби, що супроводжуються інтенсивними больовими відчуттями, можуть спричиня-

ти емоційний дистрес, а подеколи — відчуття тривожного напруження, очікування ускладнень і несприятливих у соціальному плані наслідків. Індивідуальні реакції не виходять за межі резервів особистості, і досить швидко їх інтенсивність зменшується до початкового рівня. Однак у хворих з тривожними преморбідними особистісними якостями можуть розвиватися невротичні реакції, а коли напади бувають часто — і стійкі астено-іпохондричний, астено-фобічний та депресивно-іпохондричний стани. В окремих випадках, особливо за психосоціального обтяження, психопатологічні стани трансформуються у невротичний або психопатичний тип особистості.

За механізмом психогенії у більшості випадків формуються психічні розлади й при запальних захворюваннях органів сечостатевої системи. До причин розвитку психопатологічних станів у цієї групи хворих, з одного боку, належать психогеннотравмівні чинники, а з другого — вони мають деякі специфічні риси, зумовлені особливою персоногенністю хвороб сечостатевої системи. У багатьох пацієнтів виявляють внутрішньоособистісний конфлікт інтимного характеру (переживання з приводу таких можливих наслідків хвороби, як безплідність і сексуальні розлади). Психотравмівним моментом можуть стати думки про венеричну хворобу, про те, що всі їхні біди є наслідком абортів тощо. Хоча насправді запальні захворювання органів сечостатевої системи найчастіше виникають через інші причини.

Серед описаного патологічного комплексу особливе значення мають психосоціальні чинники. Передусім йдеться про так званий закритий механізм психічної травми, яка свідчить про набутий характер хвороби. Важливий також негативний вплив хвороби на міжособистісні взаємини пацієнта з дружиною (чоловіком) або сексуальною партнеркою.

Динаміку розвитку психічних порушень при захворюваннях органів сечостатевої системи слід розділити на два етапи. Для першого етапу характерні: дратівливість, зниження настрою з відтінком тривожності, швидка фізична втомлюваність і психічне виснаження, порушення сну, головний біль, коїтофобія. При цьому у чоловіків можуть спостерігатися сексуальні

розлади у вигляді прискореної еякуляції, періодичного погіршення адекватних ерекцій на фоні збереження спонтанних, іноді — зниження лібідо тощо.

На другому етапі хворі скаржаться на пригнічений настрій, загальну слабкість, втрату ініціативи, нахил до іпохондричних переживань, страхи (в тому числі ті, що належать до сфери інтимних спілкувань). Сексуальні розлади можуть ускладнюватися помітним зниженням лібідо, стійким погіршенням як адекватних, так і спонтанних ерекцій, стертим оргазмом. Другий етап психічних і сексуальних розладів настає, переважно, в разі затяжного, часто рецидивуючого, характеру запальних захворювань внутрішніх статевих органів.

При ендокринних захворюваннях психічні розлади виникають унаслідок впливу порушеної нейрогуморальної регуляції на обмінні процеси, а також психотравмивних перевантажень, що виникли після усвідомлення негативних соціальних наслідків хвороби. Для клініки психічних розладів цієї групи захворювань характерні деякі закономірності. Перша з них полягає в тому, що у разі підвищення функції тієї чи тієї залози зазвичай посилюється і психічна функція. Наприклад, базедовій хворобі властиві: гіперестезія, дратівливість, прискорення мислення, помірна акатизія, схильність до фобій (іноді виникає страх смерті), інсомнія, послаблення пізнавальної здатності, концентрації уваги. Хвороба супроводжується зменшенням маси тіла, вегетативними розладами з переважанням функціональної активності симпатичного відділу автономної нервової системи (тахікардія, тремор, іноді — судоми та інше, посиленням сухожильних рефлексів). При тиреотоксикозі тяжкого ступеня описані розлади посилюються і доповнюються маніакальними, галюцинаторно-маячними, деліріозними, аментивними станами. На противагу згадуваній симптоматиці у хворих на мікседему спостерігаються сонливість, афективна загальмованість, сповільнення темпу мислення, іноді — маніакально-подібні психічні стани, паранойя, галюцинації, брадикардія. Помітно погіршується фізична й психічна працездатність, знижуються рефлекси тощо.

Для гіперпаратиреозу характерні депресія, параноя, сплутаність свідомості. У хворих на гіпопаратиреоз бувають порушення пам'яті, тривога, депресія, сплутаність свідомості. При синдромі Кушінга симптоматика розмаїта — від маніакально-подібного психотичного стану до депресивного із суїцидальними тенденціями. Хвороба Аддісона супроводжується сонливістю, депресією, спостерігаються деліріозні стани. Частими виявами феохромоцитом є тривога, страх, паніка, тремор, профузна пітливість, думки про неминучу загибель.

Другим загальним положенням є залежність особливостей психопатологічних виявів від стадії і тяжкості перебігу ендокринної хвороби. Наприклад, на фоні гіпотиреозу виникають стани потьмарення свідомості, епілептиформні напади, кататонічні розлади. Для пацієнтів з природженим значним недорозвиненням щитоподібної залози (кретинізм) характерна затримка інтелектуального розвитку, що досягає ступеня ідіотії.

При порфірії спостерігаються тривога, загальна слабкість, пітливість, а в період загострення — депресія, параноя, зорові галюцинації. Закономірним є те, що в клінічній картині психічних розладів домінують вияви гіпо- або гіперстенічної астенізації, на фоні якої формуються гострі або хронічні психотичні або непсихотичні відхилення. У разі погіршення функціонування ендокринних залоз вияви астенії наростають. При цьому можуть формуватися астено-абулічні та апато-абулічні стани. Нерідко порушується психоорганічне коло, аж до неспецифічної органічної деменції.

Ортопедія та травматологія. Психосоматичні механізми розвитку спостерігаються при таких хворобах сполучної тканини, як системний червоний вовчак і ревматоїдний артрит. Розвиток і загострення цих хвороб пов'язують з хронічним дистресом, депресією, гнівливістю. Під час системних розладів формуються психоорганічні синдроми. Тривога й депресія впливають на розвиток остеоартриту. При захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату клінічні вияви психічних розладів багато в чому визначаються ступенем обмеження рухової активності хворих та інтенсивністю больового відчуття.

Виявляють вказані нижче психопатологічні феномени, які на фоні фізичного дефекту сприяють формуванню певних якостей особистості. З'являються безпричинні тривога за долю рідних, невпевненість у майбутньому, емоційна напруга, боязнь болю тощо. Зменшується почуття власної гідності. Астенія зумовлюється як органічним процесом (інфекція, порушення обміну речовин та ін.), так і психологічною реакцією на психічну травму. У разі іпохондрії пацієнт надто переймається власним здоров'ям, сумнівається в можливості одужання, сприятливого перебігу “основної” недуги, компенсації втраченої функції тощо. Все це має характер психогенно зумовленої нав'язливої ідеї. Впевненість у тому, що хвороба тяжка, гіперболізація її негативних наслідків (як для себе, так і для близьких), загальне нездужання, біль у різних частинах тіла може бути виявом психогенної депресії. Депресія, або субдепресія, спричинюється відчуттям безпорадності, зміною соціального статусу, погіршенням взаємин на роботі, в сім'ї, недостатнім матеріальним забезпеченням, перевтомою, безсонням, наявністю косметичного дефекту тощо. Обсесивні симптоми (образні, афективно насичені з критичним осмисленням, нав'язливі страхи, рідше – сумніви) мають психогенний характер. Вони поєднуються між собою та з астенією, депресією або субдепресією. Порушення мислення насамперед полягає в появі компенсованих або декомпенсованих надцінних ідей, які є патологічно зміненою емоційно напруженою, домінуючою у свідомості реакцією на фізичний дефект, біль, соціальні наслідки хвороби. Психалгії (больові відчуття різної локалізації, зумовлені не об'єктивними змінами в органах і тканинах, а хворобливими переживаннями) розвиваються під впливом ситуації-стресора. Вони можуть поєднуватися зі справжніми больовими відчуттями й потенціювати їх. Тому важливо визначити питому вагу психалгій у клінічній картині. Це може бути окремий синдром невротичних розладів, особливо у тих, хто зазнав інтенсивного болю в минулому. Інколи психалгії виникають як захисна реакція організму у відповідь на складну життєву ситуацію (гіперкомпенсація), іноді є виявом рентних установок.

Вегетативно-судинні дистонічні розлади можуть бути наслідком впливу на центральні структури вегетативної нервової системи інфекційно-алергічних, патологічних обмінних, нейрогуморальних чинників, гіпоксії та ін. Істотну роль у загальній дезадаптації хворих відіграють порушення сну, уваги, роздратування, зниження апетиту з різних причин і, насамперед, — через біль та гіподинамію.

Особливістю вказаних психопатологічних виявів у хворих з порушенням опорно-рухового апарату порівняно з такими в загальній популяції є їхня іпохондрична прив'язаність до інтероцептивних відчуттів.

У разі впливу на мозок інфекції, гіпоксії, інтоксикації, патології процесів обміну, інших чинників, притаманних ортопедичній патології, відчуття у кістково-м'язово-суглобовій системі нерідко переходить в інтероцептивну гіперпатію, спричинену зниженням порогу сприйняття больових подразників. Думки пацієнта фіксовані на ураженому органі, часто недужі скаржаться на локалізований біль, що відповідає рефлекторним зонам ураженої ділянки опорно-рухового апарату. Ці відчуття досить поліморфні, але один і той самий пацієнт однаково вказує на локалізацію та оцінює їх (колючий, розпираючий, пекучий біль та ін.). Хворобливі переживання зазвичай афективно насичені. Проте стан емоційної сфери варіює в широких межах, аж до апатії, що часто спостерігається в разі гіподинамії. Гіподинамія пояснюється об'єктивними змінами в кістках, м'язах і суглобах та (або) обсесивно-фобічним переживанням. При цьому іпохондрія може досягти маячного рівня, що супроводжується появою ідей впливу, самозвинувачення, а також зниженням активності та деяких вітальних функцій.

У половини хворих спостерігається пряма залежність між стадією хвороби (загострення або ремісія) і виявом психічних розладів. У третини пацієнтів помічають так зване психосоматичне балансування. Тоді в разі поліпшення соматичного стану актуалізується й загострюється психопатологічна симптоматика. Майже у 18 % пацієнтів такої кореляційної залежності не встановлено. Психічні відхилення “відірвані” від органічної па-

тології або останньої, за оцінкою фахівців-ортопедів, взагалі не помічається. При цьому біль має мігруючий характер, спостерігаються порушення схеми тіла, первинні розлади м'язового відчуття, що не відповідає топографічним зонам спинномозкової та периферичної іннервації. Тобто йдеться про первинну психічну патологію, що супроводжується сенестопатіями, імітуючи симптоматику неіснуючої у даного пацієнта недуги.

Типових клінічних виявів психічних розладів для тієї чи іншої локалізації ортопедичної патології загалом не виявлено. Однак спостерігається помірне збільшення частоти депресивних реакцій з функціональною недостатністю нижніх кінцівок. Мабуть, це можна пояснити схильністю до гіподинамії. У хворих з наслідками травм хребетного стовпа також переважає депресивна симптоматика, нерідко виявляють суїцидальні тенденції, рідше — апатію.

Онкологічні захворювання. За поза мозкової локалізації пухлини на початку хвороби (до виявлення об'ємного процесу) психічні порушення мають вигляд соматогенної астенії. У разі незадовільного загального стану вона поєднується з тривожним напруженням і афективною лабільністю. При цьому досить часто буває анозогнозичний тип ставлення до захворювання, тобто хворий прагне “втекти від хвороби”. Сам факт виявлення пухлин зазвичай є сильним психогенно травмівним моментом і може спричинити гнів, недовіру, тривогу, розпач. Нерідко розвивається реакція у формі тяжкої депресії, навіть із суїцидальними тенденціями. Найчастіше психіатричний діагноз формулюють як розлад адаптації. У міру посилення ракової інтоксикації та інших соматичних порушень поступово нарастають ознаки астенії, з'являється туга. На цьому фоні періодично виникає тривожно-фобічний стан. Тривогу, страх та інші емоційні розлади може спровокувати потреба в промене- та хіміотерапії. При цьому психогенно зумовлені нудота, загальна слабкість та інші соматичні відчуття виникають ще до початку лікування. У хворих з кахексією нерідко бувають деліріозні розлади. Ілюзорні, галюцинаторні й маячні переживання часто спрямовані на медичний персонал. Цим можна пояснити підо-

зріливість та неадекватність поведінки пацієнта. Психологічні відхилення зазвичай скороминучі, проте інколи спостерігаються депресивно-параноїдні стани, маячіння Катара, корсаковський синдром, які набувають протрагованого перебігу. В претермінальній стадії хвороби виникають астено-абулічний, а потім і апато-абулічний стани, що досягають ступеня апатичного ступору. Це свідчить про надзвичайно тяжкий загальний стан. Провісниками агонії у таких хворих часто буває муситуючий делірій або аменція, що переходить у кому. Іноді смерть настає після тривалої ейфорії.

Нервові хвороби. Серед психосоматичних розладів, що характерні для клініки нервових хвороб, найпоширенішою є психогенна гіперестезія. Вона виявляється підвищеною чутливістю шкіри, загостренням зорових, слухових, смакових, нюхових відчуттів, що доходить, за словами В. Д. Тополянського і М. В. Струковського (1986), до “больової гіперпатії”. Спостерігається також психогенне зниження тактильної і, особливо, больової, а також температурної чутливості шкіри та слизових оболонок, навіть до повної анестезії (найчастіше при істеричних розладах). Гіперестезія нерідко поєднується із “психогенною невралгією і міалгією”, які в разі локалізації больових відчуттів у міжреберних проміжках ліворуч у ділянці молочної залози часто призводять до іпохондричної фіксації – кардіо- та онкофобії. На неорганічну природу таких відчуттів вказує їхній “блукаючий” характер. Переважно це вияв маскованої соматизованої депресії. Оскільки цей вид депресії часто має ендогенний характер, терміни “психогенна невралгія”, “міалгія” та інші умовні. Афективні розлади лежать в основі низки психогенних дискінезій: пишучого спазму (утруднене, перекручене письмо), спазму музикантів (піаністів, скрипалів та інших), доярок, литкових м’язів у балерин тощо.

Соматопсихічні розлади спостерігаються в клініці багатьох неврологічних уражень. Значною мірою вони пояснюються психосоціальними проблемами хворих (інвалідизація, обмеження здатності до пересування, соціальна ізоляція та ін.). Так, у разі м’язової дистрофії у дітей спостерігаються туга, депресія,

гнівливість. При розсіяному склерозі з різних причин пацієнт стає нестриманим, тривожним, ейфоричним. Можуть розвиватися маніакальні стани.

Акушерство і гінекологія. Психогенні психічні розлади характерні переважно для першого та останнього триместрів вагітності. Насамперед вони зумовлюються страхом перед пологами й тривогою за розвиток плода. Інколи негативні переживання є наслідком того, що вагітність небажана (у самотніх жінок) або складні стосунки з чоловіком, тяжкий матеріальний стан тощо. Психосоматичні механізми спостерігаються в разі сильного блювання вагітних. Психічні розлади і передусім депресія можуть стати першопричиною звичних викиднів. Психогенний характер має так звана удавана вагітність, коли жінка, не маючи на те підстав, переконана в тому, що вагітна. Цей стан може супроводжуватися аменореєю та іншими ознаками ранніх строків вагітності. Різноманітні невротичні розлади можуть виникати у жінок і після медичного аборту. Так, Л. Богдан (1983) описав синдром кувади (від франц. *couvade* — висиджування яєць): чоловік вагітної повідомив, що в нього з'явилися деякі ознаки вагітності, зокрема, нудота і загальна слабкість уранці, зубний біль тощо. У перші дні після пологів у багатьох жінок (найчастіше у тих, хто народив уперше або схильний до депресивного реагування, а також з “передменструальною напругою”) з'являються надмірна емоційна лабільність (від ейфорії до глибокої печалі), стан пригнічення, емоційного напруження, дратівливості. Приблизно через 2 тижні після пологів у породіль може бути післяпологовий психоз, який за перебігом істотно не відрізняється від такого в загальній популяції. Головним чином це буває у жінок, у яких у минулому спостерігалися психічні розлади, а також у тих, у кого обтяжений психіатричний сімейний анамнез. У 80 % випадків діагностують афективний (переважно маніакальний) психоз. На другому місці за поширенням стоїть шизофренічний психоз і на третьому — психоорганічний. Під час діагностики таких розладів важливо з'ясувати наміри матері щодо малюка, бо іноді трапляються агресії стосовно дітей. небезпечні також і суїцидальні наміри породіль.

Передменструальний синдром — це комплекс психопатологічних (дратівливість, тривога, депресія) і соматичних (болючість молочних залоз, дискомфорт) симптомів, що з'являються за кілька днів до менструації, а після її початку зникають. У період менопаузи частішають депресивні й тривожні стани, що супроводжуються припливами, гіпергідрозом та сухістю піхви.

Хвороби крові. При лейкемії, лімфомі, гемофілії серед психопатологічних симптомів найпоширеніші тривожність і психогенне блювання.

Опіки. Поява опіків певною мірою залежить від психологічних та психосоціальних чинників. Так, опіки часто бувають у гіперактивних і розумово відсталих дітей, а також дітей з проблемних сімей. Серед дорослих опіки найчастіше виникають у недоумкуватих і тих, хто зловживає алкоголем, наркотиками тощо. Соматопсихічні розлади у вигляді астенії, депресії, а в разі інтоксикації — й психотичної симптоматики, спостерігаються у понад третини пацієнтів з опіковою хворобою, особливо тоді, коли спотворена зовнішність.

Шкірні хвороби. На думку більшості дослідників, до класичних психосоматозів належить нейродерміт, бо поява екзематозних змін при цьому захворюванні або їх загострення безпосередньо пов'язані з емоційним дистресом (наприклад, смертю близької людини), зі стриманим гнівом, сексуальними проблемами. Шкірні зміни настають на фоні стресу, хронічної тривоги, депресії (при кропив'янці, ангіоневротичному набряку). Ідіопатичний тип зазвичай не пов'язаний зі специфічними алергенами або якими-небудь фізичними збудниками. До цієї групи захворювань дехто пропонує віднести і простий лишай, вітиліго, псоріаз, atopічний дерматит, гніздову aloпецію та шкірне свербіння.

Сенсорні розлади. В осіб з глухотою, що розвинулася до заволодіння мови, частіше спостерігаються поведінкові розлади й соціальна самоізоляція, ніж психічні розлади. Якщо глухота швидко прогресує у людини, що вже вміє розмовляти, може розвинути депресія. Було виявлено зв'язок глухоти з маячінням переслідування. Сліпота також стає підґрунтям для роз-

витку депресій і психосоціальної дезадаптації тоді, коли втрачають зір не в дитинстві, а пізніше.

6.4. Профілактика

У профілактиці психосоматичних і соматопсихічних розладів традиційно вирізняють первинну, вторинну і третинну. *Первинна профілактика* полягає в ранньому виявленні чинників, які сприяють появі психосоматичних розладів, а також ефективному лікуванню соматичних захворювань та призначенні заходів з метою недопущення соматопсихічних розладів. У межах *вторинної профілактики* проводять лікувальні й соціальні заходи, спрямовані на запобігання рецидивам як соматичної хвороби, так і пов'язаних з нею психічних відхилень. Для цього паралельно із заходами, що стосуються соматичної сфери, проводять підтримувальні курси психокорекції в амбулаторних або стаціонарних умовах. *Третинну профілактику* призначають, аби запобігти різним формам патологічного розвитку особистості або психічному дефекту. Для цього аналізують структуру зміненої хворобою особистості і патогномонічні клінічні вияви та психотравмівні обставини. Потім проводять заходи щодо усунення або дезактуалізації означених ситуацій (стресорів), переорієнтації особистості на позитивні соціальні аспекти. У разі органічної церебральної патології здійснюють відповідне етіологічне й патогенетичне лікування.

Контрольні питання

1. Психічне реагування на хворобу й психологія соматичного пацієнта.
2. Типи психічного реагування.
3. Місце психічного фактора в соматичній патології.
4. Передумови формування психосоматичних захворювань.
5. Психологічні особливості хворих при різних соматичних захворюваннях, дефектах тіла й органів чуття.

Розділ 7. Психологічні особливості та порушення психіки в осіб із захворюваннями органів дихання, серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту

7.1. Бронхіальна астма та гіпервентиляційний синдром

Позитивне тлумачення. Бронхіальна астма (за Пезешкіаном) — здатність за допомогою симптому (хрипоти, кашляти, хапати повітря, синіти) наполегливо привертати до себе увагу.

Визначення. **Бронхіальна астма** характеризується короткочасними нападами значної нестачі повітря. Ці стани виникають унаслідок спазму малих бронхів і звуження дихальних шляхів через набряки слизової бронхів і підвищення секретії. Бронхіальна астма має мультифакторіальний генез: поряд із хімічними та інгаляційними подразниками, етіологічними вважаються конституційні, імунологічні, запальні, алергічні та фізичні фактори. **Гіпервентиляційний синдром** характеризується патологічним підвищенням частоти дихання з переважанням грудного дихання. Суб'єктивно виникає відчуття дискомфорту у грудях, пов'язане з гострою потребою в повітрі та нав'язливим бажанням глибоко дихати.

Симптоматика. При нападі астми хворий починає задихатися. Абдомінальне дихання практично повністю замінюється грудним; грудна клітина роздувається, легені переповнені повітрям. Через нестачу кисню, обличчя набуває синюшного кольору. Насамперед утруднюється видих, що нерідко супроводжується свистом. Напад ядухи може супроводжуватися кашлем з мокротинням і якщо він затягується надовго, то говорять про астматичний статус — стан, який є небезпечним для життя і може призводити до серцево-судинної недостатності.

Транскультурний аспект і епідеміологія. За статистикою близько 1 % населення страждають на бронхіальну астму. Хворіють, насамперед, діти та підлітки, хлопчики в 2–3 рази частіше, ніж дівчата. З настанням пубертатного періоду в половини хворих захворювання виліковується. Пік захворюваності серед дорослих припадає на вік 21–35 років, хворіють переважно жінки. Розвиток захворювання у більш старшому віці спостерігається досить рідко. Зростання захворюваності перебуває в причинному взаємозв'язку з розвитком цивілізації.

Огляд літератури. В астматиків виявлені реактивні утворення, якими заміщуються агресивні тенденції та бажання близькості, нерідко виявляються розлади в сексуальній сфері. В астматиків агресія не витісняється. Оскільки вона переживається як небезпечна, хворий не може її висловити, він не може “випустити свій гнів на повітря”. Це виявляється під час нападів задухи. У хворого виникає надчутливість до запахів, яка не зумовлена фізіологічно. Ця надчутливість належить насамперед до тих запахів, які деякою мірою пов'язані з нечистотами та неохайністю, а також з неохайною та нечистою поведінкою. Астматики з підвищеною сприйнятливістю запахів також украй залежні від суджень і думки навколишніх їх людей. Існує зв'язок між вдихом і видихом, з одного боку, та здатністю брати й віддавати — з іншого, в астматиків помічена тенденція до неповернення, утримання, збереження. У пацієнтів, які, крім медикаментозної, отримують ще й психосоматичну терапію порівняно з пацієнтами, яких лікують лише медикаментозно, істотно менше буває астматичних нападів та статистично вірогідні більш тривалі ремісії. Прикладом може бути притча “Думки — що паростки”. В одного астматика важкий приступ задухи раптово розпочався серед ночі у ліжку. Було тепло, він перебував у готелі і йому здавалося, що він задихається. Добравшись до дверей, він відчинив їх і кілька разів глибоко вдихнув. Свіже повітря подіяло сприятливо, і напад незабаром відпустив його. Коли наступного ранку він прокинувся, то зрозумів, що відкривав вночі не двері кімнати, а лише дверцята шафи.

7.2. Інфаркт міокарда

Позитивне тлумачення. Здатність приймати будь-яке навантаження близько до серця.

Визначення. **Інфаркт міокарда** виникає в результаті закупорки коронарних артерій. Якщо переривається кровообіг, то уражена мережа серцевих судин перестає отримувати кисень, це призводить до руйнування тканин серцевого м'яза. Факторами ризику виступає спадкова схильність, підвищений вміст жирів у крові (холестерин тощо), підвищений систолічний та діастолічний кров'яний тиск, паління, надлишкова маса тіла та малорухливий спосіб життя.

Симптоматика. Інфаркт міокарда зазвичай трапляється раптово, часто серед ночі, а іноді і при фізичному спокої. Майже завжди він супроводжується сильними болями. Проте бувають “німі” інфаркти, які протікають безболісно і можуть бути пов'язані зі слабкістю та нездужанням потому.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Згідно зі статистикою ВООЗ зафіксовано виразне зростання ішемічної хвороби серця в різних європейських країнах. Якщо раніше співвідношення між хворими чоловіками та жінками було 4:1, то в останні роки ризик захворювання змінився до нового співвідношення 1,3:1. Деякі автори пояснюють це збільшенням кількості жінок, що виконують типово чоловічу роботу, і пов'язаним із цим стресовим фактором.

Огляд літератури. Психічний фактор поряд з органічним може впливати на виникнення інфаркту міокарда. Так, Данбар на підставі глибиннопсихологічного аналізу склав типовий особистісний профіль пацієнта з коронарними захворюваннями.

У сучасній літературі описано “коронарну особистість”. Ідеї подібного роду важко перевірити, тому що тільки перспективні дослідження дають можливість відокремити психологічні фактори, що мали місце до розвитку серцевого захворювання, від психологічних наслідків, зумовлених впливом самої хвороби. Слід зауважити, що під час досліджень, проведених у 80-х роках ХХ ст., увага концентрувалася на кількох групах можливих

факторів ризику, що включають хронічні емоційні розлади, соціально-економічні труднощі, перевтому або інші постійно діючі протягом тривалого часу агресори, а також патерн поведінки типу А. Найбільш підкріплений доказами патерн поведінки типу А, для якого характерні такі основні риси, як ворожість, надмірне прагнення до конкуренції, честолюбство, постійне відчуття нестачі часу і зосередженість на обмеженнях і заборонах. При проведенні досліджень, присвячених первинній і вторинній профілактиці, основний підхід полягав в усуненні таких факторів ризику, як куріння, неправильне харчування, недостатнє фізичне навантаження.

7.3. Кардіофобія та функціональні порушення серцевого ритму

Позитивне тлумачення. Здатність реагувати на тривоги і конфлікти, приймаючи все близько до серця (прагнення до близькості та захищеності).

Визначення. **Кардіофобією** називають стани замирання серця, що виникають під час приступів, та страху смерті, пов'язані з безліччю різних скарг з боку серця, хоча органічної патології виявити при цьому не вдається. При функціональних порушеннях серцевого ритму без органічних причин виникають зміни частоти серцевих скорочень, їх ритмічності. Синонімічними назвами для серцевого неврозу є: синдром д'Аюсти; "soldiers heart", "irritable heart", "effort syndrome", функціональний кардіоваскулярний синдром, нейроциркуляторна астенія або дистонія, серцева іпохондрія, кардіофобія, фобічна або іпохондрична форма серцевого неврозу або фобічного неврозу.

Симптоматика. На відміну від органічних захворювань серця при кардіофобії хворі скаргуються на безліч симптомів, які детально та яскраво описують: сильне серцебиття, завмирання серця, екстрасистоли, відчуття здавлення або стискання у ділянці серця, болі, не пов'язані з навантаженням, нестача повітря, підвищення артеріального тиску, пітливість, нудота, відчуття безпорадності, тремтіння у всьому тілі, сильне хвилювання, слабкість. Основний симптом — це страх померти від

серцевої недостатності. Описана симптоматика виникає приступами. Напад може тривати до двох годин, і припиняється зазвичай, коли приходить лікар і з'являється можливість надання хворому якої б то не було медичної допомоги. Типовим є хронічний перебіг з формуванням іпохондричних та фобічних рис. Хворий упевнений в тому, що страждає на важке захворювання серця. Він не може бути один, весь час прислухається до ритму свого серця. Йому постійно потрібен поблизу лікар. За оцінками фахівців хворі з функціональними серцево-судинними порушеннями становлять близько 35 % усіх пацієнтів зі скаргами на серце.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Захворювання зазвичай виникає переважно у віці 20–45 років (пік припадає на 35 років). Серед людей віком старше 65 років кардіофобія майже не зустрічається. До 60-х років минулого століття серед хворих переважали жінки, останнім часом відзначається явна перевага хворих на кардіофобію чоловіків.

Огляд літератури. З. Фрейд відносив кардіофобію до загального поняття фобічного неврозу (страх як характерний симптом захворювання). Страх смерті вважається центральним моментом всієї клінічної картини хвороби. Змістом страху є страх розлуки, втрати близької людини, страх перед самотністю, страх перед смертю. Виокремлюють два типи хворих на кардіофобію. Для типу А, який складає більшість хворих, характерна симбіотична залежність (хворий інфантильним чином замикається на своєму партнерові). Життєві сфери хворого звужуються, він схильний до самоспостереження, намагаючись уберегти себе від неприємностей. Виражені депресивні симптоми. Хворі типу Б, навпаки, захищаються від залежності. Гіперкомпенсаторно у формі фізичної активності та діяльності вони намагаються боротися зі своєю слабкістю. Страхи та конфлікти приховуються (чемність).

7.4. Гіпертонія і гіпотонія

Позитивне тлумачення. **Гіпертонія** — здатність на перманентній зовнішній тиск реагувати підвищенням тиску всередині

ні організму, тобто кров'яного тиску. **Гіпотонія** — здатність дуже економно поводитися зі своїми силами і у відповідь на зовнішній тиск реагувати зниженням кров'яного тиску.

Визначення ВООЗ позначає систолічний тиск 140–160 мм рт. ст. та діастолічний 90–95 мм рт. ст. як межу, тиск нижче цих величин вважається нормальним, а вище — оцінюється як **гіпертонія**. **Есенціальна гіпертонія** визначається тоді, коли захворювання не пов'язане з хворобою нирок, серця або гормональними порушеннями. Близько 80 % гіпертоній класифікується як “есенціальна”. Причинами есенціальної гіпертонії є нервові, гормональні та конституціональні чинники. Вона часто розвивається на фоні короткочасної емоційної, ювенільної або клімактеричної гіпертонії. При так званій есенціальній, або самостійній гіпотонії тиск постійно нижче 100/60 мм рт. ст.

Симптоматика. Оскільки високий кров'яний тиск спочатку не завдає ніяких специфічних занепокоєнь, існує багато людей з підвищеним тиском, які навіть не підозрюють про це. Якщо неприємні відчуття стають помітними, то в початковій стадії виникають скарги на головний біль, нудоту, порушення зору, шум у вухах, серцебиття, дратівливість і т. ін.

Типові симптоми зниженого тиску — це потемніння в очах при вставанні або тривалому перебуванні в положенні стоячи, нудота, шум у вухах, позіхання, серцебиття і схильність до колапсів.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Есенціальна гіпертонія, особливо якщо брати до уваги велику кількість невиявлених хворих, тобто без встановленого лікарем діагнозу, належить до найпоширеніших захворювань в індустріальних країнах. У Німеччині від підвищеного тиску страждають близько 6,3 млн осіб, тобто кожний десятий дорослий має ризик захворіти на гіпертонію. У США 25 % чоловіків і 46,6 % жінок у віці старше 60 років страждають на підвищений АТ. В осіб негроїдної раси в США, особливо у великих містах, гіпертонія зустрічається значно частіше, ніж в осіб європеїдної раси, у негрів Африки ця хвороба, навпаки, надзвичайно рідкісна. Так як особливостями расової конституції цей факт пояснити не можна,

Ф. Александер вважає, що вирішальним етіологічним чинником є необхідне в певному культурному середовищі самовладання. Харбург та інші науковці пояснюють це ворожістю, що подавляється унаслідок дискримінації та позбавлення привілеїв.

Огляд літератури. Показано, що при страху, гніву та озлобленості підвищується тиск і що хронічне емоційне перенапруження може призводити до стійкої гіпертонії. У гіпертоніків існує пов'язана зі страхом агресія, що хронічно пригнічується. У літературі описана типова для хворих на гіпертонію невротична особистісна структура з переважанням нав'язливих станів, у результаті чого часто виникають внутрішні та зовнішні конфлікти, що ускладнює емоційну розрядку. За З. Фрейдом, той факт, що есенціальна гіпертонія часто зустрічається у членів однієї сім'ї, може інтерпретуватися в сенсі психологічного наслідування. Хворі на гіпертонію схильні до підвищення тиску навіть у ситуаціях, що у нормотоніків не викликають ніяких змін тиску.

Гіпертонічна хвороба (есенціальна артеріальна гіпертензія). Основними властивостями особистості, схильної до формування есенціальної гіпертонії, вважається внутрішньоособистісний конфлікт, інтерперсональне напруження між агресивними імпульсами, з одного боку, і почуттям залежності — з іншого. Поява гіпертонії зумовлена бажанням відкрито висловлювати ворожість при одночасній потребі в пасивному й адаптованому поводженні. Даний конфлікт можна схарактеризувати як конфлікт між такими суперечливими особистісними прагненнями, як одночасна націленість на прямоту, чесність і відвертість у спілкуванні та ввічливість, чемність та уникання конфліктів. В умовах стресу така людина схильна стримувати власну драгівливість і придушувати бажання відповісти кривднику. Придушення негативних емоцій у людини в період стресу, що супроводжується природним підвищенням артеріального тиску, здатне погіршити загальний стан людини і навіть сприяти розвиткові інсульту.

При обстеженні психічного стану у хворих артеріальною гіпертензією в поєднанні з добовим моніторингом артеріаль-

ного тиску виявлено, що на ранній стадії артеріальної гіпертензії після підвищення артеріального тиску у хворих відбувається зниження рівня тривоги. Таким чином, підтверджується компенсаторна роль підвищення артеріального тиску внаслідок тривалого психоемоційного напруження.

На початковій стадії гіпертонічної хвороби більшість хворих адекватно оцінюють свій стан здоров'я, правильно сприймають рекомендації і призначення лікаря. Частина хворих із тривожно-підозрілими рисами сприймає підвищення артеріального тиску як трагедію, катастрофу. Настрій у таких хворих погіршується, увага фіксується на відчуттях, коло інтересів звужується, обмежується хворобою.

В іншій групі хворих діагноз гіпертонічної хвороби не викликає ніякої реакції, вони ігнорують захворювання, відмовляються від лікування. Таке ставлення до хвороби спостерігається переважно у людей, що зловживають алкоголем.

Слід відзначити, що не виявляється паралелізму між рівнем артеріального тиску (АТ) та ймовірністю розвитку психічних порушень. Нами при обстеженні психічного стану хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з добовим моніторингом АТ уперше встановлено показники добового моніторингу АТ, значущі щодо прогнозу розвитку психічних порушень при цьому захворюванні. Такими є висока варіабельність АТ протягом доби і порушення циркадного ритму коливань АТ: посилення чи відсутність фізіологічного нічного зниження рівня АТ.

Хворий на гіпертонію має знати причину свого стану, йому треба пояснити, що розлади нервової системи в нього функціонального характеру, що вони тимчасові та при відповідному систематичному лікуванні порушена функція відновиться.

Підвищення артеріального тиску можна представити як необхідну і корисну реакцію: організм приводиться у стан підвищеної готовності, починає працювати на повну потужність і готовий до фізичного опору, важкої м'язової роботи і якнайшвидшого реагування. Якщо з якої-небудь причини не відбувається відреагування напруги, що накопичилася, немає емоційної розрядки, то спастичний стан судин зберігається і тиск

крові залишається підвищеним у цій фруструючій ситуації. За певних тривалих конфліктів і відповідної схильності це може призводити до захворювання. Хворих на гіпертонію порівнюють з хижаками замкнутими в клітці, які бігають з кутка в куток у пошуках шансу для нападу або ж для втечі. Людина, яка не навчилася послідовно справлятися зі своєю агресією, змушена постійно пересилювати себе, намагаючись бути ввічливою. Гіпертонік хоче все зробити “на всі 100 %”, він не може передоручити роботу. У професійній діяльності йому часто не вдається досягти всього того, чого б йому хотілося, тому що він не може здійснити свої уявлення й очікування. Зовні він здається скромним, поступливим і навіть лагідним, проте чемне поводження з навколишніми тримає його в постійній напрузі. Він діє стримано, але не холоднокровно. Постійно відчуває себе зобов’язаним щось зробити. Йому дуже важливо, чого від нього чекають, і що про нього говорять інші люди. Гіпотонік у конфліктних ситуаціях схильний до відступу в пасивний кут. Контакти сприймаються як обтяжливі й такі, що крадуть час, або як руйнівний захід, тому не підтримуються. Доволі часто розвинена сфера фантазії: ці люди багато роздумують, мріють, будуючи повітряні замки. Батьків гіпертоніки часто характеризують як вимогливих, контролюючих, таких, що не балували увагою та підтримкою. Вони очікували від дитини поступливості та слухняності при суворому й жорсткому виховному процесі. Деякі майбутні гіпертоніки боялися через агресивну поведінку втратити любов батьків, у зв’язку з чим вони намагалися придушити в собі агресивні імпульси. Відносини батьків між собою були позбавлені ніжності. Почуття, як і конфлікти, витіснялися й приховувалися. Постійні проблеми між батьками, розлуки і розлучення вимагали від дитини підвищеного пристосовування. Спілкування з навколишніми часто залежало від критерію відповідності та досягнень.

7.5. Виразка шлунка та дванадцятипалої кишки

Позитивне тлумачення. Здатність давати вихід напрузі та конфліктам.

Визначення. З медичної точки зору при **виразці шлунка** йдеться про порушення рівноваги між факторами, що захищають слизову оболонку, та агресивними стосовно неї, що призводить до свого роду самопереварювання стінки шлунка. Як наслідок — утворюється виразка слизової оболонки. Для виникнення **виразки дванадцятипалої кишки** постулюється “агресивний принцип”, що полягає у підвищенні концентрації кислоти і пепсину, “захисний принцип”, який передбачає усі цитопротекторні ефекти і “центральний принцип” як фактор впливу центральної нервової системи.

Симптоматика. Провідним симптомом при виразці шлунка є різкий біль або різі в області шлунка, які майже завжди за часом виникнення, пов’язані з прийомом їжі. Хронічна виразка може протікати майже без скарг і виявляється лише при наявності ускладнень у вигляді кровотеч або перфорації шлунка. Симптоматика при виразці дванадцятипалої кишки аналогічна такій при виразці шлунка.

Транскультурний аспект і епідеміологія. У західних країнах виразкою дванадцятипалої кишки хворіє кожний десятий, частота захворювання оцінюється від 2 до 15 %. У біженців та переселенців виразка виявляється частіше. Чоловіки хворіють на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у 5–8 разів частіше, ніж жінки. Найчастіше хворіють чоловіки в середині п’ятого десятиліття життя, у жінок захворюваність росте в постменопаузі.

Виразка шлунка та дванадцятипалої кишки виникають в емігрантів насамперед тому, що мовні та соціальні проблеми призводять до соціальної ізоляції. Крім того, змінюються характер і значення харчування.

Огляд літератури. Уже в 1927 р. була показана можливість утворення виразки шлунка у собак при уявному годуванні. Доведено зв’язок між емоціями та функцією шлунка в людини. Шлунок спастично реагує на спеціальні запитання про ситуації, пов’язані з озлобленістю та заздрістю. Із психоаналітичної точки зору, як зазначає Ф. Александер, виразкова симптоматика становить реакцію на перешкоди орально-рецептивних прагнень. Виразка нерідко є результатом хворобливого голодування.

Із точки зору позитивної психотерапії, незадоволена або надмірно сильна потреба в прихильності та надійності, як і їжа, переробляється шлунок. Шлунок реагує так, ніби людина голодна. У великої кількості хворих, що страждають захворюваннями шлунка, прагнення до професійного успіху та грошей витісняють турботи про духовну їжу. Сфера контактів часто недостатньо розвинена. При розставанні, втраті захищеності часто відбувається загострення хвороби. У своєму найпотраємнішому хворі, як і раніше, тужать за тим, щоб їх годували, любили та оберігали, як дітей.

Глибинна психологія вказує на особливу роль шлунка та кишечнику в розвитку людини. Для дитини годування та коливання означає, що її оберігають та люблять. Вона дізнається також, що процес прийому їжі пов'язаний з тим, щоб щось брати й віддавати, має спільне з володінням, слухняністю, озлобленістю й відкиданням. Від хворих з виразкою дванадцятипалої кишки часто можна почути висловлювання про вияви гніву, бажання помсти та розплати.

7.6. Виразковий коліт і хвороба Крона

Позитивне тлумачення. Здатність реагувати на перевантаження і конфлікти своїм кишківником і позбуватися від них тим самим способом, що і від їжі.

Визначення. **Виразковий коліт** — це запальне захворювання товстої кишки, яке гостро розвивається, зазвичай вражає пряму кишку, а іноді поширюється і на тонку. Нерідко хвороба має хронічний рецидивуючий перебіг. У медичній літературі етіологія цього захворювання характеризується як невідома або не до кінця з'ясована. Одні автори надають значення генетичним факторам, другі — інфекційним, треті — алергічним, аутоімунним, характеру харчування та психосоматичним факторам.

Хвороба Крона (відома також як термінальний ілеїт) є хронічним запальним захворюванням кишківника. Може вражати всю гастродуоденальну зону кишківника, проте переважно зустрічається в нижніх відділах тонкої кишки. Кишківник нерідко уражається сегментарно. В процесі захворювання форму-

ються зміни стінки кишки запального характеру з типовим абсцедуванням та утворенням свищів.

Симптоматика. Провідний симптом **виразкового коліту** — криваво-гнійні рідкі спорожнення до 30 разів на день, зрештою складаються з однієї крові. Супутні симптоми — лихоманка, нудота, блювання, спазми в животі, біль у животі й суглобах, загальна слабкість та зниження маси тіла. Внаслідок частих рідких випорожнень, розвиваються виражені зневоднення і анемія. Хвороба починається нерідко вже в підлітковому або молодому віці. Через кілька тижнів може наступити ремісія, проте зазвичай ненадовго, через кілька місяців або років хвороба може розвинутися знову. **Хвороба Крона** часто починається гостро, зі спастичних болів. Поряд із періодичними нападами болю характерними є хронічні проноси, лихоманка, зниження маси тіла, відсутність апетиту та загальне нездужання. Хвороба Крона схильна до хронічного рецидивуючого перебігу з ускладненнями.

Транскультурний аспект та епідеміологія. Виразковий коліт частіше зустрічається серед міського населення, ніж сільського. Захворювання маніфестує найчастіше на третьому і четвертому десятиліттях життя. Чоловіки та жінки хворіють з однаковою частотою. Виразковий коліт зустрічається у 2–5 разів частіше, ніж хвороба Крона.

Огляд літератури. Виявлено, що товста кишка диференційовано реагує на емоційно-стресові ситуації. Депресивні тенденції призводять до зниження функції товстої кишки, страх перед агресивними виявами — до підвищення функції. У хворих на коліти часто виявляються вже на початку захворювання типові особливості особистості, які, можливо, є підґрунтям для розвитку захворювання. Так хворим властиві “анальні” риси характеру — точність, акуратність, пунктуальність, почуття обов’язку. Спостерігається емоційна бідність хворих на коліт: хворі не здатні сприймати та вербалізувати емоції та конфлікти. Сім’ї хворих на виразковий коліт або хворобу Крона відрізняються особливою згуртованістю, однак при цьому сім’я дуже сильно відмежовується від навколишнього світу.

7.7. Обстипація

Позитивне тлумачення. Здатність щось міцно тримати при собі.

Визначення. **Запор** — відсутність спонтанного спорожнення кишківника протягом чотирьох днів, при цьому калові маси дуже тверді, що ускладнює дефекацію.

Симптоматика. Конституціональна обстипація — це хронічний функціональний розлад, що не зумовлений запальним процесом, пухлиною або прийомом лікарських препаратів. Поряд з погрішностями в харчуванні, обмеженою рухливістю, обстипація може бути пов'язана і з психічними факторами. Крім того, вона зустрічається як супутній симптом при психічних та психосоматичних захворюваннях (наприклад, ендогенна депресія, нервова анорексія). Об'єктивно запор безпосередньо не викликає яких-небудь розладів, суб'єктивно — може бути пов'язаний з появою відчуття переповнення, відсутністю апетиту, апатією, головними болями та іпохондричними страхами, тобто із симптомами, що вказують на повільне отруєння організму шлаками.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Особливо часто запорами страждають жінки, в 2 рази частіше від чоловіків. Близько 5–10 % здорових людей спорожняють кишечник не щодобово. Найчастіше запорами страждають особи з важкими депресіями, те саме стосується і 25 % пацієнтів з вегетативними розладами. Загалом запори більш характерні для людей, що належать до вищих верств суспільства, що може бути пов'язано з відмінностями в уявленнях про чистоту. Так, в Індії представники вищої касты — брахмани — частіше страждають від обстипації, ніж особи, що відносяться до касты недоторканих, завдання яких — прибирання нечистот.

Огляд літератури. Відповідно до психоаналітичного підходу, запорами страждають особи з “анальною” структурою характеру. З. Фрейд описав “анальний” характер, який відрізняється наполегливістю (до непохитної впертості), любов'ю до чистоти (до педантичності) та ошадливістю (до жадібності);

розвиток цих якостей пов'язується з у край суворим і раннім привчанням до охайності та формування ригідного і суворого “над-Я”, все це нерідко асоціюється із запорами. Психоаналітик Ф. Александер, учень Фрейда, описуючи “анальну тріаду”, називає такі характерні обстипаційні ознаки: песимізм, недовіра, відчуття себе нелюбимим. Для особи, що страждає на обстипацію, характерна установка: “Я не можу ні від кого нічого очікувати, і тому мені не варто нікому нічого давати. Я повинен триматися за те, що в мене є”.

Контрольні питання

1. Передумови формування психосоматичних захворювань.
2. Психосоматичні захворювання: хвороби органів дихання.
3. Психосоматичні захворювання: серцево-судинні.
4. Психосоматичні захворювання: шлунково-кишкові захворювання.

Розділ 8. Психологічні особливості та порушення психіки в осіб із хворобами ендокринної системи та функціональними сексуальними розладами

8.1. Цукровий діабет

Позитивне тлумачення. Здатність самому доставляти собі відсутнє тепло.

Визначення. **Цукровий діабет** — це хвороба обміну речовин, що базується на недостатності інсуліну. Захворювання характеризується високою концентрацією цукру в крові й появою цукру в сечі. Патофізіологічним механізмом діабетичного порушення обміну при інсулінозалежному типі захворювання (ІЗЦД) прийнято вважати насамперед зниження кількості В-клітин підшлункової залози.

В етіологічному відношенні нині обговорюється роль генетичних факторів: вірусна інфекція, аутоімунні механізми. Стабільність або нестабільність перебігу ювенільного цукрового діабету істотною мірою зумовлена психосоціальними факторами.

Симптоматика. У легких випадках або на початку захворювання діабет може протікати майже безсимптомно і виявляється іноді тільки при лікуванні будь-якої іншої хвороби. Поряд із підвищенням концентрації цукру в крові та виділенням цукру із сечею, виявляються наступні симптоми: спрага, поліурія, схуднення, незважаючи на підвищений апетит і споживання їжі у великих кількостях, схильність до шкірних захворювань (екзема, свербіж, фурункульоз), часто погане заживлення ран, порушення потенції і менструального циклу. При подальшому перебігу захворювання, можуть виникати хронічна сечова інфекція і розлади периферичного кровообігу внаслідок ранніх склеротичних змін у судинах. Серйозним ускладненням є кома,

раптовий зрив обмінних процесів, що супроводжується втраченою свідомістю.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Кількість хворих на цукровий діабет за останні роки збільшилася. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки. Ювенільний цукровий діабет, яким страждають близько 10–15 % усіх діабетиків, частіше маніфестує у віці до 3-го року життя. Найчастіше зустрічається віковий діабет, при якому велике значення відіграє спадковий фактор, звичайно з'являється в осіб старше 40 років. Його розвиток безпосередньо пов'язаний з ожирінням: у 80–90 % таких хворих відзначається надлишкова маса тіла.

Огляд літератури. В історії життя хворих на діабет реакції на події повсякденного життя відіграють важливу роль у виникненні, перебігу та розвитку ускладнень хвороби. Виявлений зв'язок між емоційним збудженням та ендокринними реакціями (насамперед, у напрямі стресових реакцій). Емоційний стрес, загроза безпеки і тривалі розбіжності на ґрунті міжособистісних відносин можуть привести до підвищення концентрації цукру в крові та виділення його із сечею. За психоаналітичним підходом (за Ф. Александером), “взаємопов'язаний з добуванням їжі базовий конфлікт”, що виражається в агресивних орально-інкорпоративних прагненнях, повинен розглядатися як психодинамічний ключовий чинник. Завищені інфантильні потреби в догляді та годівлі, в основі яких може лежати також успадкована психологічна неспроможність, не можуть бути задоволені за рахунок навколишнього середовища. Через діабетичну симптоматику хворий несвідомо прагне до задоволення своїх базових потреб.

8.2. Сексуальні розлади

Позитивне тлумачення. Фригідність — здатність сказати “ні” своїм тілом. Імпотенція — здатність самоусунути з конфліктної сфери сексуальності. Передчасна еякуляція — здатність швидко досягати своєї мети.

Визначення. **Фригідність** — відсутність сексуальної реактивності у жінки. При цьому можуть страждати різні фази сексу-

ального реактивного циклу: відсутня потреба в сексуальній активності, порушення фізіологічних реакцій, як, наприклад, продукція вагінального секрету, відсутність сексуальної чутливості. Під **імпотенцією** розуміють нездатність чоловіка до статевого акту. **Передчасна еякуляція** — при цьому йдеться про розлад ерекції у здорового з органічної точки зору чоловіка. Після початку ерекції еякуляція відбувається дуже швидко.

Симптоматика. Розрізняють **первинну фригідність**, при якій лібідо, сексуальна збудливість і сексуальна чутливість відсутні з дитинства, і **вторинну** — за якої сексуальна реактивність спочатку була нормальною, а потім знизилася з якихось причин. Пасивна здатність до статевих відносин і запліднення, незважаючи на фригідність, не втрачена. Імпотенція може виникати в різні фази сексуального циклу, наприклад, коли не виникає бажання до сексуальної активності (лібідо), коли немає ерекції або вона швидко спадає, так що введення статевого члена в піхву не можна здійснити. Імпотенція досить рідко може бути зумовлена органічними або гормональними причинами.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Вважається, що 80–95 % сексуальних функціональних розладів зумовлена психікою. Фригідність є найчастішим порушенням у жінки, вагінізм — більш рідкісний розлад. За результатами досліджень, серед жінок молодших ніж 40 років, що живуть регулярним статевим життям, тільки 5–10 % ніколи не відчувають оргазму при коїтусі, а близько 50 % досягають його майже завжди. Випадкові порушення ерекції виникають приблизно у 30 % чоловіків.

Огляд літератури. Якість сексуальних переживань, особливо у жінки, більшою мірою залежить від психологічних та соціологічних факторів, а не від гормонального фону. В основі відсутності сексуальної реактивності жінки з психоаналітичної точки зору лежать глибинні невротичні розлади з прегенітальної фази розвитку. З точки зору комунікативної теорії, фригідність є вираженням порушених міжособистісних відносин.

У світлі психоаналітичного підходу імпотенцію слід розуміти як захисний механізм Я проти пов'язаних із сексуальністю

страхів. Едіпова ситуація з прихильністю до матері та суперницькими відчуттями щодо батька вирішувалася неадекватно. Це призводить до фіксації даного конфлікту з формуванням страхів до зрілого віку. З теоретичної точки зору, сексуальна поведінка порушується лише тоді, коли вона пов'язана зі страхом. Десятиліттями церква вважала “грішною” і сексуальність — дослідники вбачали виключно тісні зв'язки між психологічними бар'єрами в сексуальній сфері та їх тілесним виразом, наприклад, порушень ерекції.

При первинних сексуальних порушеннях центральну роль відіграють базові здібності (наприклад, здатність до любові), а при вторинних сексуальних розладах — вторинні здібності (наприклад, акуратність, охайність, пунктуальність, вірність тощо).

Контрольні питання

1. Психологічне (психоаналітичне) значення захворювань ендокринної системи.
2. Передумови формування функціональних сексуальних розладів.
3. Психологічна робота з пацієнтами із хворобами ендокринної системи та функціональними сексуальними розладами.

Розділ 9. Психологічні особливості та порушення психіки в осіб з больовим синдромом (головний біль та біль у спині) та розладами харчової поведінки

9.1. Головний біль і мігрень

Позитивне тлумачення. **Головний біль** — здатність давати вихід напрузі і конфліктів через голову.

Розрізняють різні форми головного болю:

- самостійні — мігрень, вазомоторний головний біль;
- при захворюваннях окремих органів;
- при загальних захворюваннях — інфекції, отруєння тощо;
- психогенний.

Симптоматика. Головний біль при напрузі починається поступово, зазвичай буває двобічний і локалізується в потилиці. Такий біль відчувається ніби “обруч навколо голови”. Головний біль при напрузі може тривати цілодобово і часто супроводжується різними іншими симптомами. Приступ мігрені майже завжди починається раптово, досягає свого максимуму через одну або кілька годин і може тривати до 12 годин. Із самого початку біль зазвичай однобічний. Від скроневої області він поступово поширюється на половину черепа або на весь череп. Біль може бути пульсуючої форми, у вигляді ударів, свердлючий. Може посилюватися візуальним або акустичним подразником. У проміжках між нападами пацієнт здоровий. Захворювання пов’язане зі спазмами великих артерій голови.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Різні школи медиків вважають мігрень або спадковим, або психосоматичним захворюванням.

Головні болі можна назвати недугою 20 % здорових людей, причому жінки серед них зустрічаються частіше. На здоров’я

людей значно впливають умови проживання. Так, від дисконфортних умов при подружніх конфліктах, страждають головними болями доволі часто, особливо до цього схильні особи віком від 30 до 60 років.

Огляд літератури. Типовий пацієнт з головним болем — це обов'язковий, добросовісний, акуратний, неухильно прагне до досягнень і успіху, який тим не менш терпить крушіння, майже досягнувши своєї мети. Відзначають високу інтелектуальність пацієнтів з головними болями, вказуючи при цьому на слаборозвинену емоційну сферу. Науковці зазначають, що потрібно вміти мислити на відносно високому рівні, аби стати пацієнтом, що страждає на головний біль.

9.2. Ревматоїдний артрит і ревматизм

Позитивне тлумачення. Здатність рухово переробляти напругу і конфлікт своїм тілом і відчуттями.

Визначення. До **ревматичних хвороб** належать захворювання м'язів, сухожиль, зв'язок і суглобів, що протікають з болями й обмеженням рухів. Загалом виокремлюють ревматичні захворювання з ураженням суглобів, серед яких можуть бути запальні й дегенеративні форми, а також несуставні форми ревматичних захворювань, насамперед з ураженням інших видів сполучної тканини, а також функціональний ревматизм. **Ревматоїдний артрит** — це хронічне системне захворювання, яке клінічно маніфестує ураженням скелета, передусім суглобів, при цьому зміни в них неспецифічні.

Симптоматика. Ревматоїдний артрит зазвичай починається з появи ранкової скутості і хворобливості під час руху у певних суглобах і м'язах. При цьому суглоби уражуються симетрично, причому набрякання та біль з'являються передусім в області дрібних суглобів кінцівок, на колінах і суглобах ніг. Пізніше розвивається атрофія м'язів, унаслідок їх недостатньої активності, а також з'являються контрактури. Пацієнти зазвичай не надають великого значення своїм скаргам і продовжують виконувати свою роботу, виявляючи активність, незважаючи на наростаючі обмеження рухливості в суглобах. Форми ревматизму

визначаються різними спеціальними назвами: міалгії, остеохондрозу, прострелу. На відміну від органічних м'язово-ревматичних захворювань вони зумовлені змінною локалізацією та мінливою симптоматикою. Поперекова ділянка та коміркова зона — це місця, які найчастіше дають симптоматику.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Частота ревматоїдного артриту серед населення коливається в межах 0,3–3 % за даними різних досліджень у різних країнах. Розповсюдження його зростає з віком, особливо часто хворіють особи зрілого та похилого віку, переважно жінки. Ревматоїдний артрит частіше вражає городян, ніж селян. Люди, яким з певних причин довелося підвищити чи понизити свій соціальний статус, частіше страждають на це захворювання. Загалом ревматоїдний артрит дещо частіше вражає осіб з низьким достатком і невисоким освітнім рівнем.

Огляд літератури. Під впливом афектів відбувається зміна тону м'язів. Останній контролюється екстрапірамідною системою, яка чутлива до психічних впливів. Дискусія про психосоціальні зв'язки та наслідки хронічного артриту привела до розвитку методів вивчення стану здоров'я. Тривала симптоматична діагностика зміцнює у пацієнта впевненість у тому, що він тяжкохворий. Очевидний зв'язок між історією життя, психосоціальними конфліктами, початком захворювання та його перебігом.

9.3. Грижа міжхребцевого диска

Позитивне тлумачення. Здатність показати, що людина чогось не може більше виносити; здатність переробляти напругу і конфлікти за допомогою руху й статички і пристосовуватися до існуючих умов; здатність швидше зламатися, ніж здатися.

Визначення. Унаслідок різнобічності функцій хребта існує багато його захворювань як запального, так і дегенеративного характеру: можуть виникнути викривлення хребта, обмеження рухів, аж до повної нерухомості, пошкодження або захворювання спинного мозку, біль при защемленні нерву і т. ін. Істотно, що, з одного боку, зустрічаються люди з важкими змінами

хребетного стовпа, які суб'єктивно не відчують ніяких труднощів, а з іншого — є пацієнти зі скаргами на сильні болі у хребті, хоча в них не виявлено ніяких хворобливих змін.

Симптоматика. Внаслідок чутливої іннервації дорсальних відділів хребців на цій стадії дегенерації виникають локалізовані болі в ушкодженому сегменті, наприклад, люмбалгія. За рефлекторної дуги рефлекторно виникає хвороблива напруга сегментарної параспинальної мускулатури. Часто ці розлади, головні болі й локалізоване хворобливе напруження м'язів вражають людину миттєво, після різких рухів або переохолодження і, як наслідок, промоклих ніг. У народі цей люмбальний синдром називається “удар відьми”. Існує два ступеня тяжкості корінцевої компресії унаслідок грижі диску: випинання (про-трузія) або випадіння (пролапс) драглистого ядра хребця.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Люмбальні болі зустрічаються у 11–18 % населення. Щорічно відзначаються нові випадки захворювання. Люмбальний синдром стоїть на другому місці серед причин видачі лікарняних листів, після гострих інфекцій дихальних шляхів.

Огляд літератури. У 1987 р. в рамках кандидатської дисертації “Психосоціальні аспекти при люмбальній грижі диска”, в ортопедичній клініці Вісбадена Х. Пезешкіаном було обстежено 100 пацієнтів з діагностично підтвердженою грижею диска. Як методики було використано самостійно складене інтерв'ю і опитувальник на основі WIPPF (Х. Пезешкіан, І. Дейденбах). Опитувальник включає соціодемографічні ортопедоневрологічні та психосоціальні чинники. В обстеженому контингенті переважали чоловіки (70 %). Середній вік становив 46 років. Спадковий характер не був встановлений: ні для захворювання хребців, ні для інших захворювань хребта. Тільки у 4 % пацієнтів у сім'ях зустрічалися грижі диску. Не було виявлено важкого ушкодження хребців у осіб, які займалися важкою фізичною працею, а також не було переважання хворих, чия робота пов'язана з навантаженням на хребет. Тільки 10 % усіх обстежених становили особи, що займалися важкою фізичною працею. 16 % всіх хворих вказали на травму, тоді як 84 % не тільки не

пов'язують своє захворювання з травмою, а й не можуть взагалі пояснити причину його появи. Виявилося, що 92 % всіх обстежених пережили важкі події перед початком захворювання або його новим загостренням, 65 % — вказали на випадки смерті близьких людей. Подальші психосоціальні дослідження виявили виражену однобічність життя хворих. Вони майже всі без винятку (97 %) були акцентовані на діяльності та надавали великого значення своєму фізичному благополуччю. Міжособистісні конфлікти та інтерес до релігійно-світоглядних питань зводилися до мінімуму або витіснялися. Тільки 12 % зазначили, що приділяють час цим аспектам життя.

9.4. Нервова анорексія та булімія

Позитивне тлумачення. Нервова анорексія — здатність обмежуватися малими засобами, здатність розділити тягар світового голоду.

Визначення. Під **нервовою анорексією** або пубертатним схудненням розуміють значну втрату маси тіла, внаслідок відмови від їжі та/або хронічної блювоти. Захворювання виникає зазвичай у пубертатному віці та майже, виключно, у дівчаток. У класифікації хвороб для розпізнавання клінічної картини **булімії** встановлено наступні діагностичні критерії: повторювані напади булімії (споживання великої кількості їжі за короткі проміжки часу, зазвичай менше ніж за 2 години); як мінімум три з наступних симптомів:

- а) споживання висококалорійної їжі, що легко засвоюється;
- б) безладне поїдання “всього підряд” під час нападу булімії;
- в) закінчення нападу булімії виникненням абдомінальних розладів: сном, самостійно викликаною блювотою тощо;
- г) повторні спроби скинути вагу за допомогою суворої дієти, спеціально спричиненої блювоти та застосування проносних засобів;
- д) часті коливання у вазі з різницею більш як у 5 кг, зумовлені голодуванням або надмірним споживанням їжі; порушення харчової поведінки усвідомлюється; одночасно

виникає страх втратити над ним контроль; депресивний настрій і самознецінювальні думки після нападів булімії; епізоди булімії виникають не в рамках нервової анорексії а внаслідок соматичного захворювання.

Симптоматика. Ранні симптоми анорексії виявляються часто незвичними змінами в поведінці: у відносинах з навколишніми можуть з'явитися замкнутість та потяг до ізоляції, до певних страв розвивається відраза. Раптово виникає страх втратити контроль над масою свого тіла. Для розгорнутої картини хвороби характерні наступні п'ять симптомів: яскраво виражений страх розтовстіти, який не зменшується із втратою маси тіла, порушення власної схеми тіла в сенсі спотвореного самосприйняття. Наприклад, переконання у своїй надмірній повноті, незважаючи на значне схуднення — втрата мінімум 25 % початкової маси тіла — відмова підтримувати масу свого тіла вище мінімально нормальної межі відповідно до віку і росту — відсутність якої б то не було соматичної хвороби, яка могла б призвести до схуднення.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Психогенне схуднення є захворюванням, яке зустрічається в усіх країнах світу. Воно виникає навіть там, де дуже гостро стоїть продовольча проблема, наприклад в Індії, — слід розрізняти недоїдання і прагнення схуднути. Анорексією частіше захворює біле, ніж кольорове населення, і при цьому найчастіше люди з вищих соціальних верств. Нервова анорексія зустрічається майже виключно у віці від пубертата до 25 років, переважно у жінок. Співвідношення частоти захворювання серед чоловіків і жінок становить за різними джерелами — 1:10, 1:20 або 1:30. Із 100 000 жінок у віці від 15 до 25 років анорексією щорічно захворює 15–75.

Огляд літератури. З точки зору глибинно психологічної теорії, втрата апетиту та відмова від прийому їжі є захистом підсвідомих орально-пасивних та агресивних тенденцій, оскільки буття не може задовольнити зазначені потреби. У зв'язку з цим вказують на значення голодування як покарання. Вбачають також у цій симптоматиці несвідому реакцію протесту й опору,

амбівалентну установку жінки до статевої ролі. Центральне значення має матір. У сім'ях, де зустрічаються випадки нервової анорексії, особливо виражене прагнення уникнути конфліктів, наслідком чого є хоча й прихована, але перманентна напруга. Ті, хто відмовляється від їжі, нерідко є жертвами своїх власних ідей: мала маса тіла — це здоровіше, ніж велика, аскетизм загострює розум, фізичну слабкість слід долати загартуванням, рослини проносні засоби не є справжніми проносними і т. ін. Близько 30 % хворих піддаються психоаналітичній терапії, досягаються покращання в харчовій поведінці та психосоціальному розвитку. При використанні стратегії поведінкової терапії увага приділяється не тільки збільшенню маси тіла, а й зміні соціальної поведінки. Хворі булімією зовні бувають просто досконали: ідеальна фігура, вони успішні і постійно діють. Чудовий фасад приховує, однак, край низьку самооцінку. Вони постійно запитують себе, чого від них чекають навколишні, чи правильно вони поведуться. Вони прагнуть до більшого успіху і часто плутають любов, якої вони прагнуть, з визнанням.

9.5. Ожиріння

Позитивне тлумачення. Здатність тут і тепер доставити собі щось приємне.

Визначення. Під **ожирінням** розуміють наднормальне збільшення маси тіла (більше ніж на 20 %), яке зумовлено екзогенними (підвищене споживання їжі в родині, громадський вплив) або ендогенними факторами (гормональні або, частіше, психічні розлади).

Симптоматика. У багатьох осіб, які страждають ожирінням, відсутній критичний погляд на свій стан. Суб'єктивно вони вважають, що їдять не надто багато. Типові, так звані, приступи ненажерливості (насамперед вечорами і ночами), нав'язливе споживання їжі в ситуаціях напруги і конфліктів, почуття провини й страху їжі та попеременно фази надмірного споживання їжі й голодування.

Транскультурний аспект і епідеміологія. Ступінь повноти залежить від культури, моди, соціального шару і часу. Ожиріння

частіше виникає у жінок нижчих соціальних верств. Встановлено, що діти повних батьків за своєю комплекцією значно відрізняються від тих дітей, чії батьки стрункі.

Огляд літератури. У психоаналітичній літературі причина підвищеної харчової потреби розглядається як пошук замісних задовольень для незадоволених емоційних домагань. За Ф. Александером, відбувається регресія з фіксацією на оральній стадії, підкреслюється значення відносин “мати – дитя” в генезі ожиріння. Виявилися ефективними техніки поведінкової терапії.

Контрольні питання

1. Причини та наслідки психосоматичних захворювань.
2. Поняття вторинної вигоди від симптому.
3. Психодинамічні аспекти головного болю.
4. Психологічні аспекти болів у спині.
5. Психодинамічні аспекти порушення харчової поведінки.
6. Можливості психологічної корекції симптоматичних, функціональних та поведінкових порушень у світлі психосоматичного вчення про хвороби.

Розділ 10. Психічне реагування на захворювання і психологія соматично хворого. “Внутрішня картина хвороби”

Увага клінічного психолога, який працює в соматичній клініці (непсихіатричного профілю), спрямована на психічні реакції людини, що захворіла тим чи іншим розладом. Значущим стає аналіз як їх клінічних особливостей і різноманітності, так і оцінка факторів, що сприяють виникненню у конкретної людини певного типу психічного реагування на власну хворобу. Вважається, що тип реагування на соматичне захворювання пов'язаний насамперед з оцінкою пацієнтом його тяжкості. При цьому говорять про існування феномену “об’єктивної важкості хвороби” і “суб’єктивної важкості хвороби”. Практично неможливо кількісно оцінити важкість захворювання, не можна скласти реєстр важкості хвороб. Однак дозволено в межах етно- та соціокультуральної особливостей, рівня розвитку медицини говорити про те, що деякі захворювання тяжчі за інші (наприклад, на підставі критерію летальності, ймовірності інвалідності та втрати працездатності). Для терапевта апріорно очевидно, що рак шлунка важче гастриту, для психіатра безсумнівно, що шизофренія важче неврозу. Отже, суїцидальна поведінка після постановки діагнозу онкологічного захворювання може бути розцінена як адекватне або принаймні більш адекватне (“зрозуміле” у феноменологічному вираженні), ніж суїцид хворого на вазомоторний риніт. У психіатрії прийнято вважати, що захворювання психотичного рівня якісно важче, соціально більш небезпечне (для самого пацієнта та для оточення), ніж непсихотичні. Втім є спірним: чи справді маніакальний стан при біполярному афективному розладі важче переживань хворого з контрастними нав’язливостями або психотична (реактивна або ендогенна) депресія важче невротичної

депресії? Зрозуміло, що підходити до оцінювання параметра адекватності психологічного реагування на захворювання необхідно також з позиції феноменологічної, а не ортодоксальної.

Більш значущим виявляється в цьому контексті суб'єктивно оцінювана пацієнтом тяжкість хвороби. Своєю чергою, на вироблення суб'єктивного ставлення до тієї чи іншої хвороби впливають кілька факторів.

Суб'єктивне ставлення до захворювання називається також **“внутрішньою картиною хвороби”** (Р. А. Лурія), **концепцією хвороби, нозогнозією**. Сутність його полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу захворювання, когнітивному оцінюванні його важкості й прогнозу та у формуванні на цій основі емоційного й поведінкового патерну. Для пацієнта внутрішня картина хвороби складається з розуміння механізмів виникнення неприємних і хворобливих відчуттів, оцінки їх значення для майбутнього, а також відреагування на хворобу у вигляді емоційних переживань і вибору способу дій і поведінки в нових для людини умовах. Об'єктивна тяжкість хвороби — інформація про летальність після подібного розладу, ймовірності інвалідизації та хроніфікації хворобливого процесу є одним із чинників для формування внутрішньої картини хвороби. Однак зазвичай пацієнт рідко повністю довіряє медичним даним. Він схильний аналізувати ситуацію крізь призму суб'єктивної важкості хвороби, ґрунтуючись на відомих лише йому або його субкультуральній групі (сім'ї, мікроколективу) відношенню до захворювання.

Суб'єктивне ставлення до хвороби формується на базі безлічі факторів, які можна згрупувати в наступні групи: соціально-конституційну та індивідуально-психологічну. Під соціально-конституційними параметрами розуміється вплив статі, віку та професії людини, під індивідуально-психологічними — вплив властивостей темпераменту, особливостей характеру та якостей особистості. Кожний із факторів має певні особливості.

Стать. Параметр статі людини впливає на суб'єктивне ставлення до хвороби та формування типу реагування на захворювання. До особливостей, що мають кореляції зі статтю людини,

можна віднести відомі факти кращої переносимості жінками больового відчуття, станів тривалої обмеженості рухів або нерухомості. Цей факт може бути пояснений як психофізіологічними особливостями статі, так і психологічними традиціями ролі жінки й чоловіка у певних суспільствах і культурах.

Відомо, що у народів країн Заходу вважається, що пологи пов'язані з одними із найсильніших больових відчуттів, які може відчувати людина. Внаслідок цього формується певне ставлення до болю, готовність її випробувати і власне виражені хворобливі відчуття жінок. Протилежне ставлення до пологів описується у жінок африканських народностей. Там жінка, яка очікує дитину, продовжує активно фізично трудитися, ставлячись до пологів як до звичайного явища не поєднаного з больовими відчуттями. Фактично подібна predisпозиція до больового відчуття сприяє легшому переносенню пологів.

Відомо, що чоловіки значно гірше, ніж жінки, емоційно переносять тривалий період обмеження рухів або повної нерухомості. Особливо яскраво це представлено в травматологічній клініці, коли пацієнтові доводиться перебувати у вимушеній позі упродовж кількох місяців. Фізична хвороба або каліцтво значно змінюють суб'єктивну цінність різних частин тіла. Із психологічної точки зору, самооцінка людини і особливо виплеканий груповими традиціями і сімейним вихованням реєстр цінностей різних частин власного тіла здатні опинитися під впливом психотравмуючих факторів при виникненні будь-якого дефекту в "цінному органі". За результатами деяких психологічних експериментів, найбільш "цінними" виявилися нога, око і рука. При цьому психічно хворі суб'єкти "дешевше" оцінювали тіло, ніж психічно здорові випробувані, а жінки — "дешевше", ніж чоловіки. В іншому дослідженні близько 1000 чоловіків і 1000 жінок повинні були кваліфікувати відповідно до їх значущості 12 частин тіла. Чоловіки оцінили статевий член, яєчка і язик як найважливіші. При цьому оцінювання не залежало від віку, тільки у людей похилого віку дещо нижчою була оцінка статевих органів. Оцінювання жінок виявилось менш визначеним тільки у тих, кому було за 70, язик стабільно

опинявся на першому місці (Вейнштейн). Також було відзначено, що цінність окремих тілесних якостей може змінюватися під впливом суспільних процесів. Наприклад, у японок під час Другої світової війни в образі тіла повністю знецінилися груди, а ідеальною вважалася пласка грудна клітка (жінки носили чоловічу військову форму). Однак після війни під впливом західної культури образ тіла радикально змінився, і вже в 50-х роках японські жінки прагнули мати груди “голлівудських” розмірів.

Вік. Вікові особливості людини також істотно впливають на формування суб’єктивного ставлення до хвороби і становлення певного типу реагування на неї. Відомо, що для кожної вікової групи існує свій реєстр тяжкості захворювань — своєрідний розподіл хвороб із соціально-психологічної значущості й тяжкості. Для дітей, підлітків та молоді найважчими в психологічному відношенні являються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, роблять її непривабливою. Пов’язано це із системою цінностей, розстановкою пріоритетів, наявних у молодій людини, для якої найвищу цінність набуває задоволення основної потреби — “задоволеність власною зовнішністю”. Таким чином, найважчі психологічні реакції можуть викликати хвороби, що не несуть з медичної точки зору загрози життю. До них належать будь-які хвороби, що змінюють зовнішність (шкірні, алергічні), призводять до каліцтва (травми та операції, опіки). Ні в якому іншому віці, як у підлітковому, не спостерігаються настільки важкі психологічні реакції людини на появу у неї на шкірі обличчя фурункулів. Яскравим прикладом відображення психологічної значущості зовнішності для самоствердження підлітка і молоді людини та реагування її на зовнішню непривабливість, пов’язану з хворобами, може слугувати існування тільки у цій віковій групі такого психопатологічного синдрому як дисморфоманія. Під дисморфоманічним синдромом розуміють помилкову переконаність людини (частіше у дівчат) у наявності в неї каліцтва. Хибна впевненість зазвичай поширюється на оцінку повноти або диспропорцій тіла. Багато дівчат-підлітків вважають, що навколишні звертають на них увагу і навіть “підсміюються” у зв’язку з над-

мірною повнотою. Таке переконання штовхає дівчат на пошук способів схуднення. Вони починають катувати себе дієтами, голодуванням, важкими фізичними вправами. Йдеться про ті випадки, коли фактично за медичними критеріями не виявляється ознак надлишку ваги. Деякі пацієнтки, переконані в тому, що у них “потворна, що кидається в очі навколишнім” будова носа, очей або вух, ніг або рук, активно домагаються хірургічної корекції уявного дефекту. Особи зрілого віку психологічно більш важко реагують на хронічні та інвалідизуючі захворювання. Це пов'язано також із системою цінностей і відображає спрямованість людини зрілого віку задовольняти такі соціальні потреби, як потреба у благополуччі, добробуті, незалежності, самостійності. Саме задоволення подібних потреб може бути заблоковано появою будь-якої хронічної або інвалідизуючої хвороби. Психологічно важкими для осіб зрілого віку є такі хвороби, як онкологічні, хронічні соматичні захворювання тощо.

Другою підвищено значущою групою захворювань для людини зрілого віку вважаються так звані “соромні” хвороби, до яких зазвичай відносять венеричні та психічні захворювання. Психологічна реакція на них пов'язана з переживаннями з приводу того, як зміниться соціальний статус і авторитет хворого такими хворобами у випадку, якщо про це стане відомо навколишнім. Список “соромних” захворювань не вичерпується венеричними та психічними. До них може належати багато захворювань, що носять відтінок суб'єктивної неprestижності. Наприклад, для деяких людей соромно хворіти (або вважатися хворим) гемороєм, соромно проводити переривання вагітності (аборт). Існують групи населення (передусім люди, які обіймають керівні пости), для яких соромними є хвороби серця (інфаркт), що пов'язано з можливістю просування по службі. Для літніх людей найзначущими є хвороби, які можуть призвести до смерті. Інфаркт, інсульг, злоякісні пухлини страшні для них не тим, що можуть призводити до втрати працездатності, а тим, що асоціюються зі смертю.

Професія. Людина, особливо зрілого віку, дуже часто оцінює важкість хвороби, виходячи з впливу симптомів захворю-

вання на його теперішню і майбутню працездатність. Значущим стає професійно зумовлена цінність того або іншого органу. Приміром, оперний співак може значно важче психологічно пережити з приводу ангіни або бронхіту, ніж гастриту чи виразки шлунка. Це пов'язано з тим, наскільки істотно впливають симптоми хвороби на якість виконання професійних обов'язків. Для спортсмена або людини, зайнятої активною фізичною працею, значущим може виявитися швидше остеохондроз хребта, ніж депресія, а для людини творчої професії — навпаки. Високоймовірно, що машиніст баштового крана гостріше буде пережити гіпертонічну хворобу й церебральний атеросклероз з частими кризами та симптомом запаморочення, ніж контролер.

Особливості темпераменту. Темперамент — це характеристика індивіда з боку динамічних особливостей його психічної діяльності, тобто темпу, ритму й інтенсивності окремих психічних процесів і станів. Суб'єктивне відчуття інтенсивності відчуття болю істотно впливає на ступінь зосередження уваги людини на цьому відчутті і, як наслідок, на її переносності. Крім того відомо, що екстраверти та інтраверти по-різному реагують на біль. На думку Айзенка, екстраверти сприймають усі рівні стимуляції (у тому числі больовий) менш інтенсивно, ніж інтраверти. Вважається, що сприйняття болю у різних людей залежить від їхніх “больових порогів”. У однієї людини через психофізіологічні особливості може бути низький поріг, і вона відчуває біль при незначному пошкодженні або впливі ззовні, тоді як в іншій — високий поріг, і вона відчуває біль лише при серйозному пошкодженні. Нерідко поріг больової чутливості корелює з рівнем емоційності. У межах відомих типів темпераменту більш низькі больові пороги в холерика і меланхоліка порівняно із сангвініком і флегматиком. Складовою темпераменту є параметр загальної рухової активності або імпульсивності, тобто режим рухової активності, рухливість, швидкість рухів та інші моторні характеристики людини зумовлені спадковими психофізіологічними факторами. Внаслідок цього обмеження рухливості або знерухомлених, викликані хворобою

(прикутість до ліжка, необхідність дотримуватися постільного режиму), можуть служити психологічною фрустрацією для осіб, руховий режим яких націлений на швидкість дій, схильність до інтенсивних фізичних навантажень. Деякі дослідники погану переносимість станів вимушеного обмеження рухів відносять до властивостей екстраверсії або інтраверсії.

Особливості характеру. Феноменологічна та синдромологічна оформленість типу психічного реагування на захворювання ґрунтується на особливостях характеру людини. Тип акцентуації може визначати вибір того чи іншого типу реагування. Слід визнати, що суб'єктивне ставлення до хвороби формується на підставі сімейного виховання і, зокрема, виховання ставлення до хвороб, способів переносності хвороб, визначення місця параметра здоров'я-хвороба в ієрархії цінностей дитини. Існують дві протилежні сімейні традиції виховання суб'єктивного ставлення до хвороб – “стоїчна” та “іпохондрична”. У межах “стоїчної” традиції дитина постійно заохочується до поведінки, спрямованої на самостійне подолання недуг, поганого самопочуття. Її хвалять, коли вона, не звертаючи увагу на наявну біль, продовжує займатися тим, чим займалася до її виникнення. “Стоїчна” традиція ґрунтується на гаслі “Не скиглити”. Протилежна їй сімейна традиція формування надцінного відношення до здоров'я. Коли батьками заохочується уважне ставлення до стану свого здоров'я, ретельність в оцінюванні хвороби, виявлення у себе перших ознак захворювання. У сім'ї дитина навчається при щонайменшій зміні самопочуття звертати власну увагу та увагу навколишніх (спочатку батьків, а потім вихователів, учителів, подружжя та інших осіб) на хворобливі вияви. Девізом у подібному випадку слугує вислів “Будь пильний, в іншому випадку захворієш і помреш”.

Сімейні традиції визначають своєрідне ранжування хвороб за ступенем їх тяжкості. Наприклад, до найважчих можуть відноситися не “об'єктивно” важкі, а ті, від яких найчастіше помирили або якими частіше хворіли члени сім'ї. Таким чином, суб'єктивно найбільш значущою хворобою може виявитися гіпертонічна хвороба, а не рак чи психічне захворювання. Крім

того, в сім'ї, де є прецеденти тривалої і стійкої ремісії після лікування онкологічного захворювання або навіть одужання, подібна хвороба може виявитися менш психологічно важкою, ніж у родині з протилежною традицією, заснованою на власних спостереженнях.

Особливості особистості. До особистісних особливостей, звичайно, належать ціннісні орієнтації людини, її морально-етичні критерії та інші соціально зумовлені феномени. Насамперед серед особистісних особливостей, що впливають на формування суб'єктивного ставлення до хвороби, слід виділити світогляд та філософську позицію з приводу сенсу життя та життя після смерті. Психологічні реакції на захворювання глибоко різняться у віруючих людей та атеїстів. Найчастіше віруючі більш адекватно, психологічно комфортно відносяться до хвороб, що призводять до смерті ("Бог дав, Бог узяв"). Атеїсти ж нерідко реагують неадекватно на інформацію про хворобу, яка може призвести до втрати працездатності або навіть до смерті. Вони починають шукати винуватців захворювання, створюють навколо себе ворожу обстановку й самі психологічно неадекватно реагують на все. Виокремлюють кілька світоглядних установок щодо походження захворювань:

- хвороба як кара;
- хвороба як випробування;
- хвороба як наука іншим;
- хвороба як розплата за гріхи предків.

Усі вказані трактування походження хвороб засновані на вірі у зв'язку між поведінкою людини, його моральністю та виникненням у неї недуги. При цьому підкреслюється пасивна роль індивіда. Він не здатний протистояти хворобі за винятком можливості кардинально змінити свою поведінку й спокутувати провини та замолити гріхи. Іншою групою світоглядних установок є сприйняття хвороби як викликаної спадковими або середовищними причинами:

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

У межах такого світогляду всі процеси (в тому числі й походження хвороб) розглядаються крізь призму зовнішньої або внутрішньої заданості. Багато людей переконані в тому, що “погана спадковість” є фатальним фактором у генезі захворювань. Усе, що відбувається з людиною, трактується представниками цієї позиції, базуючись на спадково-конституціональному принципі причинності (“І твій батько так кульгав”, “Уся в матір — далекозорість”). Протилежна тенденція повністю заперечувати значення спадковості і розглядати виникнення хвороби, ґрунтуючись на зовнішніх факторах та поведінці людини (“Говорила тобі — не жуй жуйку — через це захворів на СНІД”). Обидві представлені позиції відображають побутову думку, і є вкрай стійкими та консервативними. Позиція “Сам винен” зазвичай пов’язана з “локусом контролю” людини. Третя світоглядна платформа оцінювання механізмів походження захворювань базується на містичному підході до процесів етіопатогенезу:

- хвороба внаслідок заздрощів;
- хвороба внаслідок ревнощів.

У межах подібного підходу джерела хвороб бачаться в упередженому ставленні близьких, які оточують (сусіди, знайомі, родичі, товариші по службі), до людини. Процес виникнення хвороб розглядається як екстраполяція “негативної енергії” ревнощів або заздрощів.

Таким чином, можна відзначити поширення містичного тлумачення походження хвороб, відсутність у багатьох пацієнтів наукового підходу до аналізу причин його захворювання. До особливостей особистості, що впливає на вибір типу психологічного реагування на захворювання, відносяться й забобони. Спектр забобон широкий і включає містичне (ірраціональне) тлумачення витоків хвороби (“наврочили”, “навели порчу”, “подіяв енергетичний вампір” та ін.). Містична концепція хвороби носить характер переконаності, пацієнт не здатний критично оцінювати свої висловлювання і вимагає від лікаря не лікування, а “зняття порчі” та інших містичних маніпуляцій.

Ставлення до хвороби містить у собі когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти (Л. І. Вассерман). *Когнітивний* —

включає знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі та впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз; *емоційний* — відчуття й переживання хвороби та всієї ситуації, з нею пов'язаної; *поведінковий* — пов'язані з хворобою реакції, що сприяють адаптації або дезадаптації до неї та відпрацювання певної стратегії поведінки у життєвих ситуаціях у зв'язку з хворобою (прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки тощо).

А. Е. Лічко виділив такі типи психологічного реагування на захворювання:

Гармонійний тип. Тверезе оцінювання свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість та без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення в усьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших доглядом за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації — переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними хворому. При несприятливому прогнозі — зосередження уваги, турбот, інтересів, на долі близьких, своїй справі. При гармонійному типі психічного реагування важливим є реалізм у сприйнятті симптомів та розумінні тяжкості захворювання. При цьому пацієнт повинен спиратися у своїх реакціях на відомі науці (медицині) факти про можливість лікування від конкретної хвороби, про походження симптомів тощо.

Активності людини протистоїть при *дисгармонійних типах* психічного реагування пасивність, за якої пацієнт як би “вручає себе медичному працівнику”, не докладаючи власних зусиль для оздоровлення. Пацієнт при пасивному відношенні розцінює свій організм як апарат, машину, технічний механізм, річ, яку він здає в ремонт і пасивно очікує повернення речі “як новенької”. Безсумнівно значущим є й небажання хворого обтяжувати інших тягарем догляду за собою, що впливає з принципових положень гармонійного характеру й особистості. Гармонійний пацієнт розуміє, що з появою у нього хвороби близькі йому люди знайшли нову додаткову турботу. Як гармонійна людина, він не має права вимагати від них цього піклу-

вання. Він може лише чекати її і приймати в тому обсязі, який вони готові йому надати.

Тривожний тип. Безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, додаткової інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи терапії, безперервний пошук “авторитетів”. На відміну від іпохондрії більше цікавлять об’єктивні дані про хворобу (результати аналізів, висновки фахівців), ніж власні відчуття. Тому вважають за краще більше слухати висловлювання інших, ніж без кінця пред’являти свої скарги. Настрій насамперед тривожний, пригніченість виникає унаслідок цієї тривоги. Тривожний тип психічного реагування на захворювання є одним із типових. Він базується на тому, що з’являється у зв’язку із захворюванням і зміною буденного перебігу життя. Тривога проектується в майбутнє і викликана часто побоюваннями, що хвороба надовго й істотно змінить звичний стереотип життя. Виявом тривоги може бути підвищений інтерес пацієнта до медичної літератури, прискіпливість до медичного персоналу, націленість на повторну перевірку отримуваних від лікарів відомостей про його хворобу.

Іпохондричний тип. Зосередження на суб’єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них навколишнім, на їх основі перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися і невіра в успіх вимоги ретельного обстеження та побоювання щодо шкідливості й болючості процедур. Пацієнт з іпохондричним типом реагування схильний до егоцентризму. Він не здатний стримуватися під час бесіди з будь-якою людиною і звертає увагу співрозмовника на незвичність і важкість наявних хворобливих ознак. Іпохондрик відчуває полегшення, якщо співрозмовник ставиться до нього співчутливо. Крім того, при такому типі реагування з’являється схильність до деталізації свого самопочуття при описі його лікарям або іншим слухачам. Мотивом докладного викладу власних скарг є страх пропустити

щось важливе, істотне для розуміння спеціалістом його стану й правильної діагностики. Реакція іпохондрика викликає недовіру до його скарг з боку навколишніх, підозру в симуляції і перебільшенні тяжкості розладів з метою отримати з цього вигоду.

Меланхолійний тип. Пригнічений хворобою, невіра в одужання, у можливе поліпшення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо. Невіра в успіх лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних. Меланхолійний, або депресивний тип реагування на хворобу нерідко зумовлений наявною у пацієнта негативною інформацією про можливості лікування від недуги. Нерідко він зустрічається у медичних працівників у силу їх різноманітних знань, отриманих у процесі навчання й практики. Націленість на найгірший результат, нездатність бачити й використовувати механізми саногенезу призводять до песимістичної оцінки майбутнього, невіри в можливість лікування та суїцидальних намірів.

Апатичний тип. Повна байдужість до своєї долі, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало. Апатичний тип психічного реагування правильніше позначити як гіпопатичний, оскільки істинної і повної байдужості у пацієнта не відзначається. Байдужість зазвичай зумовлена депресією і фіксацією на власному стані. У пацієнта пропадає інтерес щодо всіх сторін життя за винятком здоров'я.

Неврастенічний тип. Поведінка за типом “дратівливої слабкості”. Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, при несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується часто каяттям та сльозами. Непереносність больових відчуттів. Нетерплячість. Нездатність чекати полегшення. У подальшому — каяття за нестриманість. Неврастенічний (більш правильно — астенічний) тип реагування є найпоширенішим і неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання. Його основою є дратівливість, що

виникає як на фізичні явища (яскраве світло, голосні звуки, різкі запахи), так і на ставлення навколишніх. Пацієнт стає примхливим, вимогливим. Він шукає ласки, участі, заспокоєння. Схильний до спалахів гніву, якщо його очікування щодо поведінки тих, хто його оточує, не виправдовуються (“Ви спеціально галасуєте, хочете мене в труну звести”, “Вам байдужа доля мами”).

Обсесивно-фобічний тип. Тривожна помисливість насамперед стосується побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але маловірогідних) невдач у житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети і ритуали.

При обсесивно-фобічному реагуванні на хворобу домінуючими стають нав'язливі думки, побоювання і, особливо, ритуали. Пацієнт стає забобонним. Він надає великого значення дрібницям, які перетворюються для нього на своєрідні символи (наприклад, розцінює шанси свого лікування залежно від того, у якому порядку увійдуть в його палату лікар і медична сестра, від того, тролейбус якого маршруту підійде до зупинки раніше). Невротичні ритуали пов'язані з підвищеною тривожністю пацієнта і спрямовані на захист від них.

Сенситивний тип. Надмірна занепокоєність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на навколишніх відомості про свою хворобу. Побоювання, що навколишні стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини й природу хвороби. Побоювання стати тягарем для близьких через хворобу, недоброзичливе ставлення з їхнього боку у зв'язку з цим. Основою сенситивного ставлення до хвороби є рефлексивний стиль мислення, орієнтація на думку й оцінку тих, хто оточує. У зв'язку з цим істотним стають не власні хворобливі або неприємні відчуття унаслідок хвороби, а реакція на інформацію про хворобу з боку референтної групи. Такі пацієнти схильні до вибачення. Вони нерідко на шкоду своєму здоров'ю соромляться звертатися до лікаря або медичної сестри (“Навіщо їх відволікати через дрібниці”) навіть у випад-

ках загрозливого для життя стану. Відзначається боязкість, сором'язливість, підвищена скромність таких пацієнтів.

Егоцентричний тип. “Занурення у хворобу”, виставлення на показ близьким та навколишнім своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їхньою увагою. Вимога виняткової турботи — усі повинні все забути і кинути та піклуватися лише про хворого. Розмови навколишніх швидко переводяться “на себе”. В інших людях також вимагають уваги й турботи, бачать лише конкурентів і ставляться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе становище, свою винятковість щодо хвороби. Егоцентричний тип реагування іноді називають істеричним, оскільки основним мотивом поведінки людини стає привернення до власної персони уваги інших людей. “Втеча у хворобу” нерідко використовується ними для докорів і шантажу навколишніх. Скарги описуються хворими дуже барвисто і супроводжуються манірною жестикуляцією та вираженою мімікою. Емоції пацієнта носять гротескний характер.

Ейфорійний тип. Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко наганий. Зневага, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що “саме собою усе обійдеться”. Бажання отримувати від життя усе, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо позначитися на перебігу хвороби. Ейфорійний тип відображає безпечність людини щодо власного здоров'я. Вона стає награно весела, балакуча, метушлива. Подібне реагування може носити захисний характер або відображати характерологічні особливості.

Анозогностичний тип. Активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки. Невизнання себе хворим. Заперечення очевидного у виявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам чи іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження та лікування. Бажання “обійтися своїми засобами”. Випадки невизнання себе хворим і заперечення наявності у себе симптомів хвороби (анозгностія) досить часті. Вони можуть відображати внутрішнє неприйняття статусу хворого, небажання помічати реальний стан речей. З іншого боку, вони можуть відображати оману людини з приводу значущості ознак хвороби.

Активне невизнання себе хворим зустрічається, наприклад, при алкоголізмі, оскільки сприяє ухиленню від лікування.

Ергопатичний тип. “Втеча від хвороби в роботу”. Навіть у разі тяжкості хвороби і страждань намагаються продовжувати працювати. Трудяться із ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, намагаються лікуватися та проходити обстеження так, щоб це залишало можливість продовження роботи. Деякі пацієнти розцінюють будь-яку недугу через призму виклику своєму “Я”. Тому вони намагаються не піддаватися хворобі, активно переборюють себе, долають нездужання і болі. Їх позиція полягає в тому, що немає такого захворювання, якого не можна було б подолати самотужки. При цьому часто такі пацієнти є принциповими противниками ліків (“Я за своє життя жодного разу анальгетиків не приймав” — з гордістю говорять вони).

Паранойяльний тип. Упевненість у тому, що хвороба є результатом чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злого наміру лікарів і персоналу. Звинувачення та вимоги покарань у зв’язку з цим. Паранойяльний (у даному контексті — маячноподібний) тип реагування відображає світоглядну позицію хворого, який вбачає таємний сенс його хвороби й причин її виникнення. Цей тип реагування виникає переважно на ґрунті особистісних особливостей.

Контрольні питання

1. Співвідношення об’єктивного і суб’єктивного аспектів захворювання.
2. Поняття “внутрішньої картини хвороби”.
3. Особливості психічного реагування на патологію залежно від статі, віку, професії, темпераменту, характеру, особистісних нюансів.
4. Світоглядні й забобонні основи та установки в контексті наявності соматичної патології.
5. Можливості психологічної допомоги та психокорекції.

Розділ 11. Психологічні особливості хірургічного, терапевтичного, травматологічного пацієнта. Медико-психологічні аспекти соматичних хвороб

11.1. Психологічні особливості хворих з різними соматичними захворюваннями

Загальні принципи вибору хворою людиною тих чи інших типів психічного реагування на захворювання, закономірності формування ставлення до хвороби поєднуються в клініці зі специфічними особливостями психічного стану пацієнтів, в яких виникли хвороби. Можна говорити про вплив самої хвороби на характер реагування на її появу, протікання, успішність лікування і результат. При цьому типовість реакції на захворювання залежить від параметрів хвороби такою ж мірою, як і від індивідуально-психологічних особливостей людини.

Кожна хвороба характеризується набором специфічних особливостей, які зачіпають значущі для пацієнта (реального чи потенційного) сфери життєдіяльності. Виділяються наступні параметри, на підставі яких оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне ставлення до неї:

1. Ймовірність летального результату.
2. Ймовірність інвалідизації та хроніфікації.
3. Больова характеристика хвороби.
4. Необхідність радикального або паліативного лікування.
5. Вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування.
6. Соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворих в мікросоціумі.
7. Вплив хвороби на сімейну та сексуальну сфери.
8. Вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

Далі наведено дані про психологічні особливості хворих із різними соматичними (непсихічними) захворюваннями, згрупованими за традиційно прийнятим розподілом дисциплін у медицині: хірургічні, терапевтичні, інфекційні, гінекологічні та ін. Беручи до уваги особливу значущість онкологічної патології і психологічних реакцій людини, цю групу виокремлено. Основна відмінність терапевтичної та хірургічної патологій з точки зору психологічного ставлення до них полягає в характері протікання хворобливих процесів — при терапевтичній істотним стає параметр тривалості (хронічний), при хірургічній — операційний стрес.

11.2. Онкологічна патологія

Психічні розлади різного ступеня вираженості (від психологічних донозологічних реакцій на діагноз і прогноз захворювання до гострих психозів) при онкологічній патології — часте явище, що спостерігається як онкологами, хірургами, гінекологами, так і психіатрами та психологами. Онкологічний процес виступає для психічної діяльності у двох важливих аспектах. З одного боку (психогенного), діагноз захворювання традиційно відносять до групи невиліковних і, як наслідок, підвищено значущих, що перетворює один лише факт захворюваності в серйозну психічну травму, здатну сформувати психічні порушення психогенно-реактивного характеру. З іншого боку (соматогенного), онкологічна патологія може розглядатися як крайній, один з найважчих у соматичному плані фактор, з комплексом психічної та фізичної астенії, виснаженням, що істотно впливає на психічну діяльність і формує соматогенні психічні розлади. До того ж, якщо онкологічний процес локалізується в гормонозалежних та гормонопродукуючих органах, то великий ризик розвитку так званого психоендокринного симптомокомплексу зі специфічними клінічними виявами.

Виокремлюють **п'ять фаз реагування на злоякісні новоутворення та рак (Кюблер-Росс):**

Фаза 1 (анозогнозична) з'являється одразу за першим припущенням про наявність у пацієнта злоякісного новоутворення.

Вона характеризується запереченням наявності у себе онкологічної патології, зменшенням тяжкості свого стану, анозогностією, переконаністю, що діагноз є помилковим.

Фаза 2 (дисфорична) настає після підтвердження діагнозу та виявляється у бурхливому протесті, дисфорією, схильністю вчиняти будь-які агресивні дії стосовно навколишніх або себе (наприклад, суїцидальні).

Фаза 3 (аутосугестивна) характеризується прийняттям фактів про наявність у пацієнта злоякісного процесу і необхідності тривалого й інтенсивного лікування у поєднанні з “веденням торгу” — “головне, щоб не було болю”.

Фаза 4 (депресивна) настає після тривалого періоду терапії та виявляється у поступовій втраті надії на одужання, появою песимізму, пригніченості та пасивності.

Фаза 5 (анатична) з’являється на останніх етапах захворювання й виражається “примиренням” хворого з долею, прийняттям будь-якого результату і супроводжується байдужістю щодо зовнішніх і внутрішніх процесів.

Оперативні (хірургічні) втручання в онкологічній практиці є одними з основних етапів терапії, унаслідок чого вони виступають додатковим фактором, що впливає на психопатологічне симптомо- та синдромоутворення. У комплексі оперативного втручання істотну роль для психіки можуть відігравати як супутні йому анестезіологічні маніпуляції та можливість безпосереднього патогенного впливу на діяльність мозку, так і психологічна значущість радикальних хірургічних операцій з видалення органа або формування певного косметичного дефекту.

Унаслідок констеляції вказаних патогенних для психіки чинників у онкологічно хворих різко зростає ризик суїцидальних тенденцій. Кількість суїцидальних спроб при онкологічних захворюваннях значно перевищує подібний показник при інших соматичних захворюваннях. Цей факт зайвий раз вказує на те, що, по-перше, існують деякі особливості психічних переживань при онкологічних захворюваннях, по-друге, жодне з існуючих захворювань не несе в собі настільки потужного стресуючого навантаження, як злоякісна пухлина. Частота й вираженість пси-

хічних реакцій на онкологічну патологію залежить багато в чому від локалізації та характеру хворобливого процесу, наявності метастазів і деяких інших чинників (А. В. Гнездилов). Однак не лише локалізація і характер онкологічного захворювання впливають на частоту виникнення психічних порушень. Важливу роль відіграють такі чинники, як особливості характеру людини, яка захворіла на онкологію, наявність у преморбіді акцентуйованих рис характеру (Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов).

Вияви психологічних змін та вираженість психічних порушень практично не корелюють з тяжкістю онкологічного захворювання, що демонструє зв'язок між виникненням, формуванням і якісними характеристиками психічних порушень при онкологічних захворюваннях з патофізіологічними механізмами, що знаходяться не в лінійній залежності один від одного. При цьому помітною стає суб'єктивно-психологічна роль. Слід зауважити, що пошук кореляцій між тяжкістю онкологічного захворювання і тяжкістю психологічних переживань безпредметна, оскільки, якщо оцінити тяжкість раку дозволяють кількісні математичні критерії (величина пухлини, стадія онкологічного процесу, наявність змін у лімфатичній системі і характер метастазування), то проаналізувати й виразити кількісно тяжкість психологічного стану або психопатологічних симптомів і синдромів важко (навіть психотичні порушення можна назвати лише умовно важче непсихотичних), що пов'язано із залученням у процес особистості з її екзистенційними параметрами, які апіорі не піддаються "обліку і контролю". Внаслідок цього можна вважати недоцільним вказівку на глибину психогенних реакцій в онкологічно хворих трьох видів: реакції легкого, важкого і середнього ступеня. Навіть суїцидальні спроби по суті не можуть відображати об'єктивної тяжкості стану, тому що в процесі психічного переживання беруть участь як мінімум два агенти: об'єктивна подія та особистість із специфікою ставлення до події.

Клініко-психологічні і психопатологічні особливості при онкологічній патології залежать від етапу основного захворювання. Виокремлюють такі **етапи**:

- поліклінічний (діагностичний);
- етап “надходження в клініку”;
- передопераційний;
- післяопераційний;
- етап виписки;
- катamnестичний етап (Є. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов).

Для *поліклінічного (діагностичного)* етапу, який починається з перших контактів хворого з онкологічною службою, а часто з направлення пацієнта лікарями до онкологів для огляду й вирішення питання про необхідність госпіталізації та оперативного лікування, характерним вважається тривожно-депресивний синдром. За даними Є. Ф. Бажина і А. В. Гнездилова, його частота становить 56 %. При цьому типовим є загальне занепокоєння, виражена тривога, яка іноді досягає ступеня страху, відчуття цілковитої безнадії, безперспективності існування, думки про неминучу швидку та болісну смерть. У тих пацієнтів, преморбід яких вирізняється рисами стеничності та активності, у клінічній картині переважають зазвичай тривога і страх, тоді як у пасивних, астеничних суб'єктів на перший план виступає депресивна симптоматика. Друге місце за частотою виникнення на “діагностичному” етапі належить психогенії, що виражається у розвитку дисфоричного синдрому, який виявляється у тужливо-злобному настрої. Хворі стають похмурими, дратівливими, іноді без найменшого приводу спостерігаються спалахи люті, гніву, злоби, які можуть супроводжуватися агресією, спрямованою на найближче оточення (сім'ю, співробітників по роботі, а також медичний персонал). Найчастіше за таким фасадом злості й агресії ховаються тривога та страх. Дисфоричні розлади зазвичай розвиваються в осіб, преморбід яких характеризувався рисами збудливості, вибуховості, нестримності. Третє місце за частотою виникнення належить тривожно-іпохондричній та астено-іпохондричній симптоматиці. Дані реакції характеризуються тривожною напругою з постійною фіксацією уваги на самопочутті, особливо на відчуттях. Хворі весь час шукають і “знаходять” особливі “негаразди” в організмі, посиляючись при цьому на якісь невиразні, невизна-

чені відчуття, які ними інтерпретуються як катастрофічно швидке поширення пухлини по всьому тілу, безнадійна запізненість діагностики тощо.

На наступному етапі — *“надходження в клініку”* відбувається деяке зниження інтенсивності переживань. Це значною мірою пов’язано з побудовою компенсаторної системи психологічного захисту типу: “Я хворий, можливо у мене навіть рак, але тепер я перебуваю в спеціальній лікарні під наглядом кваліфікованих лікарів, які зроблять усе, щоб мені допомогти”. На цьому етапі переважною є така симптоматика: тривожно-депресивна, дисфорична, тривожно-іпохондрична, obsесивно-фобічна.

Різкий підйом інтенсивності психогенних переживань визначається на наступному етапі — *передопераційному*. У межах тривожно-депресивного синдрому переважаючим стає страх можливої загибелі в процесі операції. Крім того, деякі автори (Є. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов) на цьому етапі виявляли параноїдні розлади у вигляді маячноподібних ідей переслідування та відносин.

На четвертому етапі — *“післяопераційному”* — різко знижується ступінь вираженості всіх негативних переживань хворих і відбувається своєрідне “психологічне полегшення”, а переважаючим психопатологічним синдромом стає астено-іпохондричний.

Етап виписки зі стаціонару не має специфічних психопатологічних феноменів.

На *катамнестичному* етапі близько двох третин пацієнтів мають особливі порушення психічного стану. Зовні вони виявляються як прагнення до самоізоляції. Ставлення до звичних та в минулому улюблених розваг стає різко негативним. Спроби з боку близьких людей якимось “розворушити” хворого зазвичай не мають успіху. Особливо негативне ставлення викликають ті ситуації, які пов’язані з сильними емоційними переживаннями. Втрачається інтерес до внутрішньосімейних справ. У переживаннях хворого постійно звучать депресивні ноти, пов’язані не лише з наявністю онкологічного захворювання, а й його наслідками — інвалідизацією, втратою приваб-

ливості тощо. Особливо хворобливі переживання пов'язані з інтимною сферою.

Системний підхід до аналізу формування межових психічних розладів при онкологічних захворюваннях дозволив В. Я. Семко і А. Н. Гузеву розробити **модель психосоматичних співвідношень з виділенням трьох рівнів адаптації**:

- біологічного (соматогенного);
- конституційно-типологічного (особистісного);
- психологічного (психосоціального).

Автори виділили також пари синдромуутворювальних факторів. Так, на рівні соматичної адаптації було виділено соматогенно-органічний фактор і парний йому — фактор “соматичних ресурсів адаптації”, при цьому перший вважався патогенетичним, другий — саногенетичним. На особистісному рівні психологічної адаптації відповідно — психосоціогенний фактор і фактор “зовнішніх ресурсів адаптації”. З виділенням вказаних факторів авторам вдалося створити модель у вигляді тривимірного утворення, в якій на кожній осі представлена одна пара факторів. У процесі системного аналізу пацієнтів зі злякисними та доброякісними пухлинами, а також хворих із канцерофобічним синдромом В. Я. Семко і А. Н. Гузевим був отриманий континуум психосоматичних співвідношень, в якому на одному полюсі провідним патогенетичним фактором виступав психогенний (неврози), а на іншому — соматогенний (самі злякисні новоутворення). Ще один висновок виявився важливим: в онкологічно хворих у наявності зміна загальної та нервово-психічної реактивності, що носить досить універсальний характер для всіх хворих та не залежить від їх преморбідної особистісної структури і навіть вихідної аномалії особистості, що дало змогу говорити про своєрідний патологічний розвиток особистості внаслідок онкологічної патології.

Сімейна підтримка є найважливішим і найпринциповішим чинником у пристосуванні хворих з онкологічною патологією. Роль сімейних взаємин зростає у випадках появи у онкологічно хворих психологічних проблем і психічних розладів. Купірування психопатологічних симптомів і синдромів та адапта-

ція хворих до нового для них статусу онкологічно хворого ефективніше проходить у сім'ях, що побудовані за принципом згуртованості. Причому особи, які отримують хіміотерапію, потребують більш теплого відношення в сім'ї порівняно з пацієнтами, що перенесли оперативне втручання з приводу пухлин. При мастектомії у дружин важлива роль психологічної допомоги з боку чоловіка хворої. Визначено значущість сексуально-естетичного чинника, здатного викликати неадекватні реакції чоловіка та спровокувати появу психогенних психічних порушень. Проте чоловіча роль виявляється найчастіше істотною лише як підтвердження негативних експектацій хворих, заснованих на рефлексивному стилі мислення, притаманному онкологічним хворим, який ґрунтується на змінах самооцінки у зв'язку із захворюванням.

Із соціально-психологічних факторів, що впливають на вираженість психічних переживань та патогенез психічних порушень при онкологічній патології, важливим є "синдром ізоляції", а також характерологічний преморбід. На думку Є. Ф. Бажина та А. В. Гнездилова, серед онкологічних хворих може бути виділено кілька основних груп за характерологічними параметрами. Група синтонних осіб відрізняється у преморбіді такими рисами, як сердечність, товарицькість, з переважанням емоційних рис. Для них при захворюванні на рак характерні відносно адекватні форми психогенії — астено-депресивні та астено-іпохондричні реакції, які зазвичай не досягають значною мірою виразності та є відносно нестійкими. Ці хворі дуже чутливі до психотерапевтичного втручання і порівняно легко адаптуються. У тих пацієнтів, у яких в преморбіді відмічаються *циклоїдні* риси, психогенні реакції подібні до синтонних реакцій, відрізняючись лише глибиною та стійкістю. Група *шизоїдних* хворих характеризується рисами замкнутості, відгородженості, стриманості, переважанням інтелектуалізованих інтересів. При розвитку у них психогенних реакцій відзначається схильність до утворення надцінних і маячноподібних ідей, аутизації, самоізоляції, суїцидальних тенденцій. Групі *збудливих* хворих у преморбіді притаманні запальність, вибухо-

вість, імпульсивність, торпідність, в'язкість, дріб'язковість та педантичність. В умовах хронічної хвороби у таких пацієнтів можуть бути реакції у вигляді дратівливості, озлобленості, аж до агресії. Хворі з преморбідними *істероїдними* рисами реагують на хворобу зазвичай деперсоналізаційно-дереалізаційними симптомами, а тривожно-недовірливі — обсесивно-фобічними.

Особливий інтерес представляє питання про вплив психічних переживань, розладів та преморбідних характерологічних особливостей людини на перебіг онкологічного процесу. Існують дані про зв'язок особистості з виникненням або запобіганням раку. Ризик розвитку раку пов'язаний з такими особливостями особистості, як емоційна лабільність, екстраверсія, аномальний вияв емоцій (надмірне придушення почуттів), а також депресія та безнадія. Як вважає Г. Айзенк, тривога і нейротизм захищають від раку. Гострий стрес, знижуючи ефективність імунної системи, сприяє виникненню раку. Збільшення рівня кортикостероїдів, яке має місце при депресії, знижує клітинний імунітет і сприяє розвитку раку. АКТГ, пов'язаний з тривогою та нейротизмом, навпаки, сприяє зміцненню захисних сил організму. Особливо акцентується увага на тому, що індивідуальні відмінності та генетичні фактори можуть істотно впливати на вияв відповідних показників. Меланхолія та депресія, на думку Ревіді, сприяють виникненню злоякісних пухлин. Існує психологічна "підготовленість ґрунту" до розвитку раку. За образним висловом автора, рак молочної залози нерідко представляє "пасивне самогубство" в результаті почуття провини та депресії. Стриманість вияву емоцій, зниження статевих інстинктів можуть бути віднесені до етіологічних чинників розвитку раку молочної залози. Анорексія, безсоння, невпевненість у собі, психічні травми можуть призвести до розвитку раку в терміни від 1 до 15 років. Рак, проголошує Ревіді, можна розглядати як хворобу адаптації до стресу та імунно-депресії. Раку молочної залози часто передують тривалі депресії та дисфорії. Ці хворі частіше бездітні і в сексуальному плані більш загальмовані.

Рак, вважає К. Родевіч, є виявом втрати надії на досягнення життєвих цілей. Це стосується проблем сексуальності та шлюбу, материнства в широкому сенсі цього поняття та зв'язку із загальними соціальними проблемами. Оцінюючи емоційні чинники і виживання при раку молочної залози, Столл зазначає, що хворий довше живе в тому випадку, якщо він налаштований агресивно, вільно висловлює свої емоції. У тих випадках, коли хворий апатичний, пригнічений, відчуває себе безпорадним, ситуацію вважає безнадійною, термін його життя скорочується.

Питання про специфічність психологічних феноменів та психопатологічних порушень при онкологічних захворюваннях різної локалізації займає дослідників протягом багатьох років. На думку А. В. Ромасенко та К. А. Скворцова, протягом тривалої фази розгорнутої хвороби можна іноді побачити її специфіку органів. Так, автори вважають, що при раку легенів спостерігається тривалий латентний період хворобливих відчуттів і відсутність певних явищ з боку нервово-психічної сфери. Потім швидко розвивається відчуття тривоги, страху і водночас млявості. При раку шийки матки визначаються відчуття раптового постаріння, в деяких випадках поява сексуальних перверсій, дуже різко відчутних у сновидіннях. Шлунково-кишковий тракт частіше викликає іпохондричні реакції. Приблизно третина злоякісних новоутворень у жінок локалізується в геніталіях, а рак шийки матки є найчастішим видом злоякісних пухлин жіночої статеві сфери. До того ж доброякісні пухлини геніталій значно збільшують число онкогінекологічних хворих. За даними Т. Ю. Марілової, психогенні реакції частіше спостерігаються у жінок, що страждали в минулому неврозами, вегетативною нестійкістю. Поряд з тривожно-депресивним синдромом, зниженим фоном настрою, головною психічною травмою є відчуття втрати жіночності та боязнь розпаду сім'ї. У молодих жінок домінує страх втрати дитородної функції.

Захворювання на рак молочної залози супроводжується важким психологічним стресом. У таких хворих виникає від-

чуття втрати жіночності і як наслідок — неповноцінності. Хвора відчуває загрозу для життя, страх перед можливою соціальною ізоляцією та розпадом сім'ї. Перед кожною такою хворою постає завдання пристосування до нової життєвої ситуації та формування адекватного ставлення до власної особистості й свого здоров'я.

Дослідження особливостей мотиваційної сфери у хворих на рак молочної залози як в перед- та післяопераційному періоді, так і у віддалені терміни, через 3—5 років, дало можливість Т. Ю. Маріловій виявити наступні психологічні особливості цього контингенту хворих:

1. Захворювання на рак молочної залози, що створює кризову ситуацію для особистості, призводить до зміни життєвої позиції, трансформує її мотиваційну сферу. На діагностичному етапі, коли переважає позиція приреченості, основним змістовним мотивом є мотив виживання. Формуються додаткові мотиви “завершення справ, влаштування дітей”. На передопераційному етапі домінує мотив збереження здоров'я, виживання. Після операції мотив збереження здоров'я стає ведучим. При цьому він набуває нового особистісного сенсу — соціального виживання. На віддалених етапах лікування, визначаючись з установкою на самоствердження, основним мотивом стає соціальне становлення.

2. Усвідомлення хворими захворювання, його наслідків опосередковується відношенням до них найближчого соціального оточення. Неадекватне ставлення призводить до появи тенденції розриву соціальних зв'язків, контактів, занурення у хворобу.

3. Відповідно до змін об'єктивної позиції особистості в системі соціального оточення відбувається зміна смислових утворень і цінностей орієнтації хворих.

За даними американських лікарів, гістеректомія — одна з глобальних операцій, що найчастіше проводяться в США. У Великобританії цей показник у два рази менше. Головний інтерес психологів полягав у зв'язку гістеректомії з несприятливими психологічними наслідками. Наголошується як символічне важливість матки для самоконцепції жіночності, так і

зв'язок між преморбідними психологічними девіаціями та гістеректомією.

Виділяються наступні психосоціальні параметри, що впливають на психіку жінок, які перенесли радикальні онкогінекологічні операції: символічне значення матки і ставлення до її повного видалення, розуміння характеру операції і результатів операції як лікувального заходу при онкологічному захворюванні, зміна сексуального та естетичного статусу, відношення до стерильності та у зв'язку з цим стосунки з родичами та чоловіком, розуміння необхідності подальшої гормональної терапії тощо.

Істотну роль відіграють сексуальні розлади при пухлинах та після радикальних операцій. Особливо виділяються такі сексуальні симптомокомплекси, як зниження лібідо та аноргазмія, що виникають в силу деяких патофізіологічних та психологічних механізмів — сухості піхви, явищ уретриту, внаслідок атрофії та інших розладів в урогенітальній сфері.

При виявленні специфічних особливостей психопатологічної картини залежно від обсягу оперативного втручання з'ясовано, що після односторонньої оваріектомії та гістеректомії вегетативно-невротичні синдроми зустрічаються у 22,9–80,8 % випадків і залежать від часу, що пройшов після оперативного втручання, віку хворих і навіть того, з якого боку видалено яєчник. Загалом гострий розвиток (через 0,5–2 роки після операції) максимально виявляється у жінок 30–40 років, правобічна оваріектомія виявлялася більш клінічно вираженою (А. Н. Рибалка).

Таке висловлювання, що “рак виліковує неврози”, продовжує істотно впливати на процес діагностики та терапії межових психічних розладів в онкологічно хворих. Парадоксальність ситуації полягає в тому, що виникнення тривожних і фобічних симптомокомплексів у структурі онкологічних захворювань є правилом, а їх діагностика винятком.

У значної кількості онкологічно хворих на різних етапах хвороби високоймовірним є формування тривожних та фобічних розладів. Нерідко можна виявити унікальний психічний

стан, сутність якого полягає в тому, що у пацієнтів, які бояться раку (канцерофобія), насправді виявлений злоякісний характер онкологічного процесу. Традиційна дефініція психіатричного терміна (“нав’язливий страх захворіти раком”) вимагає ґрунтуватися на об’єктивізації патології (“раку бути не повинно”). Однак клінічні спостереження та аналіз випадків дають змогу переглянути існуючий стан. Значущим виявляється той факт, що традиційно пацієнтки зазвичай не обізнані зі справжнім характером їхнього захворювання. Отже, для них є актуальною тема ймовірності виникнення раку. У клінічній картині захворювання переважають нав’язливі страхи про те, що лікарі не до кінця виявили причини й характер онкологічної патології і внаслідок цього неефективно провели операцію. З посиленням страхів хворі неодноразово звертаються до онкологів з проханням повторити дослідження, перевірити лікарські висновки інших фахівців. У домашніх умовах вони постійно вербалізують свої страхи при обговоренні з родичами, знаходять підтвердження своїх здогадів у їхніх реакціях. Беручи до уваги, що частині родичів лікарі усе ж не відкривають таємницю діагнозу, деякі з хворих направляються за наполяганням родичів і близьких до психіатра. У тих самих випадках, коли рідні та близькі знають про справжній діагноз, нерідко в моменти, коли хворі вимагають повідомити їм справжній діагноз, ті розкривають таємницю. Однак у хворих лише на короткий проміжок часу виникає депресивна реакція та зникають фобії у відповідь на повідомлення родичів. Після цього вони знову відновлюються, оскільки сприймаються хворими не як надання правдивої інформації, а як образа. Тривожно-фобічна симптоматика виявляється стійкою і терапевтично резистентною. Такий психопатологічний феномен названо **“канцерофобією у хворих злоякісними новоутвореннями”**.

Резюмуючи, слід зазначити, що онкологічні захворювання і психічний стан пацієнтів мають двоканальний зв’язок. З одного боку, онкологічна патологія провокує виникнення різноманітних психічних переживань (від донозологічних до виражених клінічних психопатологічних), з іншого — у появі онкологічних

захворювань, а також імовірності їх лікування істотну роль відіграє психологічний преморбід і типи психічного реагування на захворювання.

11.3. Терапевтична патологія

Захворювання, що відносяться до терапевтичної групи, об'єднують велике коло соматичної патології — терапевтичної, ендокринологічної, неврологічної.

Найвідомішими соматичними захворюваннями, що пов'язані з психологічним впливом і виявляються, крім соматичного, психічними симптомами, є гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка, ішемічна хвороба серця та деякі ін. Ситуація хронічного соматичного захворювання описується В. В. Ніколаєвою, яка розглядає кризу психічного розвитку загалом у розвитку особистості зокрема. Зміни особистості при важких соматичних захворюваннях розглядаються як новоутворення, що виникають у період кризи розвитку. Об'єктивна ситуація важкого, небезпечного соматичного захворювання, відрив від звичного соціального оточення, операції з можливістю каліцтва, інвалідності призводять до зміни об'єктивного становища людини в соціальному середовищі (Л. І. Божович). Сутність патогенного впливу хвороби на особистість полягає в тому, що масивна й тривала інтоксикація, порушення обмінних процесів, виснаження призводять до зміни протікання психічних процесів, до зниження операціонально-технічних можливостей пацієнтів (В. В. Ніколаєва). Центральним психологічним механізмом особистісних змін в умовах хронічної соматичної хвороби виступає перебудова ієрархії мотивів за типом їх перепідпорядкування новому головному мотиву — збереження життя і відновлення здоров'я, названому Тхостовим “зміщенням мети на мотив”.

В. В. Ніколаєвою описано низку критеріїв, за якими особистість хворого при хронічному і тривалому перебігу захворювання, вважається зміненою:

1. Зміна змісту провідного мотиву діяльності (формування нового мотиву провідної діяльності — наприклад, патологічна діяльність голодування при анорексії).

2. Заміна змісту ведучого мотиву змістом нижчого порядку (наприклад, мотив “самообслуговування” при іпохондрії).
3. Зниження рівня опосередкованості діяльності (діяльність спрощується, цільова її структура збіднюється).
4. Звуження основного кола відносин людини зі світом, тобто звуження інтересів, збіднення мотиваційної сфери.
5. Порушення ступеня критичності й самоконтролю.

При прогресуванні хронічної хвороби змінюється вся система відносин хворих. Значущими стають тільки ті події, які не суперечать новим утвореним мотивам збереження життя. Внаслідок цього з'являється замкненість, відчуженість, збіднення контактів з людьми, пасивність. Виділення мотиву збереження життя веде до формування обмежувальної поведінки: інертності, зниження активності. Різні нозологічні форми захворювань сприяють виникненню деяких специфічних особливостей клінічних виявів психологічних змін. Вони, звичайно, зумовлюються локалізацією патологічного процесу (серце або пряма кишка, шлунок або сечовий міхур), тривалістю захворювання, вираженістю болювого подразнення та іншими факторами. При цьому можна лише умовно говорити про різницю психічних змін за тієї чи іншої соматичної патології. Виняток становлять психосоматичні захворювання.

Поряд із загальними закономірностями впливу хвороби на особистість, при серцево-судинних захворюваннях має місце феномен, який Р. Джонсон назвав “соціокультуральною символікою серця”. Пов'язано це з тим значенням, яке людина надає серцю. Низка факторів, які мають важкий виснажливий вплив, бере участь у генезі змін психіки у хворих з набутими вадами серця (Л. Ф. Бурлачук, Є. Ю. Коржова). У хворих визначається інертність, нерішучість, втрата вольової активності та життєвої стійкості, втрата інтересу до праці та життя загалом, звуження кола інтересів, егоцентричність, а також образливість, нестриманість. На думку Л. Ф. Бурлачук та О. Ю. Коржова, найчастішим типом ставлення до хвороби є сенситивний та ергопатичний. Слід зауважити, що ергопатичне ставлення можна

вважати досить типовим для пацієнтів з різноманітною патологією серця.

Однією з найважчих ендокринних патологій є цукровий діабет. Роль психічного параметра (стресу) у виникненні цукрового діабету нині вже доведено. Ще в 1674 р. Т. Віллі одним із перших вказав на зв'язок діабету з душевними переживаннями, наголосивши на тому факті, що появи цукрового діабету нерідко передують “тривале засмучення”. Був описаний “діабет біржовиків”, “діабет банкірів” як захворювання, в генезі яких роль професійних психічних перенапружень виділялася особливо.

Питання про роль емоційних впливів на етіологію та патогенез цукрового діабету набуло великого значення з початком ери психосоматичної медицини. Більшість медиків погоджувалися, що гостра емоційна травма або тривалий психологічний стрес можуть лише виявити латентний діабет, перевівши його в клінічний стан. Існує досить багато літератури, присвяченої аналізу особистісних особливостей хворих на діабет. Крайнім вираженням поглядів про характерологічну своєрідність цих хворих є концепція “специфічної особистості” у психосоматичній школі Меннінгера. Прихильники цієї концепції вказують на той факт, що хворі на цукровий діабет мають особливу особистісну структуру, що відрізняє їх як від хворих з іншими хронічними захворюваннями, так і від здорових людей. Ф. Александер вважав, що цукровий діабет характеризується не типом особистості, а типовою конфліктною ситуацією, ядром емоційного конфлікту, які й визначають соматичні особливості при цьому захворюванні. Описувалися такі риси, які часто зустрічалися у хворих на діабет, як егоцентризм, дратівливість, примхливість і нестриманість. Зазначалося також, що “серед хворих на діабет частіше, ніж в середньому населенні, зустрічаються люди інтелегентні та енергійні”.

Подібна категоричність не відображає реальної ситуації, проте є численні свідчення на користь існування певних характерологічних та особистісних особливостей хворих на діабет. До них найчастіше відносять поєднання шизоїдних рис характеру з “параноїдною готовністю” (С. Елхардт), властиву дітям

ще до хвороби явну чи приховану тривожність, занепокоєння, риси нервозності. Типовим, з точки зору Х. Бруха, для недужих на діабет дітей є обсессивно-компульсивні якості. Крім того, багато дослідників відзначали, що діти, які страждають на цукровий діабет, до захворювання відрізняються підвищеною сумлінністю, серйозністю, відсутністю дитячої безтурботності. У них часто відзначаються порушення контактів з дорослими, конфлікти з родичами. М. Блейлер, загалом заперечуючи особливий тип особистості, схильної до цукрового діабету, зазначав, що “ці діти і підлітки виглядають як чутливі, замкнуті, важкі для розуміння шизоїди”, тоді як “ті, хто захворює у зрілому віці відрізняються рисами циклоїдності та синтонності”.

До психічних виявів гіпоглікемічного стану при цукровому діабеті відносять деліріозні розлади свідомості, деперсоналізаційно-дереалізаційні феномени, галюцинаторно-параноїдні епізоди, ейфорію. К. Ясперс, також відзначав “недостатнє осмислення навколишнього, аномальну перцепцію, відчуття спустошеності, підвищену чутливість до шуму, стадіальні зміни у рівні свідомості”. Нерідко дослідниками виявлялися різноманітні розлади сприйняття: особливості світовідчуття (переважання жовтих та синіх тонів), деякі види метаморфозії (мікро-, макропсія), гіпногічні галюцинації, шум у вухах, парестезії, розлади схеми тіла, зміна почуття часу при збереженні критики до пережитого. В сукупності усі ці розлади були згодом названі синдромом Бенедек.

В останні роки з'явилася велика кількість робіт про негативний вплив гіпоглікемії на когнітивну функцію. Описано псевдоглікемічні реакції при нормальному або підвищеному рівні цукру, які зазвичай зберігалися при введенні вуглеводів. На синдромальному рівні, звичайно, вирізняють астенічний, астено-іпохондричний, астено-депресивний, обсессивний та істероформний синдроми (Е. В. Єлфімова). При цьому наголошується, що на формування психічних розладів впливають тип цукрового діабету, його тривалість і ступінь важкості, а початок захворювання у дитячому та підлітковому віці й тривалий (більш як 8–9 років) перебіг хвороби створюють передумови

для патологічного розвитку особистості хворих на діабет. Доведеним можна вважати факт, що частота утворення психопатологічних синдромів залежить також від типу цукрового діабету. Для цукрового діабету I типу (інсулінозалежний) переважно характерні астено-депресивний, істероформний синдроми та істеричний варіант патологічного розвитку особистості, а при цукровому діабеті II типу (інсулінонезалежному) частіше зустрічаються астеничний та астено-іпохондричний синдроми, а також обсесивний, експлозивний та психосоматичний варіанти патологічного розвитку особистості. Важливим серед психічних розладів при цукровому діабеті є “порушення харчової поведінки” у вигляді анорексії та булімії. Серед неврологічних захворювань особливе місце займає остеохондроз хребта, зв’язок виявів якого з психологічним станом людини досить істотний. Вважається, що в механізмі розвитку уражень хребта важливу роль відіграє емоційний стан людини. Страх і тривога здатні приводити до напруги скелетних м’язів та сприяти утворенню м’язового каркаса, який, своєю чергою, може провокувати формування неадекватного рухового стереотипу. У пацієнтів з високим рівнем тривожності та високим м’язовим тонусом формується поза з напругою м’язів торсу, прямою та “дерев’яною” спиною. Із психологічних особливостей хворих вирізняються нетерплячість, метушливість, незібраність і, як наслідок, порушення координації рухів. У структурі особистості людини, що захворіла на остеохондроз шийного та поперекового відділів хребта, можуть переважати риси сором’язливості, скромності, боязкості та залежності від авторитетів, що зовні виявляються у формуванні постави. У хворих з неадекватним руховим стереотипом при остеохондрозі поперекового відділу хребта виявляється ергопатичний, неврастенічний і тривожний типи реагування на захворювання, при адекватному руховому стереотипі — гармонійний (Менделевич). При цьому спостерігається два різних шляхи впливу психологічних факторів на перебіг остеохондрозу. Патогенним, з одного боку, виявляється анозогностично-ергопатична реакція людини з поведінкою, що демонструє малу значущість виявів хвороби, бажання

власними силами впоратися з болями і скутістю, “розробити” рух. З іншого боку, патогенним виявляється перебільшення значущості виявів хвороби з формуванням неадекватного неспокою і тривоги. Серед факторів, що визначають тип психічного реагування на остеохондроз, важливим є уявлення про це захворювання, як про тяжке страждання. Відзначається високий рейтинг остеохондрозу як серйозної патології порівняно з іншими захворюваннями у пацієнтів з неадекватним руховим стереотипом.

11.4. Хірургічна патологія

На відміну від терапевтичної патології, за якої патогенним для психічної діяльності стає стан тривалого хронічного захворювання і зміна системи відносин особистості відбувається поступово, у межах хірургічної патології відзначається значущість психологічного операційного стресу (передопераційного та післяопераційного). Основними виявами операційного стресу виступають емоційні феномени, найчастіше за інші — тривога. Необхідність проведення хірургічного оперативного втручання застає пацієнта зненацька на відміну від ситуації хронічної соматичної патології, до якої він поступово адаптується. І якщо обов'язковість тих чи тих терапевтичних заходів людина може спрогнозувати, то припустити можливість і необхідність операції пацієнт здатний значно меншою мірою. Інакше кажучи, для клінічного психолога важливим стає той факт, що психологічна готовність до терапевтичних і хірургічних заходів з боку хворого кардинально різниться. У пацієнта з хронічним соматичним захворюванням адаптація відбувається до стану, в якому він перебуває на цей час, а в хірургічного — до майбутнього стану.

Відмінними особливостями психології пацієнта хірургічної клініки вважається експектація післяопераційного статусу, що супроводжується передопераційною та післяопераційною тривогою. Особливі реакції можна очікувати від пацієнтів, що піддаються трансплантологічним оперативним втручанням. Реакції пов'язані з внутрішньоособистісними конфліктами з

приводу придбання органів іншої людини. Цей факт впливає на самооцінку людини, сприйняття та прийняття ним себе як цілісної особистості після операції. Нерідкі в подібних випадках деперсоналізаційні розлади й порушення сприйняття власної схеми тіла. В хірургічній практиці значущим виявляється стратегія вибору пацієнтом способу лікування. Хворий, націлений на психологічну стратегію “уникнення невдач”, буде ставитися до оперативного втручання як до останнього засобу зняття хворобливих виявів і погодиться на операцію лише після того, як будуть використані всі інші паліативні способи. Пацієнт, який сповідує психологічну стратегію “прагнення до успіху”, самостійно може звернутися за хірургічною допомогою та наполягати на швидкій операції. Сутність психологічних відмінностей цих пацієнтів криється у прийнятті існуючого патологічного стану й очікування його погіршення у процесі терапії. “Не було б гірше” — принципова психологічна позиція пацієнта, який приймає хворобливі симптоми свого захворювання і намагається адаптуватися навіть до найважчих із них. Він боїться втратити те, що має, і згодом буде каятися за власне рішення зробити операцію. “Краще хай буде гірше, ніж терпіти те, що є”, — позиція іншої групи пацієнтів, що погоджуються ризикувати і йти на операцію заради кардинального поліпшення власного стану здоров’я. При цьому в перших справжній стан здоров’я може бути кращим, ніж у других.

Передопераційна тривога є типовою психологічною реакцією на повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції. Вона виражається в постійному неспокої, непосидючості, неможливості зосередитися на чому-небудь, порушенні сну. Тривога проектується в майбутнє, відображаючи очікування від якості операції, майбутнього стану, задоволеності тим, що погодився на операцію. Післяопераційна тривога, яка клінічно може бути ідентичною передопераційній, пов’язана з перенесеним операційним стресом, зі звіренням експектацій (очікувань) і реальності.

Можна стверджувати, що постопераційний стан (як психічний, так і загальний) багато в чому залежить від психологічно-

го радикала в передопераційному періоді. Особи з помірно вираженою тривогою, які тверезо оцінюють мету оперативного втручання, вірогідність досягнення успіху та позбавлення від тих чи інших симптомів хвороби, можливість появи післяопераційних ускладнень, психологічно більш адекватно реагують на власний стан. Високий або низький рівень тривожності, заснований або на завищених або на занижених експектаціях, сприяє формуванню дезадаптаційних психічних станів. Психофізіологічна та психологічна адаптація людини після пересадки органів і тканин (зокрема, пересадки серця) є однією з найскладніших для пацієнта. “Я демон Франкенштейна, живу із серцем, яке мені не належить”, — такими були слова, вимовлені першим пацієнтом із пересадженим донорським серцем. Як показали дослідження психологів, після подібних операцій нерідко відзначаються серйозні психологічні зміни, навіть до зміни моральних установок (М. Бакстон). Це пов’язано з тим, що пересадка донорського серця свідомо чи несвідомо розцінюється пацієнтом як вторгнення не лише в сому, а й у душу людини. Хворий стає схильним аналізувати зв’язок серця з душевним життям людини-донора, оцінкою можливості життя після смерті та інших філософських питань. Можуть спостерігатися вияви депресивно-деперсоналізаційного синдрому в межах невротичних розладів, який був названий “синдромом чужого серця”.

Х. Дейч висунув три постулати, що описують ефективну адаптацію до хірургічного стресу:

- ефективна адаптація передбачає сприйняття сигналів тривоги, певний ступінь її асиміляції, що дає, зрештою, можливість полегшення душевного стану хворого;
- щоб адаптація була ефективною, її механізми повинні бути достатньо гнучкими, що дозволяло б вносити необхідні зміни в процес інтеграції тривоги під час антиципації хірургічного стресу, а також в адаптацію до психологічних та фізіологічних наслідків операції;
- для підтримки душевної рівноваги в хірургічній ситуації необхідною є не стабільність, а реактивність.

Відомим психопатологічним синдромом у хірургічній практиці є **синдром Мюнхаузена**. Він виявляється постійним і нездоланим бажанням людини піддаватися хірургічним операціям з приводу уявних ознак хвороби. Пацієнти прагнуть вдаватися до допомоги хірургів унаслідок хворобливих та різноманітних неприємних відчуттів, які вони найчастіше локалізують у черевній області. Крім того, з метою бути прооперованими пацієнти схильні проковтувати дрібні предмети (гудзики, монети, шпильки). Так, Ашер описав три варіанти синдрому Мюнхаузена:

- 1) гострий абдомінальний;
- 2) геморагічний, пов'язаний з демонстрацією кровотечі;
- 3) неврологічний, що включає демонстрацію непритомності та нападів.

Мотивами такої поведінки, яка не є в чистому вигляді симуляцією, вважається привернення таким чином уваги до власної персони або уникнення будь-якої відповідальності. У структурі її характеру відзначаються риси інфантілізму та зміни ієрархії цінностей. Найчастіше синдром Мюнхаузена зустрічається у людей з істеричними рисами характеру або так званими істеричними особистісними розладами.

11.5. Дефекти тіла та органів чуття

З огляду на особливу значущість для будь-якої людини значних та помітних змін зовнішності людини можна говорити про типовість і специфічність психологічних девіацій при косметичних дефектах, дефектах зору, слуху та мови. Психологічні особливості осіб з різноманітними дефектами схожі між собою і відмінні від реакцій на інші захворювання. Це зумовлено кількома причинами, серед яких виділяється значущість соціального статусу людини з будь-яким дефектом і ставленням до неї у суспільстві, а також зміни особистості у зв'язку з порушенням пізнавальних процесів при дефектах органів відчуттів.

Серед косметичних дефектів найзначущими є патологічні зміни й деформації тіла або окремих його складових. На думку

Н. Д. Лакосіної та Г. К. Ушакова, людина, яка втратила руку чи ногу, страждає від того, що на її дефект звертають увагу навколишні. У неї рідше, ніж при іншій патології, виникає почуття відрази до себе. Порівняно з ними люди зі спотвореною зовнішністю стають образливими, дратівливими, чутливими, соромляться з'являтися на людях, різко обмежують контакти з навколишніми, нерідко роздумують про самогубство. У випадках шкірних змін та деформацій зовнішності у пацієнтів до описаних психологічних виявів приєднується відчуття сорому, огиди і побоювання, що ті, хто їх оточують, стануть уникати їх через страх заразитися. Заїкання є своєрідним видом дефекту, який може призводити до значних психологічних наслідків, здатних змінити характер і спрямованість формування особистості. З появою заїкання порушується уся система особистісних відносин (В. М. Шкловський). Найчастіше клінічною ознакою стає страх мови (логофобія). Він порушує комунікативний бік життя людини, призводить до патологічної замкнутості, небажання спілкуватися з навколишніми. Людина намагається спрямувати свої інтереси на діяльність, яка виключає часте й тривале спілкування. Психологічні особливості сліпих та глухих людей зумовлюються порушенням однієї зі сфер пізнавальної діяльності. Пацієнти з подібними дефектами органів відчуттів стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються надцінні ідеї ущербності, що поєднуються з такими якостями особистості, як принциповість, справедливість, високий рівень моральних вимог стосовно себе та навколишніх. В. Ф. Матвеев і Д. Ч. Темо описали різні варіанти змін особистості у зв'язку зі сліпотою: астеничний, іпохондричний, ананкастний. У пацієнтів з глухуватістю частіше зустрічаються ідеї відношення, образливість, підвищена тривожність. Вони стають підозрілими, сором'язливими, намагаються приховати свій дефект.

Особливу групу становлять особи, що перенесли радикальні хірургічні операції, пов'язані з так званими операціями, що калічать. До них відносять мастектомію, гістеректомію, оваріектомію, цистектомію та деякі ін. Психологічні реакції на подібні

операції зумовлені функціональною та символічною значущістю видалених органів. Радикальні гінекологічні операції істотно впливають на самооцінку жінок. При мастектомії у хворой можуть виникати тривожні побоювання з приводу зміни ставлення з боку чоловіка або близьких через естетичний дефект, при гістеректомії та оваріектомії — через сексуальний дефект. Багато жінок, що перенесли гістеректомію та оваріектомію, намагаються приховувати від близьких істинний сенс операції, попереджуючи негативну реакцію з боку чоловіка та його можливе зникнення з родини. Багато пацієнтів сексологічного профілю, говорячи про вияви власної патології, часто вживають термін “дефект”. Сутність “сексуального дефекту” полягає в різкому зниженні самооцінки людиною, в якій з’явилися симптоми сексологічних розладів (аноргазмії, фригідності, імпотенції). Звичайно, у таких пацієнтів з’являється два види реакцій. В одних знижується настрій, з’являються ідеї нікчемності, ущербності, самозвинувачення і домінує інтрапунітивний тип реакцій. Інші стають дратівливими, запальними, буркотливими, пред’являють претензії до сексуального партнера — екстрапунітивний тип реагування. Типовим є намагання приховувати наявність сексуальних симптомів і проблем унаслідок їх непристистності та сорому. Близьким за виявами до описаного вважається “психічний дефект” (у тому числі інтелектуальний). Виникнення “комплексу меншовартості” у зв’язку з психологічними проблемами і психопатологічними симптомами, зазвичай, можливе лише за неспсихотичного рівня психічних розладів. Такий “дефект” з’являється у хворих з невротичними та особистісними розладами. Через необхідність лікування у психіатрів вони стають замкнутими, звужують контакти, відчують незручність і боязливість у спілкуванні, намагаються приховувати наявні проблеми та факти відвідування фахівців. При інтелектуальному дефекті реакції пацієнтів відзначаються набагато рідше порівняно з реакціями близьких родичів, які вважають, що дефект одного з членів родини стає дефектом сім’ї. Унаслідок цього родичі намагаються обмежити коло спілкування, живуть у добровільній ізоляції.

Контрольні питання

1. Психологічні проблеми психосоматичних розладів.
2. Психологічні механізми розвитку психогенних захворювань.
3. Роль психічного фактора у виконанні і протіканні соматичних розладів.
4. Невротичні симптоми і психогенні реакції на стан здоров'я у хворих серцево-судинними захворюваннями.
5. Психологічні особливості онкологічного хворого.
6. Психологічні особливості інфекційного хворого.
7. Психологічні особливості хворих з дефектами органів чуття.
8. Психогенні реакції на хворобу неврологічного хворого.
9. Медична психологія в клініці сексуальних розладів.

Розділ 12. Вікова клінічна психологія

Соціальні та біологічні складові нормального і аномального розвитку людини

Під час аналізу процесу потрібно брати до уваги, що для кожного періоду розвитку дитини є характерним новий тип відносин між нею та навколишнім соціальним середовищем. Становлення психіки дитини, її розвиток можливі при адекватному залученні до світу соціальних взаємин та навчанні запам'ятовувати знань, накопичених попередніми поколіннями. Навчання, на думку Л. С. Виготського, завжди має йти попереду розвитку, створюючи у дитини “найближчу зону розвитку”. **“Найближча зона розвитку”** – це різниця між тим, що дитина може робити сама і що – з допомогою дорослих. Розвиток та навчання неправильно розглядати як ізольовані процеси: вони єдині. Навчання, йдучи попереду, має враховувати закономірності психічного розвитку дитини та її можливості. Тому для лікаря та клінічного психолога-практика вкрай важливим є розуміння закономірностей розвитку психіки дитини, тому що це не простий кількісний перехід від одного віку до іншого, а завжди певні якісні стрибки. Для діагностики психічного розвитку дитини особливо важлива оцінка провідної діяльності, яка характеризується: формуванням усередині неї нових видів діяльності, характерних для наступного вікового періоду; дозріванням або перебудовою психічних процесів; основними психологічними змінами особистості. Однак провідний тип діяльності й те соціальне середовище, в якому росте та розвивається дитина, дуже швидко починають вступати в суперечність з новими потребами дитини і старими умовами їх задоволення. Саме ці суперечності виступають рушійними силами розвитку психіки. Тому критеріями розвитку психіки є новоутворення, які представляють собою ті психічні та соціальні зміни, які вперше виникають на цьому віковому рівні і визначають свідомість

дитини, її відношення до середовища, внутрішнє та зовнішнє життя. Самі новоутворення, своєю чергою, позначаються важливими виявами розвитку, коли стабільний період переривається стрибкоподібними змінами в психіці дитини у вигляді вікових криз. **Вікові психологічні кризи** — особливі, відносно нетривалі за часом (до року) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами. Для них також характерні:

- 1) розмитість між початком та кінцем;
- 2) різке загострення в середині вікового періоду;
- 3) відносна важкість виховання дітей порівняно з періодом стабільного розвитку;
- 4) негативний, руйнівний характер.

Чим неповноцінніше первинний матеріал, чим гірше враховує соціум індивідуальні особливості розвитку дитини, чим більше виражені вікові кризи, тим гірше вони можуть відбитися на майбутній особистості. Тому для лікаря та клінічного психолога важлива роль періодів та основних закономірностей розвитку психіки кожного з них. Нині більшістю психологів прийнята наступна вікова періодизація:

- період новонародженості — до 1 місяця;
- період дитинства — 1–12 місяців;
- період раннього дитинства — 1–4 роки;
- дошкільний період — 4–7 років;
- молодший шкільний — 7–12 років;
- підлітковий період — 12–16 років;
- рання юність — 16–19 років;
- пізня юність — 19–21 рік;
- молодість (рання зрілість) — 21–35 років;
- зрілість — 35–60 років;
- перша старість (похилий вік) — 60–75 років;
- старість (похилий вік) — 75–90 років;
- довгожителство — старше ніж 90 років.

Кожний з вікових періодів має свої специфічні параметри норми та аномалії, в кожному з них можлива ретардація або прискорення розвитку, поява рис, властивих іншим віковим

періодам, а також типові характерологічні реакції та психосоматичні взаємовпливи.

Психічні особливості та психосоматичні розлади в період новонародженості, дитинства та раннього дитинства. Народження дитини різко змінює звичне середовище перебування, характерне для ембріона. З перших хвилин вступають у дію безумовні рефлексивні, які контролюють роботу основних систем організму — дихання, кровообіг, травлення, що забезпечують основні біологічні потреби дитини. Однак цього набору рефлексів було б явно недостатньо для адаптації до навколишнього світу, якби поруч не було дорослого, який активно взаємодіє з дитиною. Необхідні їй здібності дитини до навчання у вигляді придбання спочатку простих, а потім і складніших умовних рефлексів. На відміну від тварин, новонароджений виявляється настільки безпорадним, що дорослий для нього завжди є “психологічним центром”. У цей період розвитку дитина виявляється особливо чутливою до мови дорослого і готовності до спілкування. Почуття задоволення вона виявляє емоційною реакцією — мімікою, жестами, вокалізацією. Позитивна емоційна реакція на людину, частіше матір, виникає раніше, ніж на фізичні об’єкти. Це явище було позначено як **комплекс по-жвавлення**. До кінця першого місяця у відповідь на ласкавий вираз обличчя дорослої людини у дитини починає з’являтися посмішка — перший соціальний жест, психічне новоутворення, що знаменує перехід від періоду новонародженості до періоду дитинства. На третьому місяці життя немовляти “комплекс по-жвавлення” оформлюється в цілісну систему, що включає в себе додатково рухове по-жвавлення та вокалізацію. На третьому етапі весь “комплекс по-жвавлення” стає вже звичною формою вираження позитивних емоцій, що виконує соціальну функцію спілкування. Сенсорна й емоційна психічна депривація, особливо протягом першого півріччя, навіть за умови повноцінного догляду за дитиною може призвести до затримки його психічного, а нерідко й моторного розвитку. Встановлено, що емоційне спілкування дорослого з дитиною значно збільшує емпатичний потенціал дитини, робить її психіку більш

гнучкою та пластичною, розвиває пізнавальну активність. Своєю чергою, зміна емоційного спілкування на ситуативно-ділове з використанням мови підвищує мовну активність дитини, вона осягає ази соціальної взаємодії, опановує моторикою, пізнає простір. До кінця періоду дитинства з'являється здатність до розуміння людської мови, починають вимовлятися перші самостійні слова. Немовля опановує найпростіші предметні дії. Провідне значення у психічному розвитку дитини набуває задоволення його нових потреб — у спілкуванні з людьми, у нових враженнях.

Дитячий вік закінчується **кризою першого року життя**, зумовленим становленням ходьби й мови. У цей період для немовляти бувають характерними акти протесту, опозиції, протиставлення себе іншим. У деяких випадках опозиція дитини виражається в “істериках”, афективно-респіраторних судомомах, припадках.

Становлення ходьби знаменує собою **період раннього дитинства (1–3 роки)**. Соціальне середовище розвитку характеризується тим, що дитині стає доступним навколишній світ речей і предметів, які її притягують або відштовхують. Дії дитини і навіть мова визначаються цією наочною ситуацією. Поведінка характеризується єдністю моторних і сенсорних функцій (усе, що вона бачить, потрібно помацати руками) та недостатньою диференційністю афектів і сприйняття. Провідна діяльність дитини цього віку — предметно-маніпулятивна. Вона стосується насамперед гри. Для дитини немає уявної ситуації, немає ролей, вона освоює функції предметів та речей; м'яч катає, автомобіль штовхає, ляльку водить або вкладає у ліжко тощо. Важливим є виникнення розуміння, що кожна річ має своє ім'я, своє призначення. Якщо для немовляти навколишній світ — фон, то словесне сприйняття дитини (“А що це?”, “Як це називається?”) дає можливість структурувати зовнішній світ. Відбувається виділення фігури з фону.

Будучи провідною для дитини, предметна діяльність сприяє розвитку пізнавальних процесів. Зароджується наочно-дієве мислення, формуються загальні поняття. Активно розвиваєть-

ся мова: зростає словниковий запас, з'являються речення з двох слів. До трьох років дитина оволодіває граматиною, майже всіма відмінками і всіма предметними відносинами. Предметна діяльність призводить до зміни і в мотиваційній сфері: відбувається поступова зміна афективних вчинків контрольованими. Ставлення дитини до навколишніх її людей, їхнє оцінювання залежать від того, як вони ставляться до дитини. Поступово до 3-х років формуються більш тонкі емоції. Важливим новоутворенням цього віку є усвідомлення власного "Я", виділення себе з навколишнього світу, що супроводжується прагненням до самостійності: "Я сам", "Я хочу", найяскравіше виявляється в кризі 3-х років. Основні прояви кризи 3-х років — негативізм, норовистість, свавілля. Ступінь вираженості кризи 3-х років залежить від того, наскільки дорослі враховують ситуацію, що змінилася у розвитку. Якщо вони продовжують обмежувати її самостійність, утискають свободу дитини, обмежують його ініціативу, то виникає своєрідний бунт — протест, який свідчить про необхідність корекції виховних заходів з боку дорослих.

Із психопатологічних та психосоматичних розладів, характерних для періоду новонародженості, дитинства і раннього дитинства виділяють (В. В. Ковальов) такі синдроми: синдром невропатії, синдром раннього дитячого аутизму, гіпердинамічний синдром, синдроми страху.

При **невропатії** характерними стають різноманітні астеничні вияви: підвищена дратівливість і збудливість, примхливість, нестійкість настрою, швидка виснажливість, виражена похливість, порушення сну й соматовегетативних симптомів (зригування, блювота, запори, порушення апетиту, вибірковість харчування, вегетативні кризи та непритомність).

Синдром **раннього дитячого аутизму (РДА)** характеризується вираженою недостатністю або повною відсутністю потреби в контактi з тими, хто оточує, емоційною холодністю або байдужістю до близьких, страхом новизни, будь-яких змін у навколишньому середовищі, одноманітністю поведінки зі схильністю до стереотипних рухів, розладами мови, іноді до повної "мовної блокади". Першою ознакою раннього дитячого

аутизму часто виступає відсутність властивого здоровим дітям “комплексу пожвавлення”, а потім порушенням здатності диференціювати людей і неживі предмети, небажанням вступати в контакт, беземоційністю або паратіміями (неадекватними афективними реакціями) у поєднанні зі страхом новизни. У ранньому дитинстві до вказаних клінічних виявів приєднуються одноманітні маніпуляції з предметами, використання нетрадиційних для ігрової діяльності предметів. Типовими є і порушення психомоторики у вигляді незграбності, невідповідності довільних рухів, відсутності співдружних рухів, а також розлади мови (від відсутності до переважання “автономної мови” — розмови із самим собою).

Гіпердинамічний синдром виявляється насамперед руховим розгальмуванням, непосидючістю та іншими ознаками гіперактивності у поєднанні з порушеннями уваги (іноді він позначається синдромом дефіциту уваги). Характерними виявами цього синдрому є:

1. Часто спостерігаються неспокійні рухи в кистях та стопах (сидячи на стільці, дитина корчиться, звивається).
2. Неможливість спокійно сидіти на місці, коли від неї це вимагають.
3. Легке відволікання на сторонні подразники.
4. Нетерплячість.
5. Поспішність (на запитання часто відповідає не замислюючись, не вислухавши їх до кінця).
6. При виконанні запропонованих завдань зазнає труднощів (це пов'язано з недостатнім розумінням).
7. Насилу зберігає увагу при виконанні завдань або під час ігор.
8. Часто переходить від однієї незавершеної дії до іншої.
9. Не може грати тихо та спокійно.
10. Виявляє балакучість.
11. Нав'язливість (часто заважає іншим, чіпляється до навколишніх, наприклад, втручається в ігри інших дітей).
12. Часто складається враження, що дитина не слухає звернену до неї мову.

13. Неуважність (часто втрачає речі, необхідні в школі та вдома, наприклад, іграшки, олівці, книги тощо).
14. Зниження відчуття небезпеки (часто здійснює небезпечні дії, не замислюючись про наслідки, наприклад, перебігає вулицю, не озираючись по сторонах).

Синдроми страху є типовими для дітей періоду раннього дитинства. Вони становлять гаму різноманітних за клінічною формою феноменів. Страху можуть носити диференційований та недиференційований характер, бути нав'язливими, надцінними або маячними за структурою. Специфічними є нічні страхи та страх темряви.

До характерних для дітей у період новонародженості, дитинства та раннього дитинства є такі психосоматичні розлади (за Д. Н. Ісаєвим): дитяча коліка, аерофагія, відрижки, відсутність апетиту (анорексія), спотворення апетиту, жуйка (меріцизм), недостатнє збільшення маси тіла або ожиріння, запор, енкопрез (нетримання калу).

Дитяча коліка, або “коліка тримісячного” виявляється у вигляді приступів, що супроводжуються фізичним болем та емоційною реакцією на неї у вигляді гучного крику у дитини 3–4-х місяців, що виникають, звичайно, у другій половині дня і тривають від кількох хвилин до кількох годин.

Аерофагія характеризується заковтуванням великої кількості повітря у дітей, що жадібно смочуть, з наступним голосним звуком виривання повітря назовні (відрижкою). Зригування у вигляді виверження невеликих кількостей їжі, що надійшла до дитини під час годування, спостерігаються у віці 4–18-ти місяців і при психосоматичному генезі пов'язані з процесом надмірно жадібного заковтування їжі, швидкого смокання.

Анорексія належить до структури невропатичних виявів та характеризується втратою потягу до їжі і негативізмом при годуванні. Значущим є психогенний фактор у вигляді неправильного виховання (наприклад, відриву від матері).

Спотворення апетиту (симптом Піка) зазвичай розвивається на 2–3-му році життя і характеризується вживанням у їжу

неїстівних речовин (вугілля, глини, паперу), що може бути пов'язано з неправильним типом виховання.

Жуйка (меріцизм) розглядається як невропатичний симптом і виявляється у вигляді повторного пережовування їжі після того, як проковтнута та переварена їжа відригується.

Зміни маси тіла (недостатня прибавка або огрядність) характерні для невропатичних реакцій при депривації тих чи інших психогенних факторів.

Запор може пов'язуватися з емоційними порушеннями, що виявляються у вигляді депресії, порушень комунікації з формуванням нав'язливого страху перед дефекацією через хворобливість акту або підвищеної сором'язливості дитини. У другому випадку запор виявляється у нових умовах або поза домом, а потім це стає пов'язаним із фізіологічними закономірностями.

Енкопрез (нетримання калу) у вигляді мимовільного виділення калу у відповідній ситуації, що зумовлено ретардацією формування контролю за діяльністю анального сфінктера. Нерідко цей симптом зумовлений невропатичними розладами та психогеніями.

Психічні особливості та психосоматичні розлади у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Соціальна ситуація розвитку дошкільного віку полягає в розширенні предметного світу і необхідності дій у світі реальних речей унаслідок формування самосвідомості. Для дитини цього віку не існує абстрактного пізнання, критичного споглядання, і тому спосіб освоєння навколишнього світу — це дії у світі реальних предметів і речей, але дитина поки не володіє способами здійснення цих дій. Ця суперечність може вирішитися тільки в одному типі діяльності — **грі**, мотив якої лежить не в результаті, а в змісті самої дії.

Гра для дошкільників є провідною діяльністю і характеризується: уявною ігровою ситуацією; виділенням знань і смислів, що лежить в основі формування образно-схематичного мислення; розвитком активного запам'ятовування; узагальненим характером ігор, наявністю ролей (такі ігри, в яких розігруються узагальнені соціальні функції (вершник, доктор, солдат

тощо). У процесі гри дитина починає виконувати певну соціальну роль. Беручи на себе ті чи інші ролі, вона ніби приміряє певні соціальні функції. У рольовій грі можна порівняти свої можливості з можливостями інших дітей, краще пізнати себе. Натомість “Я сам” поступово формується справжня самосвідомість. Із розвитком дитини рольові ігри переростають в ігри з правилами. Ігри з правилами стимулюють досягнення певних соціально значущих цілей. Формується самооцінка, рівень домагання. З іншого боку, в іграх з правилами дитина навчається обмежувати свої бажання, підкорятися заборонам. Вона набуває досвід керівництва, але не такий, який їй хочеться, а відповідно до певних вимог, норм та заборон. У грі відбувається становлення моральних основ, формуються мотиви поведінки і волі дитини як провідного виду діяльності, в якому активно формуються психічні процеси: збагачуються сприйняття, активна пам'ять і увага. Рольова гра спричинює перехід від наочно-дієвого мислення до словесно-логічного, освоєння смислів, формування уяви, розвитку моторики.

Гра створює “зону найближчого розвитку”. Л. С. Виготський писав: “Гра в конденсованому вигляді містить у собі, як у фокусі збільшувального скла, всі тенденції розвитку...” Ігрова діяльність як провідна повинна підготувати дитину до школи, розвинути у дошкільнят ті властивості особистості й психічні процеси, які необхідні для успішного навчання в початкових класах. До старшого дошкільника висуваються такі вимоги: сформованість насамперед образного мислення та наявність умінь виділити навчальну задачу і перетворити її в самостійну мету діяльності (пізнавальна потреба). Інтелектуальна готовність дитини до школи важлива, але не єдина передумова успішного навчання. Важливим є ставлення дитини до школи, до навчання, до вчителів, до самого себе (“соціальна позиція”). Формування “соціальної позиції” відносно школи вимагає не лише усвідомлення як джерела знань, а й її емоційного ставлення. Дитині потрібно навчитися входити в дитяче товариство, діяти спільно з іншими, поступатися, підкорятися. Особливе місце в психологічному розвитку старшого дошкільника займає спіл-

кування з дорослими, яке носить переважно особистісний характер. Таке спілкування характеризується засвоєнням дитиною особливої позиції стосовно дорослого — позиції учня, що є цінною передумовою для навчання у школі.

Перехід із дошкільного віку в молодший шкільний нерідко супроводжується **кризою 7-ми років**, для якої характерні:

- 1) втрата дитячої безпосередності;
- 2) манірність, капризи, у поведінці — безглуздість, вертлявість, блазнювання;
- 3) початок диференціації внутрішньої та зовнішньої сторони особистості дитини;
- 4) об'єктом аналізу стають суб'єктивні переживання: “Я радію”, “Я засмучуюсь”;
- 5) формування афективного узагальнення, логіка почуттів.

До віку 6–7 років однією з основних змін психологічної діяльності дитини, її особистісних особливостей є формування нової провідної діяльності — навчальної. **Сутність навчальної діяльності** полягає у засвоєнні наукових знань через збагачення й перебудову особистості дитини, що виявляється у змінах рівня знань, навичок, умінь, у розумових операціях і в особливостях особистості. Проте перехід із дошкільного в молодший шкільний вік відбувається не автоматично, а шляхом переведення ігрової діяльності в навчальну.

Розвиток особистості молодшого школяра може порушуватися унаслідок двох причин:

- 1) неправильного розуміння ієрархії потреб у результаті недоліків виховання й навчання;
- 2) недостатнього розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують навчальну діяльність.

Своєю чергою, навчальна діяльність пов'язана з формуванням самооцінки особистості. Для дітей позначки, які вони отримують, важливі не тільки як спосіб оцінювання їхніх знань, а й одночасно як оцінка їхньої особистості, їхніх можливостей і місця серед інших. Тому у відмінників формується завищена самооцінка, а в тих, хто погано встигає — занижена. Корекція самооцінки — важливий момент, який вимагає порівнювання

дитини лише із самим собою. Значущим є і використання заохочення. Похвала важлива у присутності інших, осуд — наодинці. Як похвала, так і осуд повинні стосуватися не глобально людини, а окремих сторін її особистості або окремих операцій. Навчальна діяльність приводить до зміни й психічних процесів, серед яких велике значення відіграє розвиток вищих почуттів — почуття товариства, боргу, відповідальності, колективізму; інтелектуальних почуттів — допитливості, здивування, сумніву, задоволення від вдалого виконання завдання. Успіх у навчанні — єдине джерело внутрішніх сил дитини, що народжують енергію для подолання труднощів. З **типових для дитини дошкільного та молодшого шкільного віку психопатологічних синдромів** можна назвати синдром уходу та бродяжництва, синдроми патологічного фантазування.

Синдром уходу та бродяжництва характеризується повторюваними уходами дитини з дому чи школи, поїздками в інші райони міста чи інші населені пункти, прагненням бродяжити і подорожувати. Нерідко він зумовлений мікросоціальним середовищем та реакцією дитини на психотравмуючу ситуацію в сім'ї або в школі. Синдроми патологічного фантазування включають жвавість уяви, схильність до змішування вимислу, фантазії і реальності. Часто першою ознакою синдрому патологічного фантазування виступає своєрідність ігрової діяльності дитини, під час якої вона на тривалий період здатна “перевтілитися” в тварину, вигаданий образ чи неживий предмет. Можливі різні шляхи формування такого синдрому — від психогенно-особистісного, пов'язаного із формуванням та переважанням шизоїдного або істеричного радикалу в характері дитини, до ендогенного (шизофренічного), зумовленого порушеннями комунікативних здібностей.

Із **психосоматичних розладів** провідну роль відіграють **цефалгії (головні болі) та болі в животі, лихоманки неясного генезу, психогенна блювота, запори або проноси (діарея) та енкопрез**.

Психологічні особливості та психосоматичні розлади у підлітків. У наш час до підлітків прийнято зараховувати дітей

12–15 років, причому період 11–12 років визначається як предпубертатний період, а 13–15 років — як пубертатний. Підлітковий вік як перехідний від дитинства до зрілості завжди вважався критичним, однак криза цього віку (пубертат) значно відрізняється від криз молодших віків. Він є найгострішим і найтривалішим. Пов'язано це з поєднаною дією на підлітка низки соматичних, психологічних і соціальних факторів. В основі соматичних змін організму підлітка лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням статевої зрілості. Крім формування вторинних статевих ознак у підлітків відбувається зміна співвідношення частин тіла (дитячий тулуб при швидкому розвитку кінцівок). Рухи при цьому стають незграбними. Часто за швидким ростом тіла (різке збільшення м'язової маси і зріст) не встигають внутрішні органи, що призводить до розвитку ряду функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи. За принципом бінарності дії гормонів перебудова ендокринної системи не може протікати без відповідних змін у психіці. У зв'язку з цим у момент особливо різких ендокринних зрушень у підлітків відзначається виражене психічне занепокоєння, підвищений рівень тривожності. Намагаючись позбутися цієї тривожності, виплеснути її назовні, вони часто вступають у конфлікти, нерідко відмічаються колективні бійки. Цим самим пояснюється підвищена схильність підлітків до відвідування масових галасливих рок-концертів, вживання наркотиків та алкоголю. Поряд із психічними змінами, зумовленими виключно гормональним впливом, у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни, не пов'язані безпосередньо з перебудовою ендокринної системи. До таких змін слід віднести формування нової самосвідомості з підвищеним почуттям власної гідності, власних можливостей і здібностей. Розвиваються високі почуття дружби і любові, причому любов аж ніяк не зумовлена сексуальними потребами, а навпаки носить виключно платонічний, духовний характер.

Протягом підліткового періоду ламається та перебудовується колишнє ставлення дитини до навколишнього світу і до самого

себе, формується та життєва позиція, з якою підліток починає своє самостійне життя. Вступ у доросле життя — не одномоментна подія, а тривалий процес, біологічні та соціальні сторони якого мають свої сили, свій ритм і темпи розвитку. У зв'язку з високими, але не синхронними темпами фізичного й психічного розвитку підлітків у них виникає багато таких потреб, задовольнити які в умовах ще недостатньої соціальної зрілості не завжди можливо. Тому депривація потреб у підлітковому віці спостерігається частіше і виражена значно сильніше, ніж у молодшому віці, і подолати її через відсутність синхронності в психічному та соціальному розвитку підлітка дуже важко.

Основним новоутворенням підліткового віку є формування почуття дорослості, тобто стан, коли основна маса потреб підлітка нічим не відрізняється від таких у дорослих. Однак при об'єктивно наступаючому подорослішанні соціальна ситуація для нього, звичайно, не змінюється — він залишається учнем і перебуває на утриманні у батьків, позбавлений низки цивільних прав. Високі домагання приводять до нерозв'язних труднощів, входять у конфлікт з реальною дійсністю. У цьому й криється основна причина психосоціальної кризи підліткового віку. Одним з найбільш помітних і важливих виявів психологічної перебудови підлітка є різка зміна відносин з дорослими, зокрема з батьками. Відбувається зміна значущих осіб, і підлітки в багатьох життєвих ситуаціях орієнтуються виключно на думку однолітків, майже повністю ігноруючи думку батьків та інших дорослих. Пік впливу батьків на формування особистості дітей припадає не на перехідний вік, а на перші роки життя дитини. В підлітковому віці явно слабшають емоційні зв'язки батьків і дитини. Підліток прагне звільнитися від опіки. Розширення прав призводить до того, що він не пасивно очікує від батьків будь-яких благ, а навпаки активно пред'являє до батьків завищені матеріальні вимоги. Якщо в дитинстві батько часто виступає прикладом для наслідування, то в підлітковому періоді його гідності критикуються, а недоліки помічаються. Однак, незважаючи на помітне падіння авторитету сім'ї в очах підлітка, вона все одно залишається тим місцем, де він почуває

себе впевнено й спокійно. І якщо підлітки вважають за краще проводити дозвілля, розважатися, ділитися інтимними переживаннями виключно з однолітками, то за порадою в скрутну хвилину вони звертаються до батьків. Психологічний бар'єр між батьком і підлітком пояснюється не тільки віковим егоцентризмом і максималізмом підлітка, а й абсолютною впевненістю у непогрішності власного досвіду, неможливістю поглянути на світ очима підлітка з боку батьків. Відомо, що підлітки більш об'єктивно оцінюють своїх батьків, ніж ті своїх дітей. Слід зауважити, що потреба в неформальному спілкуванні з батьками дуже велика у підлітків, але задовольняється вона менше ніж наполовину. Так, лише третина підлітків задоволена спілкуванням з матір'ю і лише кожний десятий — з батьком. Серед школярів, що мають довірчі відносини з батьками, стійку самооцінку дають переважна більшість із них, а серед тих, у кого спілкування жорстко регламентовано, — тільки чверть. Крім батьків, іншими значущими дорослими в житті підлітка є вчителі. Слід визнати, що останнім часом робота вчителя помітно ускладнилася, причому особливо важко мати справу зі старшокласниками. Статус сучасного підлітка-школяра неоднозначний. З одного боку, положення старшого накладає на підлітка додаткову відповідальність, перед ним ставлять складніші завдання, з нього більше питають. З іншого боку, за своїми правами він цілком залежить від учителів і шкільної адміністрації. Внутрішня позиція учня щодо школи складається з його ставлення до неї як установі, до процесу навчання і знань, до вчителів, до однокласників. При цьому слід зауважити, що на відміну від старшокласників установка підлітків менш диференційована і зводиться до того, що вони просто "люблять" або "не люблять" школу.

Провідною діяльністю підлітка залишається навчання. Якщо в 1–2 класах дитина ще не усвідомлює самого змісту навчання та орієнтується головним чином на оцінку, за якою до нього стоїть певне відношення вчителя, то для підлітка навчання стає насамперед засобом завоювати престиж в однолітків, заслужити репутацію хорошого учня, хоча можна помітити, що

така репутація далеко не завжди сприяє завоюванню авторитету, якщо не навпаки. У підлітковому віці значно складнішими й диференційованими стають відносини з учителями, що й становить одну з причин шкільної дезадаптації підлітків. Подібно батькам, учитель у свідомості дитини виконує такі функції: заміна батьків, влада, розпорядження покараннями та заохоченнями, авторитетне джерело знань у певній галузі, старший товариш і друг. Молодший школяр не розрізняє цих функцій, сприймаючи вчителя загалом і оцінюючи за тими самими критеріями, що й батьків. З віком ситуація змінюється. Підліток вже не бачить у вчителі втілення батька й матері. Вчительська влада так само невелика — він навіть не може відсторонити недбайливого учня від відвідування занять. Підліток починає пред'являти з відповідним йому максималізмом певні вимоги до вчителя. Так, в образі “ідеального вчителя” на перший план виходять його індивідуальні якості — здатність до розуміння, емоційного відгуку, сердечність. На другому місці стоїть професійна компетентність, рівень знань і якість викладання, на третьому — вміння справедливо розпоряджатися владою. Природно, далеко не всі вчителі мають гармонійну сукупність цих якостей, звідси диференціація вчителів і самих відносин з ними, виникнення усіляких конфліктів, що часто призводять до наполегливого небажання підлітків відвідувати школу. З іншого боку, нерідкі випадки прихильності до улюбленого вчителя у формі пристрасного захоплення та безоглядної відданості. Однак таких уподобань не може бути багато, в більшості підлітків тісний емоційний зв'язок існує з одним-двома вчителями, причому з віком ці відносини стають усе більш виборчими. Головною перешкодою, що заважає взаєморозумінню учня і вчителя, є абсолютизація рольових відносин, наївно-бюрократична “школа”, за якими криється низький рівень підготовки педагогів, небажання, а часом і страх побачити у своїх учнях особистості. Особистісний підхід — не просто врахування індивідуальних особливостей учнів. Це послідовне, щире завжди і в усьому ставлення до учня, як до особистості, як до відповідальної і самостійної людини.

Одна з головних тенденцій перехідного віку — переорієнтація спілкування з батьками, вчителями і взагалі старшими ровесниками. Потреба в спілкуванні з однолітками, яких не можуть замінити батьки, виникає у дітей досить рано, а з віком посилюється. Поведінка ж підлітків за своєю сутністю є колективно-груповою. Спілкування з однолітками представляє дуже важливий специфічний канал інформації. Наприклад, переважну частину інформації з питань статі підліток отримує від однолітків.

Також спілкування підлітків — це специфічний вид міжособистісних відносин. Групова гра та інші види спільної діяльності виробляють необхідні передумови соціальної взаємодії, уміння підкорятися колективній дисципліні і водночас обстоювати свої права, співвідносити особисті інтереси із суспільними. І, нарешті, це специфічний вид емоційного контакту. Свідомість групової належності, солідарності, товариської взаємодопомоги не лише полегшує підлітку автономізацію від дорослих, а й дає йому надзвичайно важливе почуття емоційного благополуччя та стійкості.

Необхідно знати особливості підліткового віку не тільки у плані психологічних і соціальних підходів, а й у плані підліткової психіатрії. Тут треба звернути увагу на певні форми типових поведінкових реакцій підлітків на ту чи іншу соціальну ситуацію, ще не є патологічними, а іноді криють у собі небезпеку переростання у “крайові психопатії”.

До зазначених реакцій прийнято відносити реакції опозиції, імітації, компенсації, гіперкомпенсації, емансипації, групування та деякі ін.

Реакція “опозиції” — це активний протест, причиною якого можуть бути занадто високі вимоги, що пред’являються до підлітка, непосильні навантаження, втрати, брак уваги з боку дорослих. Виникаючи в дитинстві, опозиція посилюється в підлітковому віці.

Реакція “імітації” виявляється у прагненні наслідувати певним зразкам, модель якого диктується, зазвичай, компанією однолітків. Реакція може бути причиною порушення поведінки, якщо зразок для наслідування асоціальний.

Реакція “гіперкомпенсації” виражається у наполегливому прагненні підлітка досягти успіху у тій сфері, в якій він слабкий. Невдачі в деяких випадках закінчуються нервовим зривом.

Реакція “емансипації” виявляється у прагненні звільнитися від контролю і опіки старших. Вона поширюється і на порядки, закони й “стандарти” дорослих. Потреба в емансипації пов’язана з боротьбою за самостійність, за самоствердження себе як особистості. У повсякденній поведінці — це прагнення зробити усе “по-своєму”, в крайніх варіантах — втечі з дому.

Реакція “групування” — філогенетичний стадний інстинкт. Групи в середовищі підлітків виникають і функціонують за своїми, ще недостатньо вивченими, соціально-психологічними законами, серед яких найбільшу небезпеку становить так звана “автономна мораль”, що не збігається з вимогами батьків, школи, законів. Особливо сильна вона у неповнолітніх правопорушників і злочинців. Саме група стає регулятором поведінки для педагогічно занедбаних підлітків. Легко об’єднуються в групи наркомани, нестійкі підлітки, які мають досвід асоціальної поведінки.

Слід зауважити, що перехідний вік, особливо 12–14 років, супроводжується значними змінами в змісті та структурі “Я-концепції”. У підлітків помітно посилюються схильність до самоспостереження, сором’язливість, егоцентризм, знижується стійкість образів “Я”, дещо знижується загальна самоповага й істотно змінюється самооцінка деяких якостей. Підліткам значно частіше, ніж іншим дітям, здається, що батьки, вчителі й однолітки про них погані думки, і вони частіше відчують **депресивні стани**.

Самі юнаки та дівчата насамперед сприймають період “важкого віку” як період фізичних змін, становлення психосексуальної ідентифікації. У перехідному віці люди частіше, ніж коли б то не було, стають жертвами **синдрому дисморфоманії**, приділяючи велику увагу своїй зовнішності. Таким чином, у підлітковому віці у людини починає активно формуватися самосвідомість, починається становлення образу “Я”, який вже остаточно затверджується в ранньому юнацтві.

Психологія і психопатологія ранньої юності. Центральним психологічним процесом розвитку самосвідомості в періоді ранньої юності є формування особистої ідентичності — почуття індивідуальної самототожності, наступності та єдності. До теперішнього часу в психології прийнято виділяти чотири етапи розвитку ідентичності, що вимірюються ступенем професійного, релігійного і політичного самовизначення молодої людини:

1. **“Невизначена, розмита ідентичність”** характеризується тим, що індивід ще не виробив чітких переконань, не вибрав професії і не зіткнувся з кризою ідентичності.

2. **“Дострокова, передчасна ідентифікація”** має місце, якщо індивід включився у відповідну систему відносин, але зробив це не самостійно, в результаті пережитої кризи, а на основі чужих думок, слідуючи чужому прикладу й авторитету.

3. Для етапу **“мораторію”** характерно те, що індивід знаходиться у процесі кризи самовизначення, вибираючи свій, єдиний варіант розвитку.

4. Етап **“зрілої ідентичності”** характеризується завершенням кризи, індивід переходить від пошуку себе до самореалізації.

Зазвичай до етапу “зрілої ідентичності” молоді люди приходять у віці 16–18 років, хоча деякі можуть назавжди залишитися на рівні розмитої ідентичності чи піти шляхом дострокової ідентифікації, відмовившись від активного вибору та самовизначення. Водночас поняття “зрілої ідентичності” і самі його критерії неоднозначні. Уявлення, що ідентичність формується насамперед у сфері професійної орієнтації, відображає традиційно чоловічу точку зору. У жіночій самосвідомості велике значення надається сім’ї, професії, хоча останнім часом усе більше стає жінок, орієнтованих на професійні досягнення. Юнаки оцінюють себе головним чином за своїм предметним досягненням, тоді як для дівчат важливіше міжособистісні відносини. Звідси — різне співвідношення компонентів чоловічої та жіночої ідентичності. Юнак, який не здійснив професійного самовизначення, не може відчувати себе дорослим. Дівчина ж може засновувати свої претензії на дорослість на інших показ-

никах, наприклад, на наявність серйозних претендентів на її руку та серце.

На відміну від підлітків, юнаки набагато більше стурбовані формуванням власних переконань, розвитком філософського світогляду. Приблизно в 16 років з'являються власні критерії значущості, а 17–18-річні оцінюють себе передусім з точки зору своєї внутрішньої шкали цінностей, уявлень про своє щастя й благополуччя.

Головне психологічне надбання ранньої юності — відкриття свого внутрішнього світу. Для юнака зовнішній світ — лише одна з можливостей суб'єктивного досвіду, осередком якого є він сам. Знаходячи здатність занурюватися в себе, у свої переживання, він заново відкриває цілий світ нових емоцій, красу природи, звуки музики. У цей час людина починає сприймати й осмислювати емоції вже не як похідні від якихось зовнішніх подій, а як стан власного “Я”.

Психологічні статеві відмінності виявляються у юнаків та дівчат саме у сфері самосвідомості. Дівчата набагато частіше юнаків стурбовані тим, що про них думають інші, значно більш вразливі, чутливі до критики, глузуванням тощо. Дівчата раніше, ніж юнаки, починають вести щоденники, частіше роблять записи, і, найголовніше, дівочі щоденники відрізняються великою інтимністю — це опис та аналіз почуттів і переживань, особливо любовних, і постійна розмова із собою і про себе. Юнацькі щоденники більш різноманітні і предметні, в них відбиваються насамперед інтелектуальні інтереси та інтереси авторів, їх практична діяльність. Емоційні переживання описані набагато стриманіше.

Самосвідомість і самооцінка юнаків та дівчат залежать від стереотипних уявлень про те, якими мають бути чоловіки та жінки, а ці стереотипи, своєю чергою, походять від історично прийнятих в тому чи іншому суспільстві диференціацій статевих ролей. Жінки зазвичай більш тривожні та частіше відчувають страх, ніж чоловіки. У той же час об'єктивні (за допомогою електрофізіологічних приладів) дослідження емоційних реакцій у стресових ситуаціях показують, що статеві відмінності не-

великі. Ймовірно тут має місце вплив традиційної чоловічої ролі, яка забороняє хлопчикові відчувати страх, у зв'язку з чим юнаки пригнічують або приховують частину своїх відчуттів, не відповідних ідеалу мужності, тоді як дівчата говорять про них відкрито.

Юнаки схильні вважати себе більш сильними, енергійними, владними і діловими, ніж дівчата, при цьому вони нерідко переоцінюють свої здібності й положення серед однолітків, не люблять визнавати свої слабкості. Дівчата більш самокритичні та чутливі. Характерно, що юнаки, вдаючи, на відміну від дівчат, байдужість до реакції навколишніх, в той же час значно більше вихваляються заради зовнішнього ефекту.

Знання відмінностей психічної діяльності юнаків та дівчат, що становить основні психологічні механізми статевої поведінки, здатне допомогти клінічному психологу в роботі з підлітками та молодими людьми.

Психологічні особливості та психічні розлади осіб зрілого, літнього та похилого віку. Віковий період, наступний за юністю, характеризується стійкістю психічної діяльності людини, набуттям цілісності й, головне, зрілості. Під **зрілістю особистості** розуміють усвідомлення свого місця серед інших людей, самоідентифікацію, прийняття та інтеріоризацію соціальних норм, відповідальність за власні вчинки. Основною у зрілому віці є професійна діяльність, яка до літнього та похилого віку поступається місцем цінності існування та загальнолюдських цінностей.

Б. С. Братусь визначає два рубежі розвитку зрілої особистості: у віці 30 ± 2 роки у вигляді переоцінки свого життєвого шляху, коли людина не лише замислюється над правильністю її вибору, а й багато в ньому виправляє (**“криза середнього віку”** у віці Христа) та **передпенсійна криза** у віці 55 ± 3 роки, коли настає період планування свого пенсійного життя.

У зрілому віці основною психологічною проблемою стає ідентичність, самовираження та прийняття себе (об'єктивізація особистості). Частіше за інших ідентифікація зрілого віку ґрунтується на ідентифікації у сфері професійної діяльності, досяг-

нень та статусу, а трудова діяльність виступає як умова та форма вияву зрілості (Б. Г. Ананьєв).

К. А. Абульханова-Славська виділяє наступні типи ідентифікації у професії:

- I тип — ідентифікація відбувається через вибір професії, що максимально відповідає, близька до характеристик особистості (наприклад, якщо особистість схильна до ризику, то обирається професія, пов'язана з роботою у важких умовах, небезпекою для життя);

- II тип — ідентифікація з професією, що дає можливість руху особистості у професії;

- III тип — ідентифікація, при якій рух у професії здійснюється через розвиток і вдосконалення якостей та здібностей особистості (якщо в момент вибору професії здібності перебували у потенційному стані, то професія актуалізує їх і тим самим відкриває перспективу розвитку особистості);

- IV тип — ідентифікація, для якої збіг з професією зумовлений не лише наявними здібностями, а й творчою активністю особистості загалом.

Криза середнього віку може виникнути в разі істотної розбіжності при звірці наявної ситуації з віком, коли людина очікує “пожинати плоди”. Неузгодженість у сфері професійної ідентичності, що включає незадоволення успішністю кар'єри, сформованим авторитетом, рівнем матеріального благополуччя, є лише одним із значущих неузгодженостей більш важливих для чоловіка, ніж для жінки. Другою такою сферою виступає сімейне життя, в якому криза може викликати незадоволення сімейним статусом, вибором партнера та друзів, відносинами з близькими, добробутом сім'ї тощо. Третя сфера, за якою відбувається процес звірки ідеалу й реальності, — це сфера особистісного зростання, що включає задоволеність собою — самоактуалізацію. Людина середніх років схильна аналізувати затребуваність себе для суспільства, ступінь розкриття у процесі життя своїх потенційних можливостей та здібностей.

При переході до літнього й похилого віку людина поступово упокорюється тій ролі та положенню, яких вона досягла у

процесі життя. Вона націлюється на гідне завершення життя, орієнтується на власне здоров'я й загальнолюдські цінності (наприклад, справедливості).

У старовинному французькому прислів'ї — “Кожен старіє так, як він жив” — намічено лише одну з тенденцій, властивих літньому й похилому віку. Вона не відображає інших закономірностей цього вікового періоду. Насправді старості притаманний свій образ, що ріднить досі несхожих людей. Сюди відноситься і деяка егоцентричність, і повільність в ухваленні серйозних рішень, і особлива недовірливість. Вважається, що вихід на пенсію є немов би розділом між віком активних дій, здоров'я й бадьорості та періодом старості, коли активність змінюється пасивністю, життя перетворюється на боротьбу за здоров'я, інтереси знижуються — життя тече за типом “сімейно-побутових картинок”. Прийнято вважати, що для старості характерні хвороби, як для молодості — здоров'я.

Відомою є історія, яку цитують американські лікарі, що спеціалізуються на лікуванні людей похилого віку: 90-річний чоловік на ім'я Морріс звернувся до лікаря зі скаргою на ліве коліно і почув у відповідь фразу, що його здивувала: “Заради Бога, чого ви чекаєте у вашому віці?” На що Морріс весело відповів: “Розумієте, лікарю, моєму правому коліну теж 90 років, і воно не болить”.

Це вигадана історія, але зміст її зрозумілий. З незапам'ятних часів старість і хвороби асоціювалися. Зрештою більшість людей вважали, що вік означає неминучий перехід до хвороб, безсилля й нерухомості. Однак тепер це не так. Сьогоднішні особи похилого віку, наприклад у США та інших економічно розвинених країн, спростовують ці подання. Рівно половина людей, яким від 75 до 84, не відчувають проблем зі здоров'ям, яке вимагало б спеціального лікування або обмежувало їхню діяльність. Соціолог Б. Нойгартен стверджує: “Навіть у найстарішій віковій групі, серед тих, кому за 85, більше третини стверджують, що вони не відчувають обмежень, пов'язаних зі здоров'ям”.

У психічному та психологічному плані основною проблемою старості є **самотність** і внаслідок цього **втрата необхідних**

і бажаних контактів, беззахисність перед навколишніми, що несе, як здається літнім, лише загрозу їх добробуту та здоров'ю. При цьому стосунки між літніми сусідами не завжди носять доброзичливий характер. Найчастіше болісна **підозрілість** самотньої літньої людини провокує спалахи гніву у його близького оточення. Вияви психічної хвороби у літніх, залучених до конфлікту із сусідами, дуже схожі з виявами недружніх стосунків, проте їх можливо розпізнати.

До типових психологічних або психопатологічних феноменів осіб літнього й похилого віку відносять **підвищену тривожність, підозрілість та недовіру, страх бути обдуреним**. Із особистих якостей визначається зменшення з віком таких якостей, як **честолобство** при одночасному **зниженні товариськості та людинолюбства** (М. М. Тульчинський). Якщо порівняти вияви емоційних переживань літніх та молодих людей, то з віком відбувається **значне зменшення переживань у вигляді туги й печалі зі збільшенням тривоги, дратівливості, похмурості, страху** (В. П. Єфименко). Виникненню афективних розладів сприяє поява “рольової невизначеності” й соціальної ідентичності.

К. Висневська-Рошковська виділяє такі основні “життєві позиції” літніх людей:

1. **“Конструктивна”** позиція. Люди з такою орієнтацією усе життя були спокійними і задоволеними. Вони позитивно ставляться до життя, здатні змиритися зі смертю, що наближається, активні й налаштовані на надання допомоги іншим. Із старості трагедії не роблять, шукають розваг та контактів з людьми.

2. **“Залежна”** позиція властива літнім людям, які все життя не цілком довіряли собі, були слабовільними, пасивними. Старіючи, вони ще з більшим зусиллям шукають допомоги, визнання, не отримуючи яке відчують себе нещасними.

3. **“Захисна”** позиція формується у людей з підвищеними механізмами опору. Вони не прагнуть зближення з людьми, не бажать отримувати від кого б то не було допомоги, тримаються замкнено, відгороджуючись від людей, приховуючи власні почуття. Старість сприймається ними з обуренням та ненавистю.

4. Позиція “*ворожості до світу*”. Це “гнівні старі”, схильні звинувачувати навколишніх та суспільство в усіх невдачах, які вони зазнали в житті. Такі люди підозрілі, агресивні, нікому не вірять, не хочуть від кого-небудь залежати, відчують відразу до старості, намагаються триматися за роботу.

5. Позиція “*ворожості до себе і свого життя*” виражається у пасивності, зниженні інтересів та ініціативи. Такі люди схильні до зниженого настрою і фаталізму, відчують себе самотніми й непотрібними. Своє життя вони вважають невдалим, до смерті ставляться безболісно, як до позбавлення від існування.

Коло інтересів по мірі старіння значно звужується і поступово людина схильна концентрувати свою увагу лише на собі й власних потребах (егоцентризм). Тож специфічним психічним відхиленням літніх людей виступає “маячення збитку (обкрадання, псування)”.

Слід враховувати знання про вікові особливості при проведенні експериментально-психологічного обстеження, діагностики психопатологічних симптомів і синдромів, а також при інтерв'юванні та наданні терапевтичної допомоги.

Сімейна клінічна психологія

Психологія сімейних відносин — це розділ психологічної науки, що вивчає особливості формування сім'ї, мотиви вибору подружжя і взагалі соціальну сутність сім'ї та вплив сімейних стосунків на суспільство і гармонію окремої людини. Для цілей і завдань, що вирішуються клінічною психологією, психологічні стосунки в родині розглядаються крізь призму впливу на соматичне й психічне здоров'я її членів, а також їх особистісне зростання. **Функції сім'ї:** *виховна, господарсько-побутова, емоційна, духовного спілкування, первинного соціального контролю, сексуально-еротична*. Кожна з функцій здатна виступати як гармонізуюча, так і дисгармонізуюча, що дезадаптує людину. У сфері відношення до здоров'я сім'я здатна формувати певні патерни, які направлятимуть людину, сприятимуть появі у неї патогенного або саногенного мислення (за Ю. М. Орловим).

Саногенне мислення — мислення, яке зменшує внутрішній конфлікт, напруженість і завдяки якому людина контролює емоції, потреби й бажання і, відповідно, запобігає захворюванням. Патогенне мислення діє, виходячи з протилежних принципів — звичних автоматизмів і традицій. Природно, що людина здатна запобігти розвитку аж ніяк не всіх захворювань, а лише тих, які формуються психогенним шляхом. До них належать невротичні та психосоматичні розлади й захворювання.

Саногенне та патогенне мислення включає досить велику кількість патернів поведінки, серед яких особливо виділяється антиципаційний патерн (В. Д. Менделевич). Під ним розуміються сформовані у процесі соціалізації у родині шаблони побудови ймовірного прогнозування та антиципації. Особи, які страждають невротизмом, відрізняються від тих, хто уникає протягом життя невротичного типу реагування (невротостійких) тим, що ігнорують прогнозування подій, які згодом стають психотравмуючими. Найчастіше вони виключають з прогнозу небажані події, обмежуючи тим самим можливість підготовки до сприйняття й переробки невротизуючого конфлікту. Патогенні антиципаційні патерни формуються у процесі сімейного виховання та передаються дітям у вигляді стереотипів поведінки, взаємин з людьми, збереження емоційної стабільності. Одним із таких сімейних антиципаційних патернів є переконаність у необхідності й корисності для психічного здоров'я прогнозування лише бажаних результатів життєвих ситуацій та блокування роздумів про небажані. Цей сімейний патерн лежить в основі не лише невротичних (психогенних) розладів, а й визначає психопатологічне синдромоутворення в межах психотичних порушень, зокрема при шизофренії.

Родина здатна також відпрацьовувати у своїх членів інші патерни поведінки: нозогностичний (тривожний, депресивний, істеричний, іпохондричний) та анозгностичний.

Нозогностичний патерн поведінки. При так званій “сімейній тривозі” переважаючим при зіткненні з будь-якою неординарною ситуацією стає радикал занепокоєння, паніки, страху.

Депресивний радикал може виявлятися у почутті незадоволеності, провини, самоприниження.

У межах *істеричного радикалу* переважаючими стають екстрапунітивні реакції зі спробами звинувачувати в події навколишніх.

При *іпохондричному радикалі* переважає фіксація на соматичному неблагополуччі з перебільшенням наявної тяжкості розладів.

Анозогностичний патерн відпрацьовує у члена сім'ї ігнорування наявності проблем або захворювань.

Найбільш патогенний вплив на членів сім'ї може надати сім'я, яку позначають як таку, що сприяє психічній травматизації (З. Г. Ейдеміллер, В. В. Юстицький). У подібному випадку психічна травматизація зумовлена не лише прямими конфліктами сім'ї з одним із членів, а й самим психотравмуючим середовищем, непрямим впливом традицій сімейних стосунків на особистість людини. Вирізняють три типи так званих неблагонадійних сімей:

- конфліктні;
- кризові;
- проблемні.

До **конфліктних подружніх союзів** належать такі, в яких між подружжям існують сфери, де їхні інтереси, потреби, наміри й бажання постійно приходять у зіткнення, породжуючи особливо сильні й тривалі негативні емоції. До кризових — такі, де протистояння інтересів і потреб подружжя носить особливо різкий характер та охоплює важливі сфери життєдіяльності родини. До **проблемних подружніх союзів** відносять такі, перед якими виникли особливо важкі життєві ситуації, які можуть завдати відчутного удару по стабільності шлюбу (відсутність житла і засобів для існування, важка й тривала хвороба одного з подружжя, осудження на тривалий термін тощо). При оцінюванні типів та вираженості неблагополуччя в родині насамперед звертають увагу на суб'єктивну оцінку подружжям ступеня добробуту в їхній сім'ї, а не на формальні ознаки конфліктності.

Родина бере участь у формуванні непосильної психічної напруги її члена наступними способами:

1. Створюючи для індивіда ситуації постійного психологічного тиску, важкого чи навіть безвихідного становища. Прикладом може служити ситуація дружини алкоголіка, яку він тримає в постійному страху, забирає гроші, і яка через свій беззахисний характер не в змозі протистояти йому. Подібний спосіб може бути названий *навчанням безпорадності*.

2. Створюючи перешкоди для вияву членами сім'ї певних, надзвичайно важливих для них почуттів, задоволення важливих потреб. Це, по-перше, можуть бути почуття, несумісні з рольовими уявленнями члена сім'ї. Так, невістці може коштувати величезних зусиль приховувати свою антипатію до свекрухи, почуття протесту у зв'язку з її прагненням втручатися у взаємини з чоловіком. По-друге, що більші неблагополучні взаємини в родині, то більші зусилля доводиться докладати, щоб стримувати почуття фрустрації, роздратування, агресії. Потретьє, це почуття потреби, які сім'я повинна задовольняти, однак унаслідок тих чи інших обставин цього не робить. Останнє стосується задоволення сексуально-еротичних потреб.

3. Створюючи або підтримуючи внутрішній конфлікт у індивіда. Члени сім'ї часто використовують для чинення тиску на інших членів сім'ї або дружину непрямої вплив за допомогою подружніх (невербальних) ігор. До них Е. Берн відносив: “скандал” або “гру в ревності” з метою уникнути сексуального контакту й покарання таким способом чоловіка за будь-які провини; “фригідна жінка” та “фригідний чоловік” з метою провокування чоловіка на скандал та ін.

Сім'я здатна формувати патерн реагування на психічні травми, тобто створити фрустраційну толерантність члена сім'ї або зробити з нього **“потенційного невротика”** (В. Д. Менделевич). Потенційний невротик — не індивід, який через склад психічної діяльності більшою мірою, ніж інші схильний до невротичних типів реагування.

Формуванню готовності одного з членів сім'ї до невротичного або психосоматичного типу реагування сприяють не лише

психотравмуючі події. Нерідко патогенними стають мікротрави й непорозуміння між членами родини, пов'язаними з певними очікуваннями і традиціями. На думку Н. Пезешкіан, існує кілька подібних сімейних традиційних патернів, здатних викликати в одного з членів родини психічну або соматичну патологію та проблеми зі здоров'ям.

Так звані “**непорозуміння**” поділяються на наступні групи:

- батьківські (між батьками та дітьми);
- партнерські;
- концептуальні (світоглядні, філософські);
- терапевтичні (лікар–хворий).

Кожне з непорозумінь вказує на зіткнення концепцій взаємодіючих сторін у процесі багаторазового спілкування або тривалого протистояння. Подібні ситуації непорозуміння можуть бути спонтанними і викликаними свідомо, спровокованими. Іноді людина не тільки і не стільки не розуміє намірів партнера, скільки імітує нерозуміння, яке автоматично звільняє його від небажаних дій.

До нерозуміння, що викликає психологічні відхилення і психічні симптоми у батьків, належать **нерозуміння цілей і суті виховання дітей**. У багатьох матерів розвиваються клінічні симптоми невротичних розладів у зв'язку з невідповідністю дій їхньої дитини ідеальній поведінці. Одних дратує впертість власних дітей, інших — повільність, третіх — наївність і довірливість, четвертих — навпаки, недовірливість і скритність, п'ятих — неорганізованість, шостих — навпаки, надмірна організованість, пунктуальність і т. ін. Непорозуміння цілей і суті виховання засноване на нездатності та невмінні батьків розрізняти два процеси: навчання і тренінг (дресура).

Іншим батьківським непорозумінням вважається **нездатність розрізнати ідентичність криз і особистісного розвитку**. Криза виховання, що живить психологічні девіації у батьків і дітей включає упередження про те, що дитина повинна вчитися на чужих помилках і запобігати власним неправильним діям. У житті це виявляється бажанням батьків навчити дитину не помилятися, даючи їй різноманітні поради. Однак у дитини є

бажання випробувати себе, переконатися у правильності сентенцій, знайти свій власний шлях. Саме це позначається поняттями “особистий ріст” і “розвиток”.

Наступне непорозуміння позначається, як **“унікальність–тотожність”**. Воно відображає конфлікт між сімейними традиціями, наприклад, у виборі професії або роду занять, і бажаннями, що йдуть з ними врозріз. Не рідкісні випадки, коли батьки заздалегідь готують своїм дітям ту чи іншу долю, конструюють їх майбутнє на підставі сімейних уподобань: “Дід і батько були інженерами (адвокатами, лікарями), значить і син повинен продовжити їхню справу”. Проте діти можуть вибрати унікальний і аж ніяк не тотожний шлях свого розвитку, що здатне викликати сімейну кризу та розлади в кого-небудь із членів сім’ї.

До батьківських непорозумінь належить і **“справедливість–любов”**. Воно описується як спроба будь-що обґрунтувати емоційність (любов) тими чи тими якостями людини, раціоналізувати почуття. Зазвичай батьки використовують принцип справедливості в бесіді з дитиною: “Я тебе не люблю, бо ти — неслухняний (нечемний або неорганізований)”. Як показує цей приклад, любов намагаються опосередкувати за допомогою вторинних, соціально значущих здібностей.

До групи партнерських непорозумінь відноситься насамперед таке, як **“ідентифікація–проекція”**. Коли ми оцінюємо поведінку інших, то міряємо їх своєю міркою. Ми уявляємо, як би ми вчинили, а також, що добре і що погано з нашої точки зору. Це означає, що ми зводимо все розмаїття людської мотивації і поведінки до єдиного вірного шляху та оцінки. Невміння або небажання поставити себе на місце партнера, представити альтернативні варіанти мотивації й поведінки призводять іноді до конфліктів і психологічних проблем у партнерських взаєминах. Наприклад, пізній прихід додому дружини може однією людиною трактуватися як зрада, іншою — як непунктуальність, третьою — як захопленість роботою. Оцінка однієї і тієї самої події будується на ідентифікації та проекції, уявленні про те, щоб це означало, будь я на місці партнера.

До партнерського непорозуміння належить і така група, як **“чоловік–жінка”**. Сутність її полягає у конфлікті рольової поведінки, коли за людиною тієї чи іншої статі тягнеться шлейф типових уявлень про його призначення, форми поведінки, стилі життя. Часто це виявляється в гіпероузагальненнях на зразок: **“Усі чоловіки гуляки, всі жінки — пліткарки”** тощо.

Коли говорять про нерозуміння **“секс–сексуальність–кохання”**, та мають на увазі одnobічне оцінювання такого почуття, як любов. Вона характеризується лише з позиції сексуальної привабливості партнера. Якщо шлюбні узи будуються на такій основі, то можливі розчарування й психологічні труднощі партнерів у зв'язку з віковими змінами. Близьким до описаного вважається нерозуміння сенсу любові (недорозуміння **“карикатура любові”**), коли виділяють такі різновиди любові: любов як досягнення, як цікавість, як споживання, як релаксація, як сексуальне збудження, як конформність, як конкуренція.

Непоодинокими є і концептуальні непорозуміння, які створюють сприятливе підґрунтя для виникнення невротичного конфлікту. Це може бути упередження, забобони, догми й традиції. Одним із таких непорозумінь є **“здоровий глузд–упередження”**, що відображає два принципово різних підходи до розуміння і пояснення дійсності: раціональний та ірраціональний.

До концептуального непорозуміння відносять і **“інтеграцію та втрату спільності”**, при якому людина схильна оцінювати ту чи іншу подію песимістично або оптимістично, виходячи із структури індивідуально-психологічних особливостей особистості. Важливими концептуальними непорозуміннями є: **“відносність цінностей”** та **“узагальнення–диференціація”**.

До концептуальних непорозумінь належить також **“несвідоме–свідоме”**, що характеризується неправильною оцінкою діяльності навколишніх. Однак найбільш принциповими вважаються непорозуміння, що позначаються **“віра–релігія–церква”**, **“умовність та безумовність долі”**, **“смерть та ставлення до смерті”**. Невротичний конфлікт може виникнути у зв'язку з

міркуванням про вказані принципові аспекти життя та смерті, віри й відданості релігії, розуміння фатальності або зумовленості внутрішніми факторами долі.

Сімейні традиції в галузі харчування, рухового режиму, способів відпочинку поряд із стереотипами психічних реакцій і сприйняття подій, здатні формувати схильність до тих чи інших психосоматичних розладів.

Контрольні питання

1. Соціальні й біологічні складові нормального й аномального розвитку людини.
2. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період новонародженості та раннього дитинства.
3. Психічні особливості й психосоматичні розлади в дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.
4. Психологічні особливості та психосоматичні розлади в підлітків.
5. Психологія та психопатологія раннього юнацтва.
6. Психологічні особливості осіб літнього й похилого віку.
7. Сімейна клінічна психологія (сано- і патогенні сімейні патерни, непорозуміння).

Розділ 13. Психогігієна. Психопрофілактика. Види психопрофілактики. Психопрофілактика психічних захворювань

Психогігієна — комплекс заходів забезпечення нормального розвитку особистості, збереження і зміцнення психічного здоров'я, забезпечення найкращих умов для психічної діяльності людини.

Систематика розділів психогігієни складена з урахуванням порівняльно-вікових особливостей психіки. Виокремлюють такі **аспекти психогігієни**, як: психогігієна дитинства, ігрова діяльність дитини, виховання, навчання, статеве почуття, юнацтво, праця, родина, статеве життя, шлюб.

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується різкою зміною умов життя людини і підвищенням вимог до стану її здоров'я і рівня її фізичних (біологічних) та інтелектуальних функцій. Особливістю сучасної людини є зниження її адаптивних здібностей і функціональних резервів організму, порушення механізмів саморегуляції, що закономірно призводить до більшого поширення багатьох неінфекційних захворювань і вимагає вирішення завдань їхньої корекції і профілактики. Водночас можливості сучасної медицини виявляються недостатніми для вирішення завдань збереження і зміцнення психічного і соматичного здоров'я людини. Традиційно в медицині ці питання вирішували фахівці гігієнічного профілю, при цьому основна увага спрямовувалася на діагностику несприятливих фізичних і соціальних факторів, що погіршують рівень здоров'я і сприяють виникненню та поширенню захворювань. Така стратегія здійснюється шляхом нормування факторів навколишнього середовища й прямо не пов'язана з визначенням рівня здоров'я та розробкою заходів щодо його покращання. Ці завдання покликана вирішувати **валеологія** —

наука про закономірності, способи та механізми формування, збереження, зміцнення і відтворення здоров'я людини. Становлення й розвиток валеології визначається необхідністю перегляду відношення до стратегії збереження та зміцнення здоров'я людини.

Валеологія — не альтернатива клінічній, нозологічній медицині, а доповнення до неї, тому що лише на основі хвороби (патології) та вивчення здоров'я може бути розроблена загальна теорія медицини. Облік валеологічних принципів допомагає підвищити ефективність діагностики та первинної профілактики ряду неінфекційних захворювань, що ґрунтуються на виявленні несприятливих факторів ризику. Тож основним методом діагностики у цих випадках є скринінг, тобто обстеження практично здорових людей, виділення серед них груп ризику та проведення відповідних заходів, спрямованих на протидію факторам ризику розвитку захворювання.

Завдання валеології:

1. Розробка та реалізація уявлень про сутність здоров'я, побудова діагностичних моделей і методів його оцінювання та прогнозування.
2. Кількісна оцінка рівня здоров'я практично здорової людини, його прогнозування, характеристики образу та якості життя.
3. Формування психології здоров'я, мотивації до корекції способу життя людиною з метою зміцнення здоров'я.
4. Реалізація індивідуальних оздоровчих програм, первинна та вторинна профілактика захворювань, оцінка ефективності оздоровчих заходів.

Вчення про здоров'я розвивалося протягом тривалого часу. Цією проблемою займалися Авіценна, Гіппократ, Гален, І. М. Сеченов, С. П. Боткін, І. П. Павлов. В останні десятиліття — М. М. Амосов, Р. М. Баєвський, Г. Л. Апанасенко, В. П. Скарбників та ін. Термін “валеологія” запропонований І. І. Брехманом (1982), який вважав, що наука про здоров'я повинна бути комплексною, заснованою на досягненнях медицини, психології, екології, біології, педагогіки та інших наук.

Розвитку валеології за весь період її існування було присвячено вирішення низки проблем. Насамперед визначення понять індивідуального та суспільного здоров'я, здорового способу життя. Наступне — розробка активної стратегії формування здоров'я. Інтегративний характер валеології пов'язаний як із розмаїттям вихідних наук, що брали участь у її формуванні, так і з різними напрямками роботи та методів дослідження. Наприклад, розвиток фізичного стану людини пов'язаний з фізичним вихованням та спортом, охороною здоров'я, системою відбудовних і реабілітаційних заходів. Інтелектуальний потенціал зміцнюється та розвивається системою утворення та виховання, наукою, розвиток духовного потенціалу визначається релігією, мистецтвом, літературою.

Валеологія тісно пов'язана з іншими науками про людину: медициною, біологією, психологією, педагогікою. Попередження розвитку захворювань і збереження здоров'я людини є основним завданням гігієни, що займається виявленням та профілактикою несприятливого впливу природних і соціальних факторів на здоров'я людини. Валеологічний же вплив спрямований найперше на зміцнення здоров'я індивіда та підвищення стійкості людини до дії несприятливих факторів.

Валеопедагогіка (педагогіка здоров'я) — новий рівень педагогічної науки, на якому має базуватися система здоров'я створюваної освіти. Метою валеопедагогіки є освіта не тільки без втрати здоров'я, а й сприятливе підвищення рівня здоров'я людей.

Валеопсихологія — науково-практична дисципліна, що вивчає закономірності психічних процесів і центральних механізмів саморегуляції психіки, які забезпечують нормальне існування та розвиток, які допомагають людині задовольняти свої головні потреби, розкривати здібності та, успішно адаптуючись до розумових і фізичних навантажень, зберігати й удосконалювати здоров'я.

Загальновизнаним є виділення **п'яти груп здоров'я**:

- 1) здорові з нормальним розвитком і нормальним рівнем функцій;

- 2) здорові, але ті, що мають функціональні чи деякі морфологічні відхилення, а також знижене оперття до гострих та хронічних захворювань;
- 3) хворі на хронічні хвороби у стані компенсації зі збереженими функціональними можливостями організму;
- 4) хворі на хронічні хвороби у стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями;
- 5) хворі на хронічні хвороби у стані декомпенсації зі значно зниженими функціональними можливостями організму.

Важливим аспектом валеології виступає **донозологічна діагностика** — розпізнавання станів організму, що стоять на межі між нормою та патологією. Об'єктом донозологічної діагностики є процес адаптації організму до неадекватних умов середовища, що може закінчитися повною або частковою адаптацією до середовища без порушення гомеостазу, недостатньою чи незадовільною адаптацією, зривом адаптації з порушенням гомеостазу.

Основними об'єктами донозологічної діагностики є:

- 1) межові або перехідні стани, які організм довго витримував;
- 2) стани напруження (короткочасні);
- 3) перенапруження;
- 4) передхвороба чи стадія виснаження регуляторних механізмів з порушенням гомеостазу, або в стадії субклінічних форм захворювань.

Основне завдання психогієни — створення сприятливих умов для всебічного гармонійного розвитку та реалізації всіх психічних здібностей людини (благополучна родина, нормальне харчування, гарне матеріальне становище, сприятливі житлові умови та ін.).

У забезпеченні психогієни родини, від якої значною мірою залежить і нормальний психічний розвиток дітей, велике значення мають наступні фактори: взаємна повага й підтримка, взаємодопомога в домашніх справах, психологічно раціональне вирішення конфліктних ситуацій, що виникають, залучення усіх членів родини до вирішення питань про важливі покупки,

місце проведення відпустки тощо забезпечення здорового способу життя (без шкідливих звичок), виховання в дітей (на власному прикладі) скромності, чесності, працьовитості тощо.

У збереженні психічного здоров'я істотне місце посідають психогігієнічні заходи в забезпеченні розумової та фізичної праці (раціональна організація праці, режим праці й відпочинку, оптимальні навантаження, сприятлива психологічна атмосфера у трудовому колективі, позитивна емоційна установка до роботи, адекватний вибір професії тощо).

Психопрофілактика — комплекс заходів щодо попередження психічних розладів і захворювань (первинна психопрофілактика), а також рецидивів перенесених психічних захворювань (вторинна психопрофілактика).

Розрізняють первинну, вторинну і третинну профілактику. Під *первинною* профілактикою розуміють охорону здоров'я майбутніх дітей, генетичні консультації, заходи, спрямовані на оздоровлення жінок, організація допомоги при пологах, раннє виявлення пороків розвитку в немовлят, лікувально-педагогічну корекцію.

Вторинна профілактика — це рання діагностика, прогноз і попередження небезпечних для життя хворого станів, вчасний початок лікування, застосування адекватних методів корекції, тривала підтримуюча терапія.

Третинна профілактика — система заходів, спрямованих на попередження інвалідності при хронічних захворюваннях.

До психопрофілактики відносять заходи, що мають за мету:

- 1) попередження психотравмуючих впливів у побуті і на виробництві (основа профілактики неврозів, психопатії та деяких інших видів психічної патології);
- 2) попередження ятрогеній та дидактогеній;
- 3) забезпечення своєчасного лікування і психотерапевтичного догляду за соматично хворими і тими, хто видужує (уважність, доброзичливість тощо);
- 4) індивідуальний підхід у визначенні виробничого навантаження після хвороби, регламентація умов праці й побуту;
- 5) проведення протирецидивної терапії після хвороби.

У психопрофілактичних заходах, окрім вказаного, особливо важливе місце посідає створення правильного режиму харчування і відпочинку, сприятливої психологічної атмосфери вдома, у лікувальній установі й на роботі, психотерапевтична підготовка всього медичного персоналу і відповідний підхід до хворих.

Під **психотерапією** розуміють вид міжособистісної взаємодії, при якому пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем, що у них виникають, чи труднощів психічного характеру (слово як фізіологічний та лікувальний фактор, за К. І. Платоновим). **Психотерапія** — система безпосереднього лікувального впливу на психіку особи, а через неї — на весь організм. Мета її — усунути хворобливі симптоми та змінити ставлення до свого здоров'я і навколишніх. Психічними чинниками впливу на психіку особи є слово, невербальні умовні подразники, обстановка, певні заняття та ін.

Завдання психотерапії — виробити в особи адекватне ставлення до свого стану, призначеного лікування; запобігання психотравмівним чинникам, що ускладнюють головну недугу психогенними розладами; підтримка його надії на одужання незалежно від характеру і тяжкості захворювання.

Усі методи психотерапії поділяють на такі групи: раціональні, сугестивні, “поведінкові”, психоаналітичні.

Показання щодо застосування тієї чи іншої методики не є абсолютними. У процесі лікування людини їх доповнюють або замінюють один одним.

Залежно від того з ким проводяться психотерапевтичні сеанси, розрізняють індивідуальну, групову та сімейну психотерапію.

На сьогодні існує понад 140 психотерапевтичних напрямів. Кожний з них вирізняється базовими допущеннями, теоретичними рамками, методами аналізу терапевтичної взаємодії, відносним акцентом на минулих травмах, функціонуванні тепер чи в майбутньому.

Базовими напрямками психотерапії на сьогодні є:

- *психодинамічна терапія* — спрямована на поліпшення тривалої адаптації шляхом усвідомлення мотивацій та конфліктів;

- *підтримувальна терапія* — спрямована на негайне ослаблення симптоматики, зміцнення свідомих та несвідомих захисних механізмів, надання людині емоційної підтримки, збільшення упевненості в собі;

- *поведінкова терапія* — розглядає симптоми як дезадаптивні навички, що були посилені навколишніми, і спрямовує зусилля психотерапевта на подолання їх;

- *емпіричний напрям* — скерований на ліквідацію невідповідності між мисленням, почуттями та поведінкою шляхом усвідомлення людиною усіх аспектів свого життєвого досвіду.

Групова психотерапія передбачає використання різноманітних психотерапевтичних технологій під час лікування групи слухачів. Групова психотерапія здобула поширення завдяки: прагненню включити у психотерапію більшу кількість осіб; переконанню, що кращого терапевтичного ефекту можна досягти внаслідок групових взаємодій; визнанню впливу соціально-динамічних чинників на поведінку особи.

Групова психотерапія не замінює індивідуальну. Слухачі можуть брати участь одночасно в обох формах, часто з різними психотерапевтами.

Особливо ефективна групова психотерапія для осіб, що не впевнені, чи зможуть спілкуватися з іншими; для осіб, які швидше схильні довіряти таким самим, як і вони, а не психотерапевту.

Серед психотерапевтичних методів особливу увагу треба приділити раціональній психотерапії, сугестивній психотерапії, аутогенному тренуванню, психоаналітичній психотерапії.

Раціональна психотерапія — метод, при якому використовується логічна здатність пацієнта порівнювати, робити висновки, доводити їх обґрунтованість. Основними етапами раціональної психотерапії є пояснення та роз'яснення, переконання, переорієнтація. Раціональна психотерапія може проводитися як у формі індивідуальної, так і групової психотерапії.

Сугестивна психотерапія — група методів, в основі яких у ролі провідного лікувального фактора лежить навіювання чи самонавіювання. Навіювання реалізується у стані гіпнотично-

го сну (гіпнотерапія), наркотичного сну (наркопсихотерапія) тощо. З методів самонавіювання найвідоміше аутогенне тренування.

Аутогенне тренування — активний метод психотерапії, психопрофілактики та психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини, травмованого в результаті стресового впливу.

Психоаналіз — психотерапевтичний метод, розроблений З. Фрейдом. Основним поняттям є уявлення про несвідомі психічні процеси та використання для їх аналізу психотерапевтичних методів. Класичний психоаналіз включає теорії загального психічного розвитку, психологічного походження неврозів та психоаналітичної терапії.

Соціально-трудова реабілітація — це комплекс заходів щодо підтримки та відновлення соціальних зв'язків і професійних навичок людини після хвороби. Завдання реабілітації — пристосувати хворого до умов праці, що змінилися, і побуту шляхом використання та тренування збережених здібностей ушкодженого хворобою органу. Трудова реабілітація — прагнення відновити працездатність хворого за допомогою лікувальних засобів, фізіотерапевтичних процедур. Соціальна реабілітація — створення відповідних умов у родині (поліпшення житлових умов, матеріальне забезпечення), відновлення втрачених контактів з навколишніми, відновлення суспільного становища хворого.

Працетерапія — система процесів від найпростіших, що відволікають від хворобливих переживань, дають можливість зайняти час (терапія зайнятстю), до набуття нової професії, якщо цього вимагає хвороба. Терапія працею є найважливішим методом соціотерапії.

Соціотерапія — за своєю сутністю — це частина психотерапії, що використовує соціально-психологічні чинники, а саме: вплив безпосереднього соціального середовища, різні форми соціальної активності (наприклад, клуби інвалідів) або колективної діяльності.

Контрольні питання

1. Поняття про психогігієну.
2. Психогігієна статі.
3. Психогігієна праці.
4. Психогігієна шлюбу.
5. Поняття про психопрофілактику.
6. Первинна, вторинна і третинна психопрофілактика.
7. Психотерапія, напрями психотерапії.

Список використаної і рекомендованої літератури

1. *Аврүцкий Г. Я.* Лечение психически больных: Руководство для врачей / Г. Я. Аврүцкий, А. А. Недува. — [2-е изд., перераб. и доп.]. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
2. *Айзенк Г.* Проверьте свои способности / Г. Айзенк. — М.: Мир, 1972. — 177 с. — (В мире науки и техники).
3. *Алдер Х.* НЛП: современные психотехнологии / Х. Алдер. — СПб.: Питер, 2000. — 160 с. — (Серия “Сам себе психолог”).
4. *Андреева Т.* Что потребляют Ваши пациенты, кроме воздуха, воды и пищи? Книга для врача / Т. Андреева, К. Красовский. — К., 1999. — 199 с.
5. *Аронов Д. М.* Твой и наш враг. Правда об алкоголе / Д. М. Аронов. — М.: Физкультура и спорт, 1986. — 112 с.
6. *Асиметрія мозку та ліворукість: монографія* / А. П. Чуприков, Р. М. Гнатюк, М. А. Чуприкова. — К.: КММ, 2011. — 176 с.
7. *Асиметрія мозга и поведение человека: Материалы Междунар. укр.-рос. конф.* — К.: МАУП, 2005. — 140 с.
8. *Атлас топической диагностики заболеваний нервной системы* / А. П. Ромоданов, Н. М. Мосийчук, Э. И. Холлопченко. — [2-е изд., перераб. и доп.]. — К.: Выща шк. Головное изд-во, 1987. — 231 с.
9. *Беседин А. Н.* Книга практического психолога: Ч. 1 / А. Н. Беседин, И. И. Липатов, А. В. Тимченко, В. Б. Шапарь. — Х.: РИП “Оригинал”, фирма “Фортуна-пресс”, 1996. — 302 с.
10. *Беседин А. Н.* Книга практического психолога: Ч. 2 / А. Н. Беседин, И. И. Липатов, А. В. Тимченко, В. Б. Шапарь. — Х.: РИП “Оригинал”, фирма “Фортуна-пресс”, 1996. — 424 с.
11. *Блейхер В. М.* Эпонимический словарь психиатрических терминов / В. М. Блейхер. — К.: Выща шк., 1980. — 240 с.

12. *Блейхер В. М.* Психологическая диагностика интеллекта и личности / В. М. Блейхер, А. Ф. Бурлачук. — К.: Выща шк., 1978. — 140 с.
13. *Боголепов Н. К.* Клинические лекции по невропатологии / Н. К. Боголепов. — М.: Медицина, 1971. — 430 с.
14. *Бондаренко Е. С.* Гиперкинезы у детей / Е. С. Бондаренко, Ю. И. Малышев. — М., 1977. — 23 с.
15. *Буянов М. И.* Тайны детской психотерапии / М. И. Буянов. — М.: Прометей, 1990. — 220 с.
16. *Бикшаева Я. Б.* Для нас важно ваше содействие. Информация для родственников больных с психотическими нарушениями / Я. Б. Бикшаева, И. Й. Влох, А. Ю. Журавлев, С. И. Михняк, В. Я. Пишель / Под ред. ведущего науч. сотр. УНИИ соц. и суд. психиатрии и наркологии доц. И. А. Марценковского. — К., 2001. — 38 с.
17. *Вассерман Л. И.* Стандартизированный набор диагностических нейропсихологических методик: метод. рекомендации / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон, Н. Н. Трауготт. — Л., 1987. — 193 с.
18. *Вербенко В. А.* Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении / В. А. Вербенко. — Симферополь: ООО ДИАЙПИ, 2007. — 308 с.
19. *Воронов М.* Психосоматика: практ. руководство / М. Воронов. — К.: Ника-Центр, 2002. — 256 с.
20. *Васильева Г. В.* Динаміка когнітивних розладів при терапії різними антипсихотичними препаратами (на матеріалі хворих на шизофренію): автореф. дис. на здоб. вченого ступ. канд. психол. наук / Г. В. Васильева. — К., 2004. — 19 с.
21. *Гері Окамото.* Основи фізичної реабілітації / Гері Окамото; пер. з англ. — Л.: Галиц. вид. спілка, 2002. — 294 с.
22. *Грановская Р. М.* Элементы практической психологии / Р. М. Грановская. — СПб.: Свет, 1997. — 608 с.
23. *Діагностичні критерії з DSM-III-R:* пер. з англ. — К.: Абрис, 1994. — 272 с.
24. *Дилтс Р.* Изменение убеждений с помощью НЛП / Р. Дилтс; [пер. с англ. В. П. Чурсина]. — М.: Независимая

- фирма “Класс”, 1997. — 192 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
25. *Дельфинотерапия* для детей и их родителей / А. П. Чуприков, А. Ванцова, С. В. Келюшок и др. — Одесса: Астропринт, 2010. — 16 с.
 26. *Ермолаева М.* Практическая психология старости / М. Ермолаева. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 320 с. — (Серия “Как стать психологом”).
 27. *Емельянова Е. В.* Женщины в беде. Программа работы с жертвами домашнего насилия “достоинство любви” / Е. В. Емельянова. — СПб.: Речь, 2008. — 212 с.
 28. *Если у близкого Вам человека обнаружили рак?* / К. Каррер, К. Ярыныч, В. Тарасов, А. Курков. — К., 2011. — 40 с.
 29. *Здравомыслов В. И.* Функциональная женская сексопатология / В. И. Здравомыслов, З. Е. Анисимова, С. С. Либих. — Алма-Ата: Казахстан, 1985. — 272 с.
 30. *Інтеграційний літній табір: простір розвитку дітей з аутизмом: навч.-метод. посіб.* / Т. В. Скрипник, Г. М. Хворова, Г. Г. Смоляр, К. Ю. Абрамченко. — К.: ПВП “За друга”, 2007. — 96 с.
 31. *Клиническая психология: учебник* / под ред. Б. Д. Карварсарского. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с. — (Серия “Золотой фонд психотерапии”).
 32. *Клиническая психология и психофизиология: учеб. пособие* / под ред. Г. М. Яковлева. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. — 296 с.
 33. *Краткий психологический словарь* / сост. Л. А. Карпенко; под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М.: Политиздат, 1985. — 431 с.
 34. *Клейн В. М.* Прогноз психічної адаптації і функціональна асиметрія мозку в умовах емоційно напруженої і соціально відповідальної діяльності: автореф. на здоб. вченого ступ. канд. мед. наук / В. М. Клейн. — К., 1993. — 24 с.
 35. *Константинов В. Е.* Хронический бронхит: лечение и профилактика / В. Е. Константинов. — К.: Юниверс, 1999. — 15 с.

36. *Леви В. Л.* Искусство быть собой / В. Л. Леви. — Изд. обновл. — М.: Знание, 1991. — 256 с.
37. *Латеральность* населения СССР в конце 70-х и начале 80-х годов. К истории латеральной нейропсихологии и нейропсихиатрии / ред.-сост. А. П. Чуприков, В. Д. Мишиев. — Донецк: Издатель А. Ю. Заславский, 2010. — 192 с.
38. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. Р. Лурия. — М.: Издат. центр “Академия”, 2002. — 384 с.
39. *Максимова Н. Ю.* Основы детской патопсихологии: учеб. пособие / Н. Ю. Максимова, Е. Л. Милютина, В. М. Пискун. — К.: НПЦ “Перспектива”, 1999. — 432 с.
40. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие / В. Д. Менделевич. — [5-е изд.]. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 432 с.
41. *Менжулин В.* Расколдовывая Юнга: от апологетике к критике / В. Менжулин. — К.: Сфера, 2002. — 207 с.
42. *Мисюк Н. С.* Нервные болезни. — Ч. 1. Основы топической диагностики: учеб. для мед. ин-тов / Н. С. Мисюк, А. М. Гурленя. — Минск: Высшейш. шк., 1984. — 207 с.
43. *Михеев В. В.* Нервные болезни / В. В. Михеев. — М.: Медицина, 1966. — 437 с.
44. *Никитин Ю. И.* Нервно-психические заболевания при алкоголизме / Ю. И. Никитин. — К.: Здоровья, 1986. — 40 с. — (Советы врача).
45. *Никитин Ю. И.* Профилактика и лечение алкоголизма / Ю. И. Никитин. — К.: Здоровья, 1990. — 168 с.
46. *О’Брайен Б.* Необыкновенное путешествие в безумие и обратно: Операторы и Вещи / Б. О’Брайен; [пер. с англ. Т. К. Кругловой]. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1996. — 144 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
47. *Обухов Я. Л.* Символдрама и современный психоанализ: сб. ст. / Я. Л. Обухов. — Харьков: Регион-информ, 1999. — 252 с.

48. *Пезешкиан Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан; пер. с нем. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.
49. *Пезешкиан Н.* 33 — и одна форма партнерства / Н. Пезешкиан; пер. с нем. — М.: Медицина, 1998. — 288 с.
50. *Пекелис В. Д.* Твои возможности, человек! / В. Д. Пекелис. — М.: Знание, 1974. — 208 с. — (Серия “Наука и прогресс”).
51. *Платонов К. К.* Психология: учеб. для индустриально-пед. техникумов / К. К. Платонов, Г. Г. Голубев. — М.: Высш. шк., 1973. — 256 с.
52. *Признание* голосов / М. Ромм, С. Эшер; пер с англ. — К.: Сфера, 1998. — 282 с.
53. *Простір* арт-терапії: можливості та перспективи: зб. наук. ст. / за наук. ред. А. П. Чуприкова, О. А. Бреусенка-Кузнецова, О. Л. Вознесенської. — К.: КИТ, 2005. — 114 с.
54. *Психіатрія* / О. К. Напреєнко, І. Й. Влох, О. З. Голубков; за ред. проф. О. К. Напреєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — 584 с.
55. *Правда* про алкогольно-тютюновий геноцид / уклад. О. А. Почекета; пер.: Д. І. Бачурського, О. А. Почекета. — К., 2008. — 64 с.
56. *Роджерс К. Р.* Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография / К. Р. Роджерс. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 464 с. — (Серия “Психологическая коллекция”).
57. *Рустанович А. В.* Клиническая психиатрия (в схемах, таблицах и рисунках) / А. В. Рустанович, В. К. Шамрей. — СПб.: ЭЛБИ-СПБ, 2001. — 203 с.
58. *Слободяник А. П.* Психотерапия, внушение, гипноз / А. П. Слободяник. — К.: Здоровья, 1977. — 480 с.
59. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. — М.: Медицина, 1974. — 318 с.
60. *Сучасний світ і незрячі: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., ч. II (25.11. — 26.11.2004 р., м. Луцьк).* — К., 2005. — 160 с.

61. *Симуляция* психических расстройств и ее распознавание при судебно-психиатрической экспертизе: метод. рекомендации / сост. В. Е. Пелипас; под. рук. Б. В. Шостаковича. — М., 1983. — 26 с.
62. *Таланчук П. М.* Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі / П. М. Таланчук, К. О. Кольченко, Г. Ф. Ніколіна. — К.: Соцінформ, 2004. — 128 с.
63. *Титаренко Ю. А.* Психологический стресс и стресс-анализ / Ю. А. Титаренко, Е. Г. Чуприкова, А. П. Чуприков. — К., 2005. — 73 с.
64. *Триумфов А. В.* Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А. В. Триумфов. — М.: Медицина, 1974. — 246 с.
65. *Тылевич И. М.* Руководство по медицинской психологии / И. М. Тылевич, А. Я. Немцева. — Л.: Медицина, 1980. — 224 с.
66. *Тщательно* взвешенный прием лекарственных средств: Информация для психиатрических пациентов о лекарственных средствах, применяемых в психиатрии / П. Фейн, В. Марсхалкерверд, Э. Дик и др.; пер с гол. — К.: Сфера, 1999. — 124 с. — (Вовлечение потребителей и членов их семей в систему охраны психического здоровья).
67. *Требования* биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями: сб. ст. / под рук. Ф. Бриссе-Виньо, при участии Б. Ажшенбом-Бофти; пер с фр. — К.: Сфера, 1999. — 248 с.
68. *Хатфилд А. Б.* Как выживать с психическим заболеванием / А. Б. Хатфилд, Г. П. Лефли; под общ. ред. О. Абессоновой; [пер. с англ. А. Б. Хатфилд, Г. П. Лефли]. — К.: Сфера, 2002. — 299 с.
69. *Хомская Е. Д.* Нейропсихология / Е. Д. Хомская. — [4-е изд.] — СПб.: Питер, 2005. — 496 с. — (Серия “Классический университетский учебник”).
70. *XIV съезд* психиатров России: Отчет о зарубежной командировке проф., д-ра мед. наук А. П. Чуприкова. — К., 2005. — 31 с.

71. *Цапенко А. И., Шанаева Д. М.* Семья и психическая болезнь: психологические проблемы и пути их решения / А. И. Цапенко, Д. М. Шанаева; под ред. В. С. Ястребова. — [2-е изд. перераб.]. — М.: МАКС Пресс, 2008. — 64 с.
72. *Частная сексопатология (Руководство для врачей)* / под ред. Г. В. Васильченко — Т. 2. — М.: Медицина, 1983. — 352 с.
73. *Чуприков А. П., Волков Е. А.* Мир леворуких / А. П. Чуприков, Е. А. Волков. — К., 2008. — 88 с.
74. *Чуприков А. П.* Латеральная терапия / А. П. Чуприков, А. Н. Линева, И. А. Марценковский. — К.: Здоровья, 1994. — 176 с.
75. *Чуприков А. П.* Общая и криминальная сексология: учеб. пособие / А. П. Чуприков, Б. М. Цуприк. — К.: МАУП, 2002. — 248 с.
76. *Шарон Меркато.* Люди розбитих надій. Моя сповідь про шизофренію / Шарон Меркато. — К.: Благодійне т-во “Надія”. Асоціація психіатрів України, 1994. — 55 с.
77. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. — Л.: Медицина, 1989. — 192 с.
78. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. — СПб.: Питер, 20001. — 656 с. — (Серия “Национальная медицинская библиотека”).
79. *Юрьева Л. М.* История. Культура. Психические и поведенческие расстройства / Л. М. Юрьева. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.
80. *Якщо у близької Вам людини виявили рак?* / К. Каррер, К. Яринич, В. Тарасов, А. Курков. — К., 2011. — 40 с.

Висвітлено питання формування сучасної клінічної психології. Розглянуто фундаментальні поняття виявів психічної патології, основні паталогічні симптоми й синдроми психічних розладів, порушення психіки при соматичних захворюваннях, загальне уявлення про психосоматичну медицину. Викладено проблеми, пов'язані з особливостями психосоматичних пацієнтів та можливості психологічної допомоги в структурі комплексного лікування.

Для студентів вищих навчальних закладів.

Навчальне видання

ФЕДОСОВА Людмила Олексіївна

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Редактор *Т. М. Коліна*

Коректор *А. А. Тютюнник*

Комп'ютерне верстання *Н. В. Коваленко*

Художнє оформлення *О. О. Стеценко*

Піди. до друку 28.11.2012. Формат 60×84/16. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 14,30. Обл.-вид. арк. 11,37. Наклад 1000 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

ДП «Видавничий дім «Персонал»

03039 Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. XX

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.2008 р.*

Надруковано в друкарні ДП «Видавничий дім «Персонал»