МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

**Медична психологія**

Навчальний посібник

Для самопідготовки студентів

1963

**За редакцією професора**

**В. А. Абрамова**

Донецьк

«Каштан»

2008

ББК

До

УДК

Автори: проф. Абрамов; доц. Т.л. Ряполова; доц. А.К. Бурцев; доц. С.Г. Пирків;

доц. Є.М. Вигєвська; к.м.н. А.Ю. Васильєва; к.м.н. О.І. Осокіна; ас.

Є.М. Денисів.

Рецензенти: І.Д. Спірину; д.м.н., проф. І.А. Бабюк, д.м.н., проф. О.М. Скрипників;

Медична психологія: Навчальний посібник / Абрамов В.А., Бурцев О.К., Ряполова Т.Л. та ін; За ред. Проф. В.А. Абрамова. - Донецьк: Каштан, 2008. – 196 с

 ISBN

Навчальний посібник складено на основі затвердженої Міністерством охорони здоров'я України програми навчальної дисципліни «Медична психологія» та призначена для студентів вищих медичних навчальних закладів ІІІ – ІV рівнів акредитації. Посібник розрахований для керованої самопідготовки студентів, які навчаються за спеціальностями «лікувальна справа», «педіатрія», «медико-профілактична справа».

ISBN © Колектив авторів, 2008

Зміст

Введення …..………………………………………………………………………………....4

Розділ 1. Предмет, завдання та методи дослідження у медичній психології.

Поняття про психічне здоров'я ………………………………………………5

Розділ 2. Особистість та хвороба. Внутрішня картина хвороби …………………………..25

Розділ 3. Стан психічних функцій та хвороба ………………………………….47

Розділ 4. Психологія медичних працівників ………………………………………...72

Розділ 5. Психологія лікувально-діагностичного процесу ……………………………93

Розділ 6. Психосоматичні розлади ……………………………………………123

Розділ 7. Психологічні особливості хворих з різними захворюваннями ... 156

Розділ 8. Психологічні аспекти залежної, суїцидальної поведінки,

Танатології та евтаназії ……………………………………………………...180

Розділ 9. Психогігієна, психопрофілактика, психотерапія …………………………227

Додаток 1 …………………………………………………………………………………271

Додаток 2 …………………………………………………………………………………275

Додаток 3 …………………………………………………………………………………297

Додаток 4 …………………………………………………………………………………298

Додаток 5 …………………………………………………………………………………299

Додаток 6 …………………………………………………………………………………300

Додаток 7 …………………………………………………………………………………301

Додаток 8 …………………………………………………………………………………302

Додаток 9 …………………………………………………………………………………303

Додаток 10 ………………………………………………………………………………..304

Додаток 11………………………………………………………………………………...306

**Вступ**

Навчальний посібник з медичної психології написано з урахуванням програми навчальної дисципліни «Медична психологія» для студентів вищих медичних навчальних закладів ІІ – ІV рівнів акредитації зі спеціальностей:

7.110101 «Лікувальна справа»

7.110104 «Педіатрія»

7.110105 "Медико-профілактична справа"

Зміст навчання відповідає навчально-кваліфікаційній характеристиці та навчально-професійній програмі підготовки фахівців, затверджених наказом МОЗ України № 239 від 16.04.03, а також:

А) ґрунтується на вивченні студентами основ загальної психології, анатомії та фізіології людини, патоморфології та патфізіології, деонтології в медицині та інтегрується з цими дисциплінами

Б) Закладає основи вивчення студентами психіатрії, наркології та інших клінічних дисциплін, що передбачає інтеграцію із цими дисциплінами

В) Забезпечує формування умінь застосовувати знання з медичної психології у процесі подальшого навчання та у професійній діяльності;

Г) Закладає основи пізнання лікарем психології хворої людини, формування здорового способу життя та профілактики порушення психічних функцій у процесі життєдіяльності та при різних захворюваннях.

Навчальний посібник використовується для організації навчального процесу за кредитно-модульною системою відповідно до вимог Болонського процесу.

Навчальна інформація, подана у навчальному посібнику, забезпечує досягнення кінцевих цілей навчання:

- демонструвати володіння принципами медичної деонтології,

- Використовувати засоби психогігієни, психопрофілактики та основні методи психотерапії у медичній практиці

- Визначати психосоматичні та соматопсихічні взаємовпливи у хворих

- Визначати психічний стан та рівень соціально-психологічної адаптації хворих за допомогою методів психологічного дослідження

- демонструвати вміння спілкуватися з колегами, хворими та їхнім родичам з урахуванням їх психологічних особливостей, сприяти створенню здорового психологічного клімату у медичному середовищі

 **Предмет завдання та методи дослідження медичної психології. Поняття про психічне здоров'я .**

Актуальність теми : Прогрес медицини, що супроводжується появою складних ефективних методів дослідження та терапії, має і тіньову сторону. Все виразніше проявляється тенденція до вузької спеціалізації лікарів, вся увага яких прикута до результатів технічно складних інструментальних методів діагностики та лікування, а особливості функціонування цілісного організму, своєрідність особистості хворого, його психічний стан та вплив їх на характер та динаміку захворювання враховуються недостатньо. Для подолання цього негативного явища майбутньому лікарю необхідно опанувати основи психологічних знань, вивчити психологію хворого, набути навички психотерапевтичного на нього.

 Психіку можна визначити, як властивість високоорганізованих живих істот активно відбивати навколишню дійсність. Як наука, психологія вивчає відображення людиною об'єктивної дійсності у вигляді психічних процесів, станів та властивостей. Вона розкриває сутність психічної діяльності, різні її прояви, закономірності і механізми.

 Зростає інтерес до психологічних досліджень та значення впровадження психологічних технологій у галузі діяльності, що характеризуються постійною взаємодією людини з іншими людьми.

 До таких областей, безперечно, відноситься і медицина. У найближчому майбутньому та у більш віддаленій перспективі, подальший прогрес медицини у напрямку підвищення якості життя пацієнтів переважно пов'язаний з максимальною індивідуалізацією підходу до діагностики та лікування кожного окремого пацієнта, реалізації принципу «лікувати не хворобу, а хворого».

**Загальна мета навчання:** Вміти визначати предмет, цілі та завдання медичної психології, її методи та критерії психічного здоров'я.

|  |  |
| --- | --- |
|  Конкретні цілі: вміти | Цілі вихідного рівня: вміти |
| 1. визначати місце психології серед інших психологічних дисциплін; | 1. визначати анатомічний субстрат вищих психічних функцій (кафедра нормальної анатомії); |
| 2. визначати предмет та завдання медичної психології; | 2. визначати основні психофізіологічні поняття (кафедра нормальної фізіології); |
| 3. визначати показання до основних методів дослідження у медичній психології | 3. визначення предмета загальної психології, психічних процесів, станів та властивостей (курс загальної психології); |
| 4. критерії здоров'я; |  |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонується виконати такі завдання:

Завдання №1. Медіальне колінчасте тіло є частиною :

А) слухового аналізатора

B ) зорового аналізатора

C ) шкірно-кінестетичного аналізатора

D ) лімбічної системи

Е) пірамідного шляху

Завдання №2. «Динамічна саморегулююча організація, всі складові елементи якої взаємодіють для отримання корисного для організму пристосувального результату» - це:

А) функціональна система по П.К.Анохіну

B ) принцип домінанти А.А. Ухтомського

C ) принцип «загального кінцевого шляху» Ч.С.Шеррінгтона

D ) концепція «фізіології активності» Н.А.Бернштейна

Е) принцип гомеостазу У. Кеннона

Завдання №3. Цілісне відображення предметів, ситуацій та подій, що виникає при безпосередньому впливі фізичних подразників на рецепторні поверхні органів чуття - це:

А) сприйняття

B ) відчуття

C ) подання

D ) спогад

Е) уява

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. - До., 1996, стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. - М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

 ЗМІСТ НАВЧАННЯ

Граф логічної структури теми «Предмет завдання та методи дослідження медичної психології. Поняття про психічне здоров'я представлено на наступній сторінці.

Нині психологія є розгалуженою системою наукових дисциплін, основу якої становить загальна психологія.

Загальна психологія вивчає загальні закономірності виникнення, розвитку та прояви психіки, виявляє основні особливості психічної діяльності, що використовуються у людській практиці.

Зараз неможливо уявити якусь сферу діяльності, де активно не застосовувалися б психологічні знання. У зв'язку з цим інтенсивно розвиваються та функціонують такі прикладні психологічні дисципліни, як соціальна, педагогічна, юридична, пенітенціарна, військова, інженерна, а також медична психологія.

 **Медична психологія** вивчає особливості спілкування медичних працівників і хворих, психіку людини, яка страждає на соматичні або психічні розлади, а також психологічні засоби впливу на людину з метою профілактики та лікування різних захворювань (психогігієна, психопрофілактика, основи психотерапії).

Предметом медичної психології є різноманітні особливості психіки хворого та їх вплив на здоров'я та хворобу, а також забезпечення оптимальної системи позитивних психологічних впливів з урахуванням усіх обставин, що супроводжують обстеження та лікування хворого , зокрема, у системі взаємовідносин лікар-медпрацівник-пацієнт.

Об'єкт медичної психології – людина з труднощами адаптації та самореалізації, пов'язаними з його фізичним, соціальним та духовним станом.

Метою медичної психології є підвищення психічних ресурсів та адаптаційних можливостей людини, гармонізація психічного розвитку, охорона здоров'я, профілактика та подолання недуг, психологічна реабілітація.

До завдань медичної психології входять:

- діагностика психічних процесів, станів, особистісних властивостей пацієнтів різного профілю, і навіть вивчення психосоціальних показників різних аспектів медичної діяльності;

- розробка нових психодіагностичних підходів та методик;

- участь у здійсненні різноманітних експертної діяльності

(Медико-соціальної, військової, судової та ін).

- розробка та проведення корекційних, профілактичних, реабілітаційних та консультативних заходів для осіб з різними проблемами у галузі соматичного та психічного здоров'я;

- профілактика та корекція професійних оберацій та деструкцій, оптимізація професійного розвитку особистості працівника медичної сфери;

- участь у розробці психогігієнічних рекомендацій та заходів первинної психопрофілактики соматичних та нервово-психічних розладів.

Клінічна (медична) психологія найтіснішим чином пов'язана з усіма клінічнимидисциплінамита знання її основ має бути однією з найважливіших складових у професійній підготовці лікаря

Клінічна (медична) психологія, не підмінюючи собою психіатрію, проте тісно пов'язана з нею, насамперед із такими розділами, як прикордонні психічні розлади та загальна психопатологія. При цьому, незважаючи на велику зону спільних інтересів та взаємозв'язок клінічної психології та психіатрії, кожна дисципліна має свої завдання, методи дослідження, якоюсь мірою — свої поняття та термінологія.

Без знання та використання основ медичної психології, що розкриває психологічні особливості та можливі зміни психіки людей, включених у лікувально-діагностичний процес (пацієнтів та медичних працівників), неможливий справді лікарський рівень надання медичної допомоги, навіть при досконалому володінні навичками та капітальному засвоєнні теоретичних основ обраної медичної спеціальності.

**Місце клінічної психології серед інших дисциплін**

Клінічна психологія має власний предмет дослідження і є певною мірою самостійним розділом як психологічних, і медичних знань. Вона тісно пов'язана з цілями та завданнями практичної медицини. Без такого зв'язку вона не лише безпорадна, а й неприйнятна. Зміст клінічної психології стає дієвим лише за умови її взаємодії з усіма галузями медичних знань взагалі та з кожним конкретним розділом медицини зокрема. Вивчення клінічної психології неможливе без знання основ клінічної медицини *,* а також суміжних дисциплін, наприклад, анатомії, загальної патології, гігієни та ін.

У свою чергу кожен приватний розділ медичної практики, позбавлений властивих йому медико-психологічних аспектів, залишається в рамках лише медичного практикизму, що виключає цілісне сприйняття хворого, розуміння його індивідуальних особистісних проблем, пов'язаних із захворюванням, і несприятливо відбивається на лікувально-діагностичному процесі. Володіння основами клінічної психології - одна з обов'язкових умов обстеження та лікування хворого на лікарському, а не фельдшерському рівні.

Поряд з цим, клінічна психологія ніколи не втрачає зв'язку з спорідненими їй іншими психологічними та суспільними дисциплінами — загальною психологією, соціологією, етикою та ін. сфери людини у межах індивідуально-психологічної норми. Для цього йому необхідно мати уявлення про найчастіше зустрічаються і доступні методи психологічної діагностики.

Реагування хворого на хворобу далеко не завжди обмежується нормальними психічними проявами у всіх їх варіаціях. Нерідко реакції мають психопатологічний характер. Медична психологія допомагає визначити психічні порушення, що найчастіше зустрічаються при соматичних захворюваннях, та визначити вплив психічних факторів на виникнення та динаміку зазначених станів та реакцій.

Дуже важливими розділами клінічної (медичної) психології є *психогігієна, психопрофілактика, психологічне консультування та методи експериментально-психологічної оцінки психічного стану хворого, психокорекція* та *психотерапія,* що забезпечують попередження та усунення психічних розладів у хворого.

З основних проблем психогігієни, з клінічної точки зору, особливе значення мають:

* психологія медико-генетичного консультування;
* психогігієни сім'ї, і в першу чергу тій. у складі якої
є особи з несприятливо поточними захворюваннями ;
* психогігієна в кризові періоди життя людини, включаючи
пубертатний та кліматичний періоди;
* психогігієна шлюбу та статевого життя;
* психогігієна навчання, виховання та праці медичних працівників
;
* психогігієна режиму лікувальних закладів:

• психогігієна взаємовідносин лікаря та хворого.
Приватна клінічна психологія розкриває основні аспекти

психології лікарської діяльності при спілкуванні з хворими, які страждають на певні хвороби. Основну увагу при цьому звертають на:

• особливості психології хворого з прикордонними формами
психічних розладів, які фактично є об'єктом
діяльності лікаря будь-якої спеціальності;

* особливості психології хворих, які страждають на різні
захворювання внутрішніх органів (серцево-судинні, легеневі
, шлунково-кишкові, інфекційні , ендокринологічні
, неврологічні );
* психологію хворих хірургічного профілю на етапах підготовки
, проведення хірургічних втручань та у післяопераційному
періоді (у тому числі онкологічних хворих, хворих на травми та опікову хворобу, урологічних
хворих);
* особливості клінічної психології в акушерстві та гінекології
;
* психологію хворих з дефектами тіла, органів чуття та
аномаліями розвитку (сліпота, глухота, глухонімота та ін.);
* клінічну психологію у педіатрії;
* проблеми психічного здоров'я та психологічні аспекти
роботи з хворими, які мають виражену психічну
патологію, страждають на психічні захворювання , алкоголізм
, наркоманіями.

**Коротка історія розвитку медичної (клінічної) психології**

Медична психологія як самостійний науковий напрямок сформувалася лише у XX столітті, та її витоки сягають глибокої давнини.

Мислителі Стародавнього Риму сформулювали загальнолюдські погляди на відносини між людьми. Цицерону належать слова: «Існують два першооснови справедливості: нікому не шкодити і приносити користь суспільству». Ці слова представляють одну з основних заповідей сучасного лікування.

Лікарі Стародавнього Єгиптупри обстеженні хворих велике значення надавали анамнестичним даним та душевному стану пацієнта; у цьому можна розглянути зачатки медико-психологічного та психогігієнічного підходів. У донаукову епоху практикувався магічний вплив на людину, в тому числі і на хворого, словом, мімікою, пантомімічним дійством з метою навіювання (сугестії). У реліктових єгипетських папірусах виявлено тексти цілющих заклинань від ста різних захворювань.

Звід законів Хаммурапі (Месопотамія,бл. 2000 років до н.е.) включав положення про медичну етику. Діяльність лікаря цінувалася дуже високо, а лікарська етика підтримувалася не лише значними розмірами винагороди, а й системою покарань, яким піддавали лікарів, які вчинили провини або виявили невігластво. Вже цей період було сформульовано закони, створені задля охорону здоров'я, тобто, власне справи, що регламентують гігієнічні, зокрема і психогігієнічні, основи оздоровлення населення.

Традиційна медицина Сходу велику увагу приділяла взаєминам душі та тіла, створивши тим самим основу сучасної психосоматичної медицини.

Найбільшим медиком та філософом Стародавньої Греції був Гіппократ, якого справедливо називають батьком медицини. Він першим описав типологію темпераментів людини, заклав основи медичної етики та деонтології (знаменита «клятва Гіппократа» залишається основою професійної присяги медиків у всьому світі).

В епоху переважання емпіричного підходу в медицині (період Середньовіччя та Відродження) у працях найбільш чудових лікарів цього часу (Авіценни, Маймоніда, Агрипи Нестгеймського та ін.) нерідко акцентується на психологічних витоках багатьох хвороб, особливостях особистості пацієнтів.

Період Нової історії знаменувався переважанням позитивістських філософських концепцій у всіх природничих науках та медицині. При цьому психологічні феномени спрощено розглядалися через призму вульгарно-матеріалістичного підходу, що зводив психологію виключно до фізіологічних трактувань.

На початку ХХ століття своєрідною реакцією на засилля анатомо-фізіологічного розуміння як здорової, так і хворої психіки стало виникнення психоаналізу З.Фрейда, «індивідуальної психології» А.Адлера, «аналітичної психології» К.-Г. Юнга, «екзистенційного аналізу» Л. Бінсвангера та інших напрямів клінічної психології, що визначають її сучасний вигляд.

Вітчизняна медицина протягом усього свого існування була носієм психологічного підходу до розуміння етіології, патогенезу та клініки як соматичних, так і нервово-психічних захворювань (М.Я. Мудров, Г.А. Захар'їн, С.П. Боткін, С.С. Корсаков та ін). В.М. Бехтерєв, видатний невролог та психіатр, заклав основи вітчизняної школи медичної (клінічної) психології. В 1885 він заснував одну з перших у світі експериментально-психологічних лабораторій при клініці. Надалі його учні та послідовники – співробітники Науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В.М.Бехтерєва у Санкт-Петербурзі В.М. Мясищев, М.М. Кабанов, А.Є. Лічко, Б.Д. Карвасарський стали ключовими постатями у розвитку радянської клінічної психології. Сучасні концепції етіології та патогенезу неврозів, їх лікування методом особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії, вчення про акцентуації характеру у підлітків, основні принципи медико-психологічної реабілітації, інтегративний підхід у вивченні внутрішньої картини хвороби – ось далеко не повний перелік.

Важко переоцінити внесок Л.С. Виготського у формування та розвитку всіх напрямів вітчизняної психології, включаючи клінічну; його концепції формування психіки, структурно-функціональних співвідношень вищих психічних функцій, послужили основою розвитку багатьох напрямів сучасної клінічної психології. А.Р. Лурія, П.К. Анохін, Н.П. Бехтерєва та ін. створили теорію системної динамічної локалізації психічних функцій, що стала основою нейропсихології, що перетворилася з розділу клінічної психології на самостійну нову галузь психологічної науки. Н.А. Бернштейн сформулював положення про існування моделей потребного майбутнього в організації рухів; використання цієї моделі дозволило створити ефективні прийоми відновлення порушень функцій під час лікування та реабілітації поранених у період Великої Вітчизняної війни. Б.В. Зейгарник виступила засновником патопсихології, як особливої галузі психологічної науки та медичної психології зокрема.

В Україні великий внесок у розвиток клінічної психології, патопсихології зробили Л.І. Завілянська, В.М. Блейхер, І.В. Крук. В даний час подальшому розвитку вітчизняної медичної психології, психодіагностики, психокорекції та психотерапії служить наукова діяльність Л.Ф. Бурлачука та його співробітників.

 **Методи психологічного дослідження .**

Для визначення психологічних особливостей пацієнта та наявних у нього психічних змін, у тому числі патологічного характеру, у загальномедичній практиці використовується насамперед клінічний метод, основою якого є спостереження та цілеспрямована психологічна бесіда.

Зазначений метод у психології розроблений школою Ж.Піаже на основі методу психіатричного обстеження, яким Піаже спочатку опанував клініку Е.Блейлера. У вітчизняній психології, переважно у патопсихології, послідовниками Піаже у використанні клінічного методу були Л.С.Вигодський Б.В.Зейгарник.

Основою методу є клінічна розмова, що дозволяє вивчити як зовнішні ознаки, структуру і змістом психічних проявів, а й зрозуміти генез багатьох, намітити методи корекції виявлених порушень. Психологи образно називають метод клінічної розмови розумовою «перкусією» та «аускультацією». За допомогою цього можна обстежити і психічно здорових людей, що дозволяє виявити уявну патологію (індуковані, симулятивні порушення).

Проведення клінічної бесіди пов'язане лікаря з низкою труднощів. Одна з головних труднощів і одночасно нестача клінічної бесіди полягає в спокусі лікаря або клінічного психолога повісті пацієнта за собою, опосередковано своїми питаннями та коментарями навіяти йому ті чи інші власні думки, що стосуються окремих його психічних проявів, психічного стану в цілому, можливих причин, що викликали ці прояви та стан.

Клінічна розмова немає строго структурованої схеми, вона завжди індивідуальна. Лікар повинен мати лише загальний план розмови, який може змінюватись залежно від особливостей контакту з пацієнтом, його відповідей. Розмова зазвичай включає вислуховування скарг пацієнта, збирання анамнестичних відомостей, спостереження за ним, формулювання первинної гіпотези наявних розладів або висновок про їх відсутність, пояснення майбутніх діагностичних та лікувальних заходів. У розмові мають задаватися як прямі питання, а й опосередковані (прожективні), питання загального характеру. Існують моменти, що стосуються особистого (інтимного) життя пацієнта, стану його здоров'я, прогнозу, про які не можна відразу питати прямо, щоб не завдати моральної чи психічної травми пацієнтові і щоб він не уникнув відповіді. Треба зуміти у процесі розмови підвести його до значних і болючих йому питань, щоб він заговорив про них сам або погодився обговорювати актуальну тему з ініціативи лікаря, відповідаючи на питання останнього.

Лікареві важливо в процесі бесіди постаратися поєднати два, на перший погляд, взаємовиключні моменти: дати свободу пацієнту у висловленні своїх переживань, своєї думки з питань, що стосуються стану його здоров'я, в тому числі психічного, і при цьому вміло спрямовувати бесіду, щоб не упустити нічого важливого.

У розмові має значення як вербальне (мовленнєве) спілкування, а й мімічне. Лікар повинен вловлювати вираз очей пацієнта, його мімічні реакції, які часто бувають дуже промовистими та досить інформативними. При цьому він має певною мірою контролювати свою міміку. Однаково негативно можуть сприйматися пацієнтом як відсутність емоційних і мімічних реакцій у лікаря (маска відчуженості чи байдужості), і надмірно бурхливі реакції, чи це обурення, здивування, захоплення, які завжди доречні, котрий іноді просто неприпустимі. Під час бесіди лікар має бути доброзичливим, але водночас зберігати необхідну дистанцію.

Грамотно побудована клінічна бесіда, окрім отримання необхідних відомостей про пацієнта, оцінки його загального та психічного стану, особистісних якостей, несе у собі потужний психотерапевтичний потенціал та визначає ефективність подальших взаємин лікаря та хворого.

Бесіда лікаря з пацієнтом (останнім часом її часто називають медичним інтерв'ю) зазвичай починається з вітання, яке має відповідати віку, статі, соціальному статусу пацієнта та підкріплюватися невербальними знаками уваги та поваги – рукостисканням, кивком голови, посмішкою тощо. При першій зустрічі з пацієнтом необхідно представитися йому.

У процесі розмови з хворим лікар повинен отримати відомості, які стосуються історії життя та захворювання (анамнез), вислухати скарги хворого, щоб попередньо оцінити характер хворобливого стану. Починати розмову доцільно із загальних питань. Слід, особливо при з'ясуванні скарг хворого, уникати сугестивних (що підказують, що відповідають) питань типу «У Вас буває...», особливо якщо пацієнт підвищено вселяємо, схильний до іпохондрії або виявляє тенденції до аггравації або симуляції. Незважаючи на дефіцит часу, який часто заважає всебічному вивченню лікарем пацієнта, необхідно дати останньому можливість самому сформулювати свої скарги та описати розвиток хвороби. При зборі анамнезу можливі дві крайності: некерований монолог хворого чи обмеження лікарем його висловлювань (він може розповісти те, що вважає важливим). У першому випадку лікар втрачає багато часу і не отримує при цьому потрібної інформації, у другому — хворий залишається незадоволеним, оскільки його не вислухали.

Розмова має бути керованою. Однак спочатку слід дати хворому деякий час для вільного викладу своїх проблем. За цей час лікар зможе вже скласти приблизне враження про характер, інтелект та культурний рівень людини. Далі слід спрямовувати розмову у потрібне русло щоб одержати необхідних відомостей. Лікар повинен вміти тактовно та вчасно переривати багатослівного пацієнта, ставити уточнюючі питання. При цьому не слід зловживати медичною термінологією. Щоб тональність і форма розмови йшли у потрібному ключі, необхідно вміти слухати пацієнта, демонструючи свою увагу до його висловлювань мімікою, кивком голови, короткими фразами. Вираз особи, тембр та сила голосу лікаря повинні змінюватися відповідно до емоційного стану хворого та змісту розмови.

При психологічній оцінці скарг слід враховувати манеру та послідовність їх викладу. Має значення те, як висуваються скарги: з боязкістю, незручністю, сором'язливістю, тривожною напруженістю або, навпаки, спокійно, відкрито, надмірно «оголено». Якщо скарги хворого не відповідають уявленню лікаря про його стан, треба шукати причини цього. Важливо, як хворий їх інтерпретує, чим більше акцентує увагу. Під час вислуховування та оцінки скарг з'ясовується, як хворий реагує на свої патологічні відчуття. Виходячи з цього лікар може скласти уявлення про особливості внутрішньої картини хвороби і таким чином з'ясувати, як хворий розуміє, переживає свою хворобу: адекватно, недооцінює, перебільшує, сприймає як загрозу життю і т.д.

Оцінюючи анамнестичних відомостей важливо враховувати спадковість хворого. Слід з'ясувати особливості соціального середовища, в якому перебував хворий протягом життя, погляди на хвороби, що існували в ньому. В одних сім'ях хворобами часто нехтують, в інших їм приділяється особлива увага. У разі легше формуються патологічні реакції особистості хворобу.

Результати вивчення анамнезу життя та хвороби доповнюються обстеженням пацієнта. При огляді, крім спеціальних методів, що дозволяють виявляти соматичну патологію, важливе значення має спостереження хворих. Оцінюють поведінку, висловлювання щодо хвороби, які дозволяють судити про його психічний стан і ставлення до захворювання.

Визначаючи психологічні особливості хворого, лікар насамперед оцінює його інтелект, емоційно-вольові якості та поведінку. Про інтелект судять зокрема за вмінням оперувати наявною інформацією, за здатністю логічно викладати свої думки, дотримуватися послідовності у судженнях. Слід звертати увагу на відсутність системи у викладі будь-якої інформації, поверхневий аналіз фактів, необґрунтовані висновки. Оцінка інтелекту дозволяє визначити здатність пацієнта до интрапсихической переробки хворобливих проявів, тобто. до їх тлумачення та створення власної концепції хвороби. Уявлення про емоційно-вольові якості пацієнта складаються з оцінки переважаючого фону настрою, його стабільності; мають значення схильність до песимізму, сльозливість, дратівливість, імпульсивні дії чи, навпаки, оптимізм, спокій. Емоційний стан хворого знаходить відображення у вегетативних реакціях (вазомоторні реакції, наявність або відсутність загального та дистального гіпергідрозу, стійкість чи лабільність пульсу та ін.). Ставлення хворого на захворювання, як зазначалося, значною мірою проявляється у його поведінці, зокрема у реагуванні на пропозиції щодо проведення складних діагностичних досліджень, оперативних втручань тощо.

Обстеження не слід супроводжувати коментарями діагностичного характеру, особливо з використанням медичних термінів та сленгів. Справжнє ставлення до хвороби дозволяє виявити також спостереження за хворим під час перебування в лікувальному закладі. Аналізуються переживання, якими він ділиться з лікарем, медперсоналом, родичами, окремі вчинки та поведінка загалом. Постійно уточнюється психологічний стан хворого, чому допомагають регулярні бесіди з його рідними та близькими, дані клінічного спостереження. Звертається увага на міміку, жестикуляцію, манеру триматися, відповідати на запитання. З'ясовується, як він дотримується режиму, які його взаємини із сусідами по палаті та персоналом, як бере участь у житті відділення. Вивчається ставлення до ситуації, що склалася внаслідок захворювання. Воно може бути гіперболізованим з акцентом на тих симптомах або наслідках захворювання, які звужують професійно-трудові та інші можливості або ведуть до їхньої втрати. Психологічна криза, пов'язана із хворобою, може стати причиною появи суїцидальних тенденцій у поведінці хворого.

**Методи експериментально-психологічного дослідження**

У роботі лікаря загальної практики основним, безумовно, є клінічний метод, що включає бесіду з хворим (клінічне інтерв'ю), а також спостереження за ним протягом усього лікувально-діагностичного ­процесу. Однак, щоб краще орієнтуватися в питаннях діагностики та надання допомоги хворим з психологічними проблемами, психічними розладами, психосоматичними та іншими порушеннями, що входять до компетенції клінічного психолога або лікаря психіатра, лікар загальної практики повинен мати уявлення про найпоширеніші методи психологічного та патопсихологічного дослідження.

Одним з розділів психології, в тому числі і клінічної, є ­психодіагностика; до її основних завдань входять:

* виявлення особистісних особливостей людини;
* визначення актуального психічного стану та окремих
сторін психічної діяльності;
* оцінка ефективності психокорекційної роботи

Для цього психодіагностика має в своєму розпорядженні певний набір методів дослідження, які можна розділити на основні та допоміжні.

Як основні методи психодіагностики використовуються *спостереження* та *експеримент.* Перевагою спостереження є природність ситуацій, що передбачають ненавмисне поведінку ­суб'єкта або групи піддослідних. До його недоліків відносяться, крім трудомісткості, складність уловлювання типових рис і недостатність для достовірної оцінки фіксації поодиноких проявів.

Експериментальне дослідженняістотно доповнює та ­виправляє недоліки спостереження. Значення експерименту у тому, що він дає можливість простежити залежність тієї чи іншої психічного явища умов проведення самого експерименту, які можна моделювати. Розрізняють *лабораторний* та *природний експеримент.* За допомогою, наприклад, лабораторного експерименту можна вивчати і оцінювати стан психічних процесів пам'яті, уваги ­та ін . ­та професійної.

Як допоміжні можуть використовуватися методи ­самоспостереження та самооцінки(у вигляді щоденників) для вивчення, наприклад ­, динаміки психічної працездатності, змін настрою та ін. Ці методи повинні використовуватися та інтерпретуватися лише за допомогою фахівців.

Широко застосовується у психології метод тестування **.** Тестування ­*(* test*​* у перекладі з англ. означає «проба», «випробування») — це цілеспрямоване, однакове для всіх піддослідних обстеження, яке проводиться в строго контрольованих умовах, за допомогою якого ­досягається кількісна оцінка окремих складових психічного стану індивідуума або міжособистісних відносин. Перевагами методу тестування є простота, доступність, можливість автоматизації. Існує багато варіантів методик тестування (опитувальники, проективні методики та ін.). Щоб отримані з допомогою тестів дані мали діагностичну цінність, а самі тести були дискредитовані на думку випробуваного і самого дослідника, останній має добре володіти як методикою проведення самого тестування, і інтерпретацією отриманих результатів. Основні психологічні тести, що застосовуються у медичній психології, представлені у **Додатку 1.**

**Концепція здоров'я. Основні критерії здоров'я**

Професіонали-фахівці ВООЗ та широка громадськість ­у багатьох країнах світу вважають, що здоров'я не є абсолютною кількістю. У 1947 г. ВООЗ визначила здоров'я як «стан повного фізичного ­, психічного та соціального благополуччя», а не просто відсутність захворювання чи неповноцінності. Здоров'я - це динамічний процес, який визначається суб'єктивно та об'єктивно. Це вміння дбати про себе. Здоров'я - цілісність особистості з оптимальним функціонуванням організму в цілому та розумової діяльності, адаптація до стресів, викликаних хворобою, смертю, розлученням, а також процеси безперервного зростання та становлення особистості.

Під «здоров'ям» **А.** Перрі та П. Поттер розуміють ­стан, за якого людина використовує у зовнішніх умовах свої адаптаційні здібності. Здоров'я – це не лише відсутність хвороби. Здорова людина має гарне самопочуття у рамках фізичного, психосоціального та духовного аспекту.

Існує багато різних моделей, пов'язаних із поняттям «здоров'я – хвороба».

На стан здоров'я людини можуть впливати ­фактори ризику різних захворювань, теперішній та попередній стан, самопочуття в конкретний момент.

Згідно з однією з моделей, здоровою вважається людина ­, яка не має хвороби.

Самопочуття людини завжди суб'єктивне. Так, ­наприклад, болючий від природи великий філософ Іммануїл Кант у своїй роботі «Про владу душі» писав, що сприймає слабкості та недуги свого тіла так, ніби вони його не торкаються, він їх просто ігнорує і поводиться як цілком здорова людина.

Поняття «здоров'я – хвороба» відносні. Згадаймо ­, що рання втрата слуху, зору, зубів раніше вважалася природним процесом старіння. Сьогодні завдяки сучасним методам профілактики та лікування вдається зберегти чи відновити ці функції.

Багато людей через засоби масової інформації ­дізнаються відомості про нові медичні технології і висувають більш високі вимоги до рівня свого здоров'я. Деякі, незважаючи на досить серйозне захворювання чи непрацездатність, наполягають на тому, що вони здорові. Існують і ті, хто наполягає на тому, що «нездорові», хоч і не мають жодного захворювання.

Інша модель здоров'я — це модель «високого рівня ­хорошого самопочуття», при якому використовується найповніше потенціал усього життя. Це можливо з урахуванням єдності розуму, тіла та духу.

Поведінка людини зумовлена значною мірою ­її ставленням до свого здоров'я або хвороби, уявленням про цінність здоров'я.

У сучасному розумінні здоров'я визначається як повне фізичне, психічне та соціальне благополуччя ­.

Ці три компоненти здоров'я нерозривно пов'язані. Втрата однієї з них змінює рівновагу інших. І якщо основним критерієм соціальності є співвідношення ­особистого та суспільного в людині, то порушуючи звичний спосіб життя і все те, що забезпечує відчуття безпеки, хвороба може призводити до гіпертрофії «Я», змінювати звичайне для особистості співвідношення особистих та суспільних мотивів. На цьому фоні хвора людина переживає зміни у звичних соціальних зв'язках, тобто звернення до лікаря, спілкування з медперсоналом та іншими хворими, відрив від роботи та виробничих відносин, а у разі госпіталізації відрив від сім'ї. Формування психічного настрою людини значною мірою залежить від цього, що несуть із собою нові соціальні зв'язку.

Прийнято відзначати, що для здоров'я найбільш типовими ­є кілька головних ознак:

* Структурна і функціональна безпека систем ­і органів людини.
* Властива людині індивідуальна висока пристосованість організму до типової для нього фізичної та суспільної (соціальної) середовищі.

• Збереження звичного для нього самопочуття, яке завжди виявляється найтоншим барометром душевного та соціального благополуччя.

Питання конкретних критеріях психічного здоров'я вивчений далеко ще не повно. Однак у найзагальніших рисах до них правомірно в першу чергу відносити: причинну обумовленість психічних явищ, їх необхідність, упорядкованість, відповідну віку людини зрілість ­почуттів, сталість житла, максимальне наближення суб'єктивних образів об'єктам дійсності, що відображаються; гармонію між відображенням обставин дійсності та ставленням людини до неї. Також наголошується: відповідність реакцій фізичних та психічних сил і частоті зовнішніх подразнень. критичний підхід до обставин життя; здатність самоврядування поведінкою відповідно до норм, що встановилися у різних колективах; адекватність реакцій на суспільні обставини, соціальне середовище; почуття відповідальності за потомство та близьких членів сім'ї; почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних обставинах; здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій; самоствердження у суспільстві без шкоди для інших його членів; здатність планувати та здійснювати свій життєвий шлях та ін.

Психічне здоров'я - це стан душевного благополуччя ­, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності.

Слід зазначити, що зміст поняття « ­психічне здоров'я» не вичерпується медичними та психологічними критеріями. У ньому також завжди відображені суспільні та групові норми та цінності, що регламентують духовне життя людини.

До основних критеріїв психічного здоров'я належать ­: відповідність суб'єктивних образів об'єктам дійсності, що відображаються, і характеру реакцій — зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій; адекватний віку рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості; адаптивність у мікросоціальних відносинах; здатність до самоврядування поведінкою, розумного планування життєвих цілей, підтримки активності у досягненні та інших.

Якщо перерахувати найчастіше звані критерії ­психічного здоров'я, то можна згрупувати їх відповідно до видів прояву психічної, діяльності, тобто властивості, стану, процеси.

Серед *властивостей* найчастіше називають оптимізм, ­зосередженість, врівноваженість, моральність, адекватний рівень домагань, почуття обов'язку, вміння прощати образи, непразність, незалежність, природність, відповідальність, почуття гумору, доброзичливість, терплячість, самоконтроль і т.д.

Сфера *психічних станів:* самовладання (емоційна ­стійкість); зрілість почуттів відповідно до віку; вміння впоратися з такими негативними емоціями, як страх, гнів, жадібність, заздрість та ін; природний і вільний прояв почуттів та емоцій, збереження оптимального самопочуття.

*Психічні процеси:* максимальне наближення суб'єктивних образів до об'єктів дійсності, що відображаються ­, тобто адекватність психічного відображення; адекватне сприйняття себе, здатність концентрації уваги на предметі; утримання інформації у пам'яті, здатність до логічної обробки інформації; критичність мислення; здатність до творчості; інтелектуальні вміння; пізнання себе; керування думками.

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №4. Медична психологія є:

A ) Частиною психіатрії

B ) Розділом загальної психології

C ) Частиною нейропсихології

D ) Розділом медичної етики та деонтології

 E ) Приватною психологічною дисципліною

Завдання №5. До предмета медичної психології не належить:

A ) Вивчення особливостей психіки хворого

B ) Вивчення впливу психіки хворого на здоров'я та хворобу

C ) Вивчення фізіологічних механізмів вищих психічних функцій.

 D ) Забезпечення оптимальної системи позитивних психологічних впливів, що супроводжують обстеження та лікування хворого

 E ) Вивчення системи взаємовідносин лікар-медпрацівник- пацієнт

Завдання №6. Хворий Н. 55 років, який протягом 20 років страждає на гіпертонічну хворобу, скаржиться на виражену розсіяність, пов'язану з цим забудькуватість. Для дослідження уваги у Н. можна застосувати:

A ) Методику «Прогресивні матриці Равена»

B ) Коректурну пробу

 C ) Тест Векслера

D ) Методику Зунга

E ) Тест Амтхауера

Завдання №7. Ф. 30 років, відзначає протягом останнього місяця періодичне безсоння, зниження апетиту. До типових ознак здоров'я не належать:

A ) Структурна безпека систем та органів людини

B ) Функціональна безпека систем та органів людини

C ) Професійне та кар'єрне зростання

D ) Висока пристосованість організму до типової для нього

фізичному та суспільному середовищі

E ) Збереження звичного йому самопочуття

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

ОСОБИСТІСТЬ І ХВОРОБА. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ.

 Актуальність теми : Проблема особистості - одна з основних у науці про людину. Вона охоплює історичний, філософський, педагогічний тощо. аспекти. У структурі індивідуальності особистість займає вищий ступінь ієрархічних сходів. На відміну від типів темпераменту і рис характеру, які є практично незмінними параметрами індивідуальності, якості особистості можуть змінюватися протягом життя, що особливо важливо в наш складний час, що постійно змінюється.

Особистість може бути описана з боку своїх мотивів та прагнень, що становлять зміст її унікальної системи смислів, індивідуальних способів упорядкування зовнішніх вражень та внутрішніх переживань. Особистість сприймається як система чорт - щодо стійких, зовні проявляються характеристик індивідуальності, які відображені у судженнях суб'єкта себе, і навіть у судженнях інших людей про нього.

Особистість - це індивід, як суб'єкт соціальних відносин та свідомої діяльності; системна якість індивіда, що визначається включеністю до суспільних відносин і формується в спільній діяльності та спілкуванні.

Особистість є соціальне поняття, вона виражає все, що є в людині надприродного, виникає в результаті культурного і соціального розвитку.

У психології, як загальної, і медичної, особистість є центральним поняттям, попри відсутність єдиної, всеосяжної теорії особистості. Знання основних концепцій особистості, їх підходів до вирішення проблеми структурних компонентів особистості сприяє суто практичному аспекті, більш повному пізнанню як "іншого", так і самого себе. З точки зору лікаря, як "інший" виступає, перш за все пацієнт, пізнання граней особистості якого допомагає формуванню кращої програми допомоги йому.

###### Нині досягнуто успіхів у терапії гострих соматичних захворювань, але з тим, останні десятиліття відзначається повсюдне зростання кількості затяжних і хронічних форм, у патогенезі яких психічний компонент має значення. Діагностика типів ставлення до хвороби або, іншими словами, внутрішньої картини хвороби, необхідна для побудови диференційованих психотерапевтичних, психокорекційних реабілітаційних програм, вимагає, окрім володіння традиційними методами розпитування та обстеження хворого, ще й навички роботи зі спеціально розробленим психодіагностичним опитувальником для виявлення типів ставлення до хвороби .

Мета навчання (загальна ): вміти виявити тип акцентуації особистості, вміти виявляти тип ставлення хворого до свого соматичного захворювання.

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі: вміти | Цілі вихідного рівня: вміти |
| 1. Вміти використовувати у своїйдіяльності тест-опитувачЛеонгарда-Шмішека | 1. Проводити дослідження темпераменту використовуючи методику (Айзенка) (курс загальної психології). |
| 2. Вміти використовувати опитувальник для виявлення типу ставлення до хвороби та інтерпретувати отримані дані. | 2. Вміти збирати анамнетичні дані, виявляти скарги та проводити об'єктивне дослідження хворого, а також оцінювати тяжкість захворювання (каф.пропедевтичної та факультетської терапії). |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонується виконати такі завдання:

Завдання №8. У випробуваного за методикою Айзенка за шкалою нейротизму показник 19 байт; за шкалою екстраверсії – 5 б; за шкалою корекції – 10 б.

Це свідчить про те, що визначено:

 A ) Сангвінічний темперамент

 B ) Холеричний темперамент

 C ) Меланхолійний темперамент

 D ) Флегматичний темперамент

 E ) Результат не підлягає інтерпретації

Завдання №9. Хворий Х., 50-ти років звернувся зі скаргами на серцебиття, періодичний біль у передсерцевій ділянці, головний біль, переважно у потиличній ділянці. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки звичайного забарвлення, чисті. Над легкими везикулярне дихання, тони серця звучні, акцент другого тону на аорті. Пульс 80 ударів за хвилину. Живіт м'який, безболісний, печінка не збільшена. Стілець звичайної консистенції. АТ - 170/110 мм рт.ст.. До програми подальшого обстеження, крім загального обов'язкового комплексу лабораторних та інструментальних досліджень, включено: ЕКГ; ультразвукове дослідження нирок; доплерографія судин шиї; аналіз сечі за Аддіс-Каковським.

Приблизний діагноз – артеріальна гіпертензія.

Чи достатньо обґрунтований цей діагноз, і чи достатньо обсягу додаткових досліджень? Варіанти відповіді:

А) Імовірний діагноз досить обґрунтований, додаткові дослідження не потрібні

В) Діагноз поставлений без достатніх підстав

С) Імовірний діагноз та план обстеження не обґрунтовані

D) Імовірний діагноз поставлений правильно, але додаткові дослідження намічені у недостатньому обсязі

Е) Додаткові дослідження намічені неправильно

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. - До., 1996, стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. - М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

ЗМІСТ НАВЧАННЯ

ГРАФ ЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ТЕМИ: " ОСОБИСТІСТЬ " .(1)

Структура личности

Социально обусловленные

особенности поведения

Индивидуальные свойства ВНД

Содержательная характеристика способов реагирования (характер)

Динамическая характеристика индивидуальности

(темперамент)

ГРАФ 2

Під індивідуальністю розуміється неповторність, унікальність поєднання різних властивостей та якостей людини. Ядром психічної індивідуальності вважається темперамент (біологічна складова психічної індивідуальності). На основі формується характер (психологічна складова).

Темперамент - характеристика індивіда із боку динамічних особливостей його психічної діяльності, тобто. темпу, ритму та інтенсивності психічних процесів.

Характер - сукупність індивідуальних, що склалися в процесі соціалізації і стали стійкими стереотипами поведінки, стилю мислення, звичок, манери взаємин з оточуючими.

Гармонійна особистість - індивід, який у процесі соціалізації, усвідомлено сформувався як людина, що володіє відповідальністю за власну долю і вчинки, керується у своєму житті моральними законами.

У курсі клінічної психології майбутньому лікаря необхідно докладніше ознайомитися з поняттям **«акцентуації особистості» (характеру),** якими позначаються крайні варіанти психічної норми. Акцентуації особистості - прикордонний стан між нормальною (гармонійною) особистістю та патологічною (психопатичною).

Поняття «акцентуйована особистість» було запропоновано професором Берлінського університету К. Леонгардом(1964) для позначення людей з надмірно посиленими (акцентуйованими) властивостями характеру та темпераменту, які не виходять за межі норми. Вітчизняний психіатр професор О.Є.Лічкорозробив систематику акцентуацій характеру в підлітків, оскільки вважав, що це поняття найбільш застосовно до підліткового і юнацького віку, коли особистість ще цілком оформилася. У клінічній практиці поняття «акцентуація характеру» використовується і стосовно старшим віковим групам, поруч із поняттям «акцентуація особистості».

При акцентуаціях характеру ознаки, характерні для психопатій, відсутні або можуть мати місце лише окремі. Головне — акцентуація характеру не призводить до явного порушення соціальноїадаптації чи, якщо така спостерігається, вона буває тимчасової і нетривалої. Особливості характеру при акцентуаціях можуть виявлятися який завжди, лише деяких ситуаціях, у певній обстановці і майже виявлятися у нормальних умовах. Якщо при психопатіях при будь-яких психічних травмах, у найрізноманітніших складних для особистості ситуаціях, а іноді і без видимої причини може відбуватися декомпенсація у вигляді гострих афективних і психопатичних реакцій і пов'язана з нею соціальна дезадаптація, то у випадках акцентуацій особистості порушення виникають лише за певного роду психічних травм **.**

Характер і змістом психічних травм чи важких особистості ситуацій є патогенним лише випадках, що вони зачіпають «місця найменшого опору» цього типу характеру, є хіба що «ключом до замку», за визначенням Э.Кречмера). Інші труднощі і потрясіння, які не зачіпають найбільш уразливих сторін характеру конкретної особистості, можуть призводити до якихось помітних порушень. До кожного типу акцентуації є властиві йому «вразливі місця».

**Систематика акцентуацій характеру** *за А.Є.Лічком* (1985):

1. *Гіпертимний тип акцентуації* характеризується невгамовністю, рухливістю, товариськістю, схильністю до бешкетності, непосидючістю, піднятим настроєм. Прагнення до активної діяльності поєднується з легковажністю та недисциплінованістю. Підліткам цього типу властива переоцінка своїх здібностей. У них зазвичай рано прокидається сексуальний потяг, інтерес до наркотиків та алкоголю. Має місце прагнення компаніям, часом асоціальним, конформність у поведінці.

1. Для *лабільного типу* характерна крайня нестійкість настрою, що змінюється з незначних приводів. Це люди настрою, миттєвого капризу, чуйні до знаку уваги, надмірно залежні від близьких.
2. *Циклоїдному типу* властива схильність до коливань настрою: періоди підйому, що виявляються активністю, жартівливістю, алкоголізаціями (до 1—2 тижнів) чергуються із субдепресіями, під час яких важко переносяться навіть дрібні неприємності. З'являються млявість, нудьга, розбитість, прагнення самотності. Можуть виникати суїцидальні думки.
3. *Лабільний циклоїд* багато в чому близький до лабільного типу, але в даному випадку реактивність не носить такого вираженого характеру – настрій не змінюється з незначних причин. Від цього циклоїду відрізняється значно короткішими фазами — кілька «добрих днів» змінюються кількома «поганими днями». Зміна настрою зазвичай спричинена відповідними подіями.
4. *Психастенічний тип* виявляється у підвищеній схильності до самоаналізу та самобичування, боязкості, тривожної недовірливості, «розумовій жуйці», нерішучості, моторної незручності. У поведінці підкреслено ввічливі та педантичні, прагнуть дотримання дисципліни.

*6.Шизоїдному типу* властиві «роздвоєність» у почуттях та вчинках. Зовнішня відгородженість, замкнутість нерідко поєднуються зі схильністю до химерних фантазій, символіки, непродуктивного захоплення глобальними проблемами буття. Емоційна холодність, відсутність здатності до співпереживання створюють труднощі міжособистісних відносинах. Як комунікативний допінг шизоїди іноді використовують алкоголь. У них часто виявляються незграбність та химерність у психомоторній сфері.

7.Для *епілептоїдного типу* акцентуації характерні злісність, гнівливість і жорстокість, що уживаються з ощадливістю, акуратністю та педантизмом. Взаємини з партнерами відрізняються підвищеною ревнивістю, прагненням до панування, садомазохістичними нахилами. Алкогольне сп'яніння посилює схильність до агресії та може супроводжуватися безпам'ятством.

*8.Сенситивний тип* відрізняється вразливістю, потягом до інтелектуально-естетичних захоплень. Через підвищену боязкість і сором'язливість, іноді з почуття власної неповноцінності такі особи намагаються уникати галасливих компаній, малознайомих людей. Як компенсацію своєї невпевненості можуть «вдягати на себе маску розв'язності». Можливі афективні спалахи у відповідь грубість оточуючих.

*9.Астеноневротичний тип* проявляється примхливістю, дратівливістю, підвищеною стомлюваністю, поганим сном та апетитом, схильністю до побоювань та нав'язливостей, іпохондричністю.

*10. Нестійкий тип* відрізняється безвольністю, легкою підпорядкованістю, безініціативністю. Цим особам властиві прагнення отримання задоволень, жага розваг і потяг до ледарства, у зв'язку з чим часто потрапляють у сумнівні компанії, схильні до дрібних правопорушень, азартним іграм.

*11.Конформний тип* акцентуації характеризується «розчиненням» особистості оточуючих. Ці особи «мімікірують» під будь-яке оточення. Тому, потрапивши у благополучний мікросоціальний колектив, можуть стати непоганими виконавчими працівниками, а інакше порушують норми поведінки, «за організацію» починають вживати алкоголь, наркотики, легко стають на кримінальний шлях.

*12. Істероїдний тип* відрізняється егоцентризмом, прагненням будь-що-будь звернути на себе увагу. Такі люди люблять вислуховувати похвалу на свою адресу та не терплять претензій. Вони часто претендують на роль лідера. Однак почуття їх неглибокі, воля ослаблена, авторитет невисокий, тим більше, що вони схильні до непомірного фантазування та брехні. Якщо на перше місце в істероїдних особистостей виступають прагнення викликати подив і шанування, демонстративність вчинків, то можна говорити про демонстративний (за К. Леонгардом) різновид цього типу акцентуації. У всіх вчинках особистостей такого типу спостерігаються явна награність, неприродність та позерство, навіть в інтимних відносинах у них багато гри та театральності.

 *13. Паранояльна акцентуація* , що характеризується надмірною підозрілістю, напруженістю, недовірливістю, патологічною стійкістю афекту (аналог застрягаючого типу акцентуації особистості, за К. Леонгардом), на думку А. Є. Лічко, у підлітковому віці практично не зустрічається. Однак дорослі особи, які мають дані риси характеру, можуть створювати великі труднощі для оточуючих, у тому числі для лікаря та середнього медичного персоналу.

Залежно від виразності виділяють два ступені акцентуації характеру: явну та приховану. Явна акцентуація - це крайній варіант особистісної норми з прийнятною адаптацією, але з постійною вираженістю загострених рис характеру, внаслідок чого під дією психогенних факторів, що зачіпають "місця найменшого опору", можуть наступати тимчасові порушення адаптації, відхилення в поведінці. Прихована акцентуація — звичайний варіант норми із слабовираженою загостреністю рис характеру, що проявляється лише у стресових ситуаціях, що висувають підвищені вимоги до «місця найменшого опору» у характері. Так, для гіпертимної особистості особливо важка ізоляція від друзів, близьких, пов'язана, наприклад, із хворобою, вимушене неробство при строгому режимі. Для шизоїдної особистості найбільші труднощі становить незнайоме оточення, необхідність встановлювати з людьми (зокрема з лікарями) неформальні емоційні контакти.

Незважаючи на те, що акцентуація характеру не є психіатричним діагнозом, для лікаря важливо констатувати тип акцентуації у пацієнтів, оскільки вона може впливати на виникнення та динаміку певних фізичних та психічних розладів. З психопатичними особистостями як пацієнти зустрічаються лікарі різних спеціальностей. Тому оцінка лікарем характерологічних особливостей хворого, можливого реагування та форм поведінки допоможе йому краще розібратися у картині захворювання та знайти підхід до нього у процесі обстеження та лікування. Знання законів формування особистості дозволяє лікарю певною мірою виправляти її аномальні якості, вдаючись до оптимальних прийомів психотерапії та виховання. Особливо це важливо у роботі лікарів педіатрів.

Багатство індивідуальності та різноманітність особистісних особливостей зумовлюють різноманіття взаємовідносин між хворим та лікарем. Особистісні якості пацієнта та лікаря можуть сприяти їх взаєморозумінню, а у разі аномальних відхилень ставати суттєвим гальмом у налагодженні та закріпленні стосунків лікар-хворий. Знання особливостей особистості хворого та його родичів дозволяє правильно побудувати бесіду та стосунки з ними, визначити характер внутрішньої картини хвороби, спланувати психотерапевтичну тактику.

У клінічній практиці оцінка характеру та особистості хворого проводиться на підставі спостереження за його поведінкою, висловлюваннями, самооцінкою, а також відомостями, отриманими від родичів, медичного персоналу, сусідів по палаті та ін. Тому лікар повинен не лише теоретично (вивчаючи спеціальну літературу), але і практично, у повсякденному спілкуванні з хворим, постійно вивчати його характер і особистість, вміти помічати ті особливості індивідуальності, які забезпечать максимальне проникнення у світ його хворобливих переживань, що дозволить надати своєчасну і, по можливості, більш досконалу допомогу людині, що страждає. У той самий час необхідно щонайменше тонко помічати збережені, здорові установки особистості і розумно використовувати їх корекції аномальних проявів.

Знання особливостей власного темпераменту, характеру та особистості допоможе студентам та лікарям будувати стосунки з пацієнтами, колегами та медичним персоналом. Вміння контролювати свої емоції та висловлювання, заняття самовихованням є важливими складовими професіоналізму лікаря, успішності його лікувально-діагностичної роботи, гармонійності стосунків із пацієнтами та колегами.

Згідно з К.Леонгардом - властиві особистості риси можуть бути основними та додатковими. Основні риси становлять "ядро" особистості. У разі яскравої виразності основні риси стають акцентуаціями характеру і займають місце між психопатією (розладом особистості) та нормою.

Виділені Леонгардом 10 типів акцентуйованих особистостей розділені на дві групи: акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий) та акцентуації темпераменту (гіпертимічний, дистимічний, тривожно-боязливий, циклотимічний, емотивний).

1. Демонист і т.п. Характеризується підвищеною здатністю до витіснення, демонстративністю поведінки, жвавістю, рухливістю, легкістю у встановленні контактів. Схильний до фантазерства, брехливості та удавання, спрямованих на прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму та позерства. Їм рухає прагнення до лідерства, потреба у визнанні, спрага постійної уваги до своєї персони, спрага влади, похвали; перспектива бути непоміченим обтяжує його. Він демонструє високу пристосованість до людей, емоційну лабільність (легку зміну настроїв) – за відсутності справді глибоких почуттів, схильність до інтриг (за зовнішньої м'якості манери спілкування). Відзначається безмежний егоцентризм, жадоба захоплення, співчуття, шанування, подиву. Зазвичай похвала інших у його присутності викликає в нього особливо неприємні відчуття, він не виносить. Прагнення компанії зазвичай пов'язані з потребою відчути себе лідером, зайняти виняткове становище. Самооцінка дуже далека від об'єктивності. Може дратувати своєю самовпевненістю та високими домаганнями, сам систематично провокує конфлікти, але при цьому активно захищається. Маючи патологічну здатність до витіснення, може повністю забути те, що він хоче знати. Це розковує його на брехні. Зазвичай бреше з невинним обличчям, оскільки те, що він говорить, нині, йому є правдою; мабуть, внутрішньо він не усвідомлює свою брехню, або усвідомлює дуже неглибоко, без помітних докорів совісті. Здатний захопити інших неординарністю мислення та вчинків.

2. Заст р а в і т і п. Його характеризує помірна товариськість, занудливість, схильність до моралі, небалакучість. Часто страждає від уявної несправедливості стосовно нього. У зв'язку з цим виявляє настороженість і недовірливість по відношенню до людей, чутливий до образ і прикростей, вразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає те, що сталося, не здатний "легко відходити" від образ. Для нього характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів. Самовпевненість, жорсткість установок та поглядів, сильно розвинене честолюбство часто призводять до наполегливого утвердження своїх інтересів, які він обстоює з особливою енергійністю. Прагне досягти високих показників у будь-якій справі, за яку береться і виявляє велику завзятість у досягненні своїх цілей. Основною рисою є схильність до афектів (правдолюбство, уразливість, ревнощі, підозрілість), інертність у прояві афектів, у мисленні, у моториці.

3. Пе д а н т і ч н ий т і п. Характеризується ригідністю, інертністю психічних процесів, тяжкістю на підйом, тривалим переживанням травмуючих подій. У конфлікти виступає рідко, вступаючи радше пасивною, ніж активною стороною. У той же час дуже сильно реагує на будь-який прояв порушення порядку. На службі поводиться як бюрократ, пред'являючи оточуючим багато формальних вимог. Пунктуальний, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті та порядку, скрупульозний, сумлінний, схильний жорстко слідувати плану, у виконанні дій неквапливий, посидливий, орієнтований на високу якість роботи та особливу акуратність, схильний до частих самоперевірок, сумнівів у правильності виконаної роботи . З полюванням поступається лідерство іншим людям.

4. В о з у м і т і п. Недостатня керованість, ослаблення контролю над потягами і спонуканнями поєднуються у людей такого типу з владою фізіологічних потягів. Для нього характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, грубість, занудство, похмурість, гнівливість, схильність до хамства і лайки, до тертя і конфліктів, в яких сам і є активною стороною, що провокує. Дратівливий, запальний, часто змінює місце роботи, неуживчив у колективі. Відзначається низька контактність у спілкуванні, уповільненість вербальних та невербальних реакцій, великоваговість вчинків. Для нього ніяка праця не стає привабливою, працює лише за необхідності, виявляє таке ж небажання вчитися. Байдужий до майбутнього, цілком живе сьогоденням, бажаючи витягти з нього масу розваг. Підвищена імпульсивність або реакція збудження гаситься важко і можуть бути небезпечні для оточуючих. Він може бути владним, обираючи для спілкування найслабших.

 5. Гі п е р т і м і ч е с к і й т і п. Людей цього типу відрізняє велика рухливість, товариськість, балакучість, виразність жестів, міміки, пантоміміки, надмірна самостійність, схильність до бешкетування, недолік почуття дистанції у відносинах з іншими . Часто спонтанно відхиляються від початкової теми розмови. Скрізь вносять багато галасу, люблять компанії однолітків, прагнуть ними командувати. Вони майже завжди мають дуже гарний настрій, гарне самопочуття, високий життєвий тонус, нерідко квітучий вигляд, гарний апетит, здоровий сон, схильність до обжерливості та інших радощів життя. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легко-

уявні, поверхові і, водночас, діловиті, винахідливі, блискучі співрозмовники; люди, які вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Велике прагнення самостійності може бути джерелом конфліктів. Їм характерні спалахи гніву, роздратування, особливо коли вони зустрічають сильну протидію, зазнають невдачі. Схильні до аморальних вчинків, підвищеної дратівливості, прожектерства. Зазнають недостатньо серйозного ставлення до своїх обов'язків. Вони важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну діяльність, вимушену самотність.

6. Д і с т і м і ч е с к і т і п. Люди цього типу відрізняються серйозністю, навіть пригніченістю настрою, повільністю, слабкістю вольових зусиль. Їх характерні песимістичне ставлення до майбутнього, занижена самооцінка, і навіть низька контактність, небагатослівність у розмові, навіть мовчазність. Такі люди є домосідами, індивідуалістами; суспільства, галасливої компанії зазвичай уникають, ведуть замкнутий спосіб життя. Часто похмурі, загальмовані, схильні фіксуватися на тіньових сторонах життя. Вони сумлінні, цінують тих, хто з ними дружить і готові їм підкоритися, вирізняються загостреним почуттям справедливості, а також сповільненістю мислення.

7. Т р о в о ж н ий т і п. Людям даного типу властиві низька контактність, мінорний настрій, боязкість, полохливість, невпевненість у собі. Діти тривожного типу часто бояться темряви, тварин, бояться залишатися одні. Вони цураються гучних жвавих однолітків, не люблять надмірно галасливих ігор, відчувають боязкість і сором'язливість, важко переживають контрольні, іспити, перевірки. Часто підкоряються опіці старших, нотації дорослих можуть викликати у них докори совісті, почуття провини, сльози, розпач. У них рано формується почуття обов'язку, відповідальності, високі моральні та етичні вимоги. Почуття своєї неповноцінності намагаються замаскувати в самоствердження через ті види діяльності, де вони можуть більшою мірою розкрити свої здібності.

Властиві їм з дитинства уразливість, чутливість, сором'язливість заважають зблизитися з тими, з ким хочеться, особливо слабкою ланкою є реакція на ставлення до них оточуючих. Непереносимість глузування, підозри супроводжуються невмінням постояти за себе, відстояти правду при несправедливих звинуваченнях. Рідко вступають у конфлікти з оточуючими, граючи в них переважно пасивну роль, у конфліктних ситуаціях вони шукають підтримки та опори. Вони мають дружелюбність, самокритичність, старанність. Внаслідок своєї беззахисності, нерідко служать "цапами-відбувайлами", мішенями для жартів.

8. Ек зал ь т і р о в а н н ы й т і п. Яскрава риса цього - здатність захоплюватися, захоплюватися, і навіть влюбливість, відчуття щастя, радості, насолоди. Ці почуття в них можуть часто виникати з причини, яка в інших не викликає великого підйому, вони легко захоплюються радісними подіями і в повний відчай - від сумних. Їм властива висока контактність, балакучість, влюбливість. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справи до відкритих конфліктів. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, і пасивною стороною. Вони прив'язані до друзів та близьких, альтруїстичні, мають почуття співчуття, гарний смак, виявляють яскравість та щирість почуттів. Можуть бути панікерами, схильні до миттєвих настроїв, рвучкі, легко переходять від стану захоплення до стану печалі, мають лабільність психіки.

9. Ем о т і в н й й т і п. Цей тип споріднений з екзальтованим, але прояви його не настільки бурхливі. Їх характерні емоційність, чутливість, тривожність, боязкість, глибокі реакції у сфері тонких почуттів. Найбільш сильно виражена риса - гуманність, співпереживання іншим людям або тваринам, чуйність, м'якосердечність, радість чужим успіхам. Вони вразливі, сльозливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше за інших людей. Підлітки гостро реагують на сцени з фільмів, де комусь загрожує небезпека, сцена насильства може спричинити сильне потрясіння, яке довго не забудеться і може порушити сон. Рідко вступають у конфлікти, образи носять у собі, не "виплескуються"

назовні. Їм властиво загострене почуття обов'язку, старанність. Дбайливо ставляться до природи, люблять вирощувати рослини, доглядати тварин.

10. Циклотний т і п. Характеризується зміною гіпертимних і дистимних станів. Їм властиві часті періодичні зміни настрою, і навіть залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають у них картини гіпертимії: жага до діяльності, підвищена балакучість, стрибка ідей; сумні - пригніченість, уповільненість реакцій та мислення, так само часто змінюється їхня манера спілкування з оточуючими людьми.

У підлітковому віці можна виявити два варіанти циклотимічної акцентуації: типові та лабільні циклоїди. Типові циклоїди в дитинстві зазвичай справляють враження гіпертимних, але потім проявляється млявість, занепад сил, те, що раніше давалося легко, тепер потребує непомірних зусиль. Насамперед галасливі та жваві, вони стають млявими домосідами, спостерігається падіння апетиту, безсоння, або, навпаки, сонливість. На зауваження реагують роздратуванням, навіть грубістю і гнівом, у глибині душі, проте, вдаючи при цьому в зневіру, глибоку депресію; не виключені суїцидальні спроби. Навчаються нерівно, що трапилося недогляди надолужують насилу, породжують у собі огиду до занять. У лабільних циклоїдів фази зміни настрою зазвичай коротші, ніж у типових циклоїдів. "Погані" дні відзначаються більш насиченими поганим настроєм, ніж млявістю. У період підйому виражені бажання мати друзів, бути у компанії. Настрій впливає самооцінку.

**Особистість та хвороба. Внутрішня картина хвороби. (ВКБ** )

Основними факторами, що діють на особистість у ситуації підгострої або хронічної хвороби, є:

- безпосередній вплив хвороби (біологічні, фізико-хімічні, соматичні зміни), що призводить до виникнення різних нових неприємних і болісних переживань у вигляді болю, більш менш вираженої слабкості, підвищеної стомлюваності, в деяких випадках – у порушеннях локомоторної функції і т.д. .;

- інтрапсихічні конфлікти, або, іншими словами, протиріччя між різноспрямованими тенденціями всередині особистості, які загострюються або наново виникають, коли людина хворіє; іноді вони суттєво погіршують прогноз основного захворювання та спотворюють ставлення до хвороби: наприклад, досить часто люди, які перенесли важкі ішемічні атаки, будучи до хвороби діяльними, намагаються штучно обмежувати свою активність, що призводить до перезбудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи та викликає посилення тривожності. афективні порушення;

- соціально-психологічні фактори хвороби: "хвороба як роль", вторинні переваги від хвороби (рентні установки, зниження пресингу міжособистісних відносин на хворого, втрата або обмеження зв'язків з близьким та більш далеким оточенням, лікування як соціальний процес (взаємодія з медичним персоналом та іншими) хворими).

Особистісні механізми формування ВКБ.

Реагуючи на вплив описаних вище груп факторів, особистість людини, що хворіє, використовує ряд механізмів:

- Чуттєвий (неприємні відчуття, біль, втрата або утруднення фізіологічних функцій, що є змістом скарг соматичного характеру, які створюють той чи інший чуттєвий образ хвороби; деякі з них відобразилися в образних старих назвах хвороб - грудна жаба, рак, сухотка, сухот). Цей механізм формує сенсорну сферу ВКБ;

- Емоційний (афективні реакції у вигляді страху, тривоги, пригніченості, агресивності та ін на тлі хвороби). Цей механізм формує емоційну сферу ВКБ;

- інтрапсихічної переробки (захисні механізми - витіснення, регрес, гіперкомпенсація, раціоналізація та ін.);

- поведінковий (через наявність характерологічних особливостей, що формуються в ході сімейного виховання, приналежності до тієї чи іншої культуральної спільності пацієнти по-різному «виконують» різні соціальні ролі, у тому числі й роль «людини, яка хворіє»). Формує вольову сферу ВКБ;

- інтелектуальний (уявлення про хворобу, норму та лікування на підставі знань, власного досвіду; ступінь адекватності розумової концепції хвороби при цьому залежить не так від формального рівня освіти, як від особистого досвіду). Формує раціональну сферу ВКБ.

Виділяють три основні види внутрішньої картини хвороби:

1) нормонозогностичний (гармонійний, з адекватною суб'єктивною оцінкою хвороби);

2) гіпонозогностичний – недооцінка (аж до заперечення самого факту хвороби – анозогностичний варіант) серйозності стану;

3) гіпернозогностичний – з переоцінкою ступеня тяжкості захворювання та його наслідків.

На формування внутрішньої картини захворювання, крім доболючих особистісних характеристик, великий вплив мають такі характеристики самої хвороби, як тип перебігу, тяжкість проявів, прогноз. При підгострому та хронічному перебігу формується ставлення до хвороби стає більш багатоаспектним та розробленим; воно включає не тільки той чи інший емоційно-чуттєвий образ хвороби, а й певний стиль виконання соціальної ролі «людини хворіючої», що спирається як на сімейні, так і культуральні традиції, а також інтелектуально-інформаційну модель (концепцію) хвороби.

Вольова (поведінкова) сфера внутрішньої картини хвороби включає різні соціально-психологічні стереотипи, що мають як гендерні витоки (наприклад: «справжній чоловік повинен вміти терпіти будь-який біль»), так і національні традиції («джентльмен нікого не обтяжує своїми проблемами»). Поведінка хворого також значною мірою залежить від обставин його життя: самотні хворі у своїй поведінці відрізняються від тих, хто має сім'ю, велике значення має рівень матеріального добробуту, соціальної захищеності, затребуваності суспільством пацієнта як особистості.

Інтелектуально-інформаційна (раціональна) сфера внутрішньої картини хвороби, безумовно, залежить від загального інтелектуального рівня пацієнта, його освітнього цензу, ступеня охопленості санітарно-просвітницькою інформацією. Слід зазначити, що в даний час існує великий ризик виникнення залежності навіть у досить освічених пацієнтів від різних ненаукових (псевдонаукових), нерідко відверто шарлатанських ідей щодо походження і, відповідно, профілактики та лікування захворювань, що часто зустрічаються. Захопленість «альтернативною медициною» нерідко призводить до хронізації патології, а іноді і до фатальної втрати часу для оптимального початку науково обґрунтованого лікування. Формуванню неадекватної інтелектуальної концепції хвороби, прогностичних очікувань, способів лікування сприяє, поряд з перерахованими вище причинами, і відсутність адекватного власного досвіду перенесення хвороби, перебування в атмосфері лікувального закладу, спілкування з іншими хворими, медиками.

До різновидів гіпернозогностичного варіанта ставлення до хвороби (внутрішньої картини хвороби) можна віднести нозофільне та утилітарне.

*Нозофільне* відношення пов'язане з появою під час хвороби відчуттів затишку, спокою, відпочинку; хворого позбавляють виконання його нормальних обов'язків; діти, наприклад, не ходять до школи і можуть грати, дивитися телевізор, а дорослі – зайнятися своїм хобі, читанням. У сім'ї хворому приділяється більше уваги, всі ставляться до нього з більшою турботою, участю.

*Утилітарне* ставлення можна як максимально виражену ступінь нозофільного. Воно має трояку мотивацію: а) здобуття симпатії, залучення до себе більшої уваги медиків; б) пошук виходу з неприємних ситуацій, таких, як висновок, військова служба, нелюба робота, необхідність виплачувати аліменти; в) отримання матеріальної користі: пенсії, додаткова відпустка, набуття можливості у вільний час отримувати додаткові економічні вигоди. Утилітарне ставлення до хвороби може бути більш менш навмисним. Підставою його служить більш менш серйозне захворювання, але іноді воно штучно створюється у відсутності реальної патології.

Утилітарне ставлення до хвороби реалізується у вигляді різних форм поведінки хворого - *аггравації* , *симуляції* та *дисимуляції* , *госпіталізму* .

*Аггравація* - це перебільшення тяжкості свого стану, симптомів хвороби. Таке перебільшення іноді буває свідомим, навмисним, а інших випадках зумовлено глибшими емоційними причинами (страх, невпевненість, почуття самотності, підозра, що лікар вірить хворому). Можливі у різних пропорціях поєднання усвідомлених та неусвідомлених причин аггравації.

*Симуляція* - це спроби зобразити ті чи інші симптоми хвороби, справити враження хворої людини. Симуляція трапляється рідше, ніж аггравація. Як правило, симулюють дуже примітивні особистості, але іноді це бувають і досвідчені, авантюрні і безвідповідальні суб'єкти.

*Дисимуляція* – поведінка, спрямоване приховування факту хвороби чи її симптомів. Найчастіше вона відзначається у психіатричній практиці у психотичних хворих. Трапляються також випадки, коли хворі побоюючись можливого виявлення у себе будь-якої серйозної патології, приховують ті чи інші симптоми, не скаржаться на опитування, уникають профоглядів.

*Госпіталізм* проявляється у розвитку у пацієнта залежно від лікування у стаціонарі. як правило, він виникає при невиправдано тривалому перебування у стінах відділення. Пацієнти поступово відучуються вирішувати свої елементарні життєві проблеми. Відбувається так зване «навчання штучної безпорадності». В рамках таких нозофільних установок хворі наполягають на госпіталізації при виникненні будь-яких побутових негараздів, сімейних проблем, всіляко перебільшуючи та підкреслюючи своє нездоров'я за відсутності об'єктивних ознак погіршення їхнього стану.

Чи не викликає сумніву необхідність корекції неадекватних типів ставлення до хвороби. Її успішне здійснення має завжди базуватися на глибокому вивченні та розуміння особистісних особливостей пацієнта, всебічному «відчутті» у його конкретну життєву ситуацію. Найбільш професійно підготовленими для проведення такої діагностичної роботи є фахівці, які здобули психологічну освіту та зобов'язані володіти навичками застосування експериментально-психологічних методик, особистісних опитувальників, проективних методик. Такий дефіцит очевидний у вітчизняній медицині протягом багатьох десятиліть. Лікар-практик, який неминуче виступає в ролі стихійного психолога, найчастіше спирається у своїх судженнях на власний досвід, інтуїцію, свої емпатичні здібності (здатність до співпереживання). З метою наближення характеру оцінки ставлення пацієнта до своєї хвороби до його професійного розуміння практикуючими лікарями психологами Ленінградського науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В.М.Бехтерева була розроблена психодіагностична методика, що моделює роботу кваліфікованого психолога, але технічно доступна для виконання будь-якого лікаря, який не має спеціальної підготовки.

На підставі клініко-психологічного аналізу відносин до хвороби описано 12 типів відношення до хвороби (А.Є. Лічко, Н.Я. Іванов, 1980, 1983)

1. Гармонійний (Г). Твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість і без схильності бачити все у похмурому світлі, але й без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприятиме успіху лікування. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаться доступними хворому. За несприятливого прогнозу - зосередження уваги, турбот, інтересів на долі близьких, своєї справи.

2. Ергопатичний (Р). "Уникнення хвороби в роботу". Навіть при тяжкості хвороби та страждання-прагнення, незважаючи на це, продовжуватиме роботу. Характерна надвідповідальність, одержиме, стеничне ставлення до роботи, часом виражено ще більшою мірою, ніж до хвороби. Виборче ставлення до обстеження та лікування, обумовлене прагненням будь-що-будь зберігати професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності.

3. Анозогнозичний (З). Активне відкидання думки про хворобу, про можливі її наслідки. Заперечення очевидного. Приписування проявів хвороби до випадкових обставин або інших несерйозних захворювань. Відмова від обстеження та лікування. Бажання обійтися "своїми засобами". При ейфоричному варіанті цього - необгрунтовано підвищений настрій. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що "саме все обійдеться". Бажання продовжувати отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, що згубно позначаються на перебігу хвороби.

4. Тривожний (Т). Безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності та навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, спрага додаткової інформації про хворобу та методи лікування, пошук "авторитетів". На відміну від іпохондричного типу більшою мірою виражений інтерес до об'єктивних даних про хворобу (результат аналізів, висновок фахівців), ніж фіксація на суб'єктивних відчуттях. Тому - перевага слухати висловлювання інших, ніж нескінченно пред'являти свої скарги. Настрій тривожний, пригніченість – внаслідок цієї тривоги. При обсесивно - фобическом варіанті цього - тривожна недовірливість насамперед стосується побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач у лікуванні, і навіть можливих (але малообгрунтованих) невдач у житті, роботі, сімейної ситуації у зв'язку з хворобою. Уявлювані небезпеки хвилюють більш ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

5. Іпохондричний (І). Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На їх основі перебільшення дійсних та вишукування неіснуючих хвороб та страждань. Перебільшення побічної дії антибіотиків. Поєднання бажання лікуватися та зневіри в успіх, вимога ретельного обстеження та остраху шкоди та хворобливості процедур.

6. Неврастенічний (Н). Поведінка на кшталт " дратівливої слабкості " . Спалах подразнення, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується каяттю і сльозами. Непереносимість болючих відчуттів. Нетерплячість. Нездатність чекати на полегшення. Надалі - каяття за неспокій і нестриманість.

7. Меланхолійний (М). Пригніченість хворобою, невіра у одужання, у можливе поліпшення, ефект лікування. Активні депресивні висловлювання до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все довкола. Невіра в успіх лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних.

8. Апатичний (А). Повна байдужість до своєї долі, результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедур та лікування при наполегливому спонуканні з боку. Втрата інтересу до життя, всього, що раніше хвилювало.

9. Сенситивний (С). Надмірна стурбованість про можливе несприятливе враження, яке можуть справити на навколишніх відомості про свою хворобу. Побоювання, що оточуючі уникатимуть, вважатимуть неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати плітки чи несприятливі чутки про причину та природу хвороби. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу та неприязне ставлення з їхнього боку у зв'язку з цим.

10. Егоцентричний (Я). "Догляд у хворобу". Виставляння напоказ близьким та оточуючим своїх страждань та переживань з метою повністю заволодіти їхньою увагою. Вимога виняткового піклування - всі повинні забути і кинути все і дбати лише про хворого. Розмови оточуючих перекладаються "себе". Інші люди, які також потребують уваги та турботи, розглядаються лише як "конкуренти", ставлення до них - неприязне. Постійне бажання показати іншим своє особливе становище, свою винятковість щодо хвороби.

11. Пароноїльний (П). Впевненість, що хвороба – результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення чи побічні дії ліків недбалості чи злому наміру лікарів та персоналу. Звинувачення та вимоги покарань у зв'язку з цим.

12. Дисфоричний (Д). Домінує похмуро-озлоблений настрій, постійний похмурий вигляд. Заздрість та ненависть до здорових. Вимога особливої уваги до себе та підозрілість до процедур та лікування. Деспотичне ставлення до близьких - вимога догоджати.

Для діагностики типу ставлення до хвороби застосовується методика, розроблена науково-дослідним психоневрологічним інститутом ім.

 З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №10. Випробовуваний Х. 16 років, у розмові справляє враження дуже товариського, легко знаходить довірчий контакт із співрозмовником, багатослівний, надмірно балакучий, нерідко перескакує з однієї теми в іншу. Як правило, знаходиться у гарному настрої. При глибшому контакті виявляється досить поверховим у знаннях, важко переносить необхідність займатися монотонної діяльністю. У випробуваного можна припустити наявність акцентуації по:

A ) Збудливого типу

B ) Емотивному типу

C ) Екзальтований тип

D ) Гіпертимного типу

E ) Циклотимного типу

Завдання №11. Випробувана Б., 17 років, схильна до лідерства в компанії, жива, рухлива, легко встановлює контакти, любить демонструвати свої музичні здібності, бере активну участь у роботі самодіяльної драматичної студії, в розповідях про свої досягнення схильна до фантазування, з безневинною особою розповідає про зовсім нереальних подіях, які нібито мали місце в її житті. У Б. можна припустити акцентуацію щодо:

A ) Демонстративного типу

B ) Емотивному типу

C ) Екзальтований тип

D ) Гіпертимного типу

E ) Збудливого типу

Завдання № 12. Хворий Ст, який страждає на хронічну ниркову недостатність і перебуває на лікуванні у відділенні екстракорпорального гемодіалізу, порушує питний режим, заявляючи, що це на його стан не впливає. Вживає домашні спиртові настоянки, посилаючись на те, що його дід пив і до 90 років дожив. Між сеансами гемодіалізу займається тяжкою фізичною роботою вдома.

Тип ставлення до хвороби В.:

А) Анозогностичний

В) Сенситивний

С) Гармонійний

D) Егоцентричний

Е) Дисфоричний.

Завдання № 13. У хворого П., 36-ти років, який страждає на хронічний гастрит, якому призначено ендоскопічне дослідження, висловлює побоювання, що при зондуванні частина ендоскопа може залишитися в шлунку. Наполягає на тому, щоб його направили на консультацію до відомого закордонного фахівця, про приїзд якого до країни дізнався із передачі. Тривога перед дослідженням дещо поменшала після того, як йому назустріч попалася прибиральниця з повним відром. У хворого:

А) Тривожний тип ставлення до хвороби

В) Іпохондричний

С) Меланхолійний

D) Паранояльний

Е) Сензитивний

 Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

**Стан психічних функцій та хвороба**

Актуальність теми: Роль психіки хворого в успішному проведенні лікувально-діагностичних заходів неоціненна. Психічний стан людини найчастіше зумовлює особливості перебігу захворювання, визначає прогноз та успіх лікувальних впливів. Правильний підхід лікаря до пацієнта, що ґрунтується на знанні його індивідуально-психологічних якостей, а також особливостей перебігу його психічної діяльності під час захворювання є гарантією правильного розпізнавання та розуміння динаміки хворобливого процесу. Вплив лікаря на хворого в процесі лікування, його висловлювання та навіювання можуть докорінно видозмінити картину хвороби та значною мірою змінити її перебіг. Цим визначено актуальність вивчення цієї проблеми.

Мета навчання (загальна) : Вміти досліджувати психічний стан хворого з використанням методів медичної психології та оцінювати вплив хвороби на психічні процеси .

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі – вміти: | Цілі вихідного рівня: |
| 1.Визначати вплив хворобина відчуття, сприйняття, увага,емоційно-вольову сферу;  | 1. Збирати анамнестичні дані, виявляти скарги, проводити об'єктивне принципам медичної етики та деонтології (каф. пропедевт. тер) |
| 2. Оцінювати під час розмови особливості пізнавальних психічних процесів,мови, інтелекту, емоційно-вольової сфери; |  |
| 3.Оцінювати вплив особливостей інтелекту та порушеної мови на лікувально-діагностичний процес |  |
| 4. Визначати вплив хвороби формуваннянозогеній; |  |
| 5. Оцінювати під час розмови стансвідомості та самосвідомості з урахуванням їх знаннярівневої структури та критеріївнепорушеної свідомості; |  |
| 6. Дослідити психічні процеси звикористанням психологічних методик; |  |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонуються такі завдання:

Завдання №14. Хвора 21 г., пред'являє скарги на ниючі болі внизу живота і в ділянці нирок, загальну слабкість, хворобливе сечовипускання. Об'єктивно: гіперстенічна статура, шкірні покриви чисті, звичайного забарвлення, периферичні лімфовузли не збільшені, Т тіла 36,9 ºС. Над легкими дихання везикулярне, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, шумової мелодії не визначається. АТ 130/80 мм рт.ст., Пульс 75 уд./хв. Живіт м'який, помірно болісний у нижніх відділах. Відрізки кишківника звичайних пальпаторних властивостей. Печінка біля краю реберної дуги, безболісна. Симптом Пастернацького слабко позитивний з обох боків. Які додаткові методи обстеження необхідно провести хворому на встановлення діагнозу?

A ) Загальний аналіз крові , біохімічний аналіз крові , цистоскопія

B ) Загальний аналіз крові та сечі, внутрішньовенна урографія

C ) Загальний аналіз крові та сечі, визначення креатиніну та сечовини крові

D ) Загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Земницьким, КТ нирок

 E ) Загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові, УЗД органів малого тазу та заочеревинного простору

Завдання №15. Хворий 23 років скаржиться на головний біль, запаморочення, нудоту, що виникли відразу після перенесеної черепно-мозкової травми. Лікар-терапевт під час об'єктивного обстеження не виявив патологію з боку внутрішніх органів. АТ 110/50 мм рт.ст., пульс 93 уд./ хв. Лікар призначив здачу аналізів крові та сечі, припустив діагноз: струс головного мозку – та призначив відповідне лікування. Чи достатньо даних для встановлення діагнозу в даному випадку?

A ) Недостатньо. Необхідно провести рентгенографію черепа та призначити консультацію невропатолога у плановому порядку

B ) Достатньо

C ) Недостатньо. Необхідно провести УЗД внутрішніх органів та дослідити внутрішньочерепний тиск.

D ) Недостатньо. Необхідні консультації невропатолога, травматолога та зняття ЕЕГ головного мозку

E ) Недостатньо. Необхідні консультації невропатолога, окуліста, хірурга, проведення КТ головного мозку для диференціальної діагностики та виявлення можливих ускладнень

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. - До., 1996, стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. - М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

Психічна діяльність людини включає психічні властивості, психічні процеси та психічні стани. До психічних процесів, що дозволяють людині пізнавати навколишню дійсність відносять: відчуття, сприйняття, мислення, пам'ять та увага. Ці процеси називають пізнавальними. Крім того, до психічних процесів належать емоції (почуття), мотиваційно-вольова сфера, мова, інтелект (розум), уявлення, уява, свідомість **(Додаток 3).**

Чуттєве пізнання (сенсорно-перцептивна діяльність) включає два психічні процеси: відчуття та сприйняття, фізіологічною основою яких є функції аналізаторів, що складаються з периферичного відділу (рецептор), провідної частини та центрального (кіркового відділу), а також функції кори головного мозку.

**Відчуттям** називають форму безпосереднього відображення у свідомості людини окремих властивостей предметів та явищ реальної дійсності. Це початковий, найпростіший акт психічної діяльності, результат впливу інформації на органи почуттів. Відчуття властиві і тваринам, і людині. Приклад відчуттів: червоний, круглий, гострий, гладкий, солоний, кислий і т.п.

По контакту з подразником виділяють *дистантні відчуття* (нюхові, зорові, слухові) та *контактні відчуття* (кінестетичні, смакові, тактильні).

За розташуванням рецептора виділяють: *інтероцептивні відчуття* - відчуття, що сигналізують про внутрішній стан організму; *пропріоцептивні відчуття* – сигналізують про становище різних частин тіла у просторі; *екстероцептивні відчуття* – сигналізують про різні характеристики зовнішнього світу.

**Вплив хвороби на зміну відчуттів:** Незвичайні внутрішні відчуття часто виявляються першими сигналами про хворобливі зміни в організмі, а їх опис становить більшу частину скарг хворого. Якісні характеристики інтероцептивних відчуттів, що звучать у скаргах хворого (біль - ниюча, колюча, стискаюча, тупа; печіння; свербіж тощо), сприяють глибшому розумінню лікарем стану пацієнта і багато в чому визначають діагностичні моменти.

Зміни відчуттів надзвичайно різноманітні та їх слід враховувати у взаєминах лікаря та хворого. Так, у хворих на соматичні форми патології (н-р інфекційних захворюваннях, інтоксикаціях) часто відзначається загострена чутливість до подразників звичайної сили ( *гіперестезія* ), коли хворого починають дратувати гучні розмови, грюкання дверей, світло з віконного отвору тощо. Такі стани, як депресія, оглушення можуть супроводжуватися низькою чутливістю до звичних подразників ( *гіпестезія* ), коли навколишні предмети позбавлені фарб, виглядають блякло, розпливчасто. Такі зміни у сфері відчуттів перетворюють індивідуальну манеру поведінки хворого, привносять видозміни до його уявлення про хворобу і можуть бути основою недооцінки чи неточної оцінки стану хворого лікарем.

**Сприйняття –** це відбиток у свідомості людини предметів і явищ навколишнього світу загалом, у сукупності їх властивостей при безпосередньому впливі подразників на органи чувств. Проте образ сприйняття не зводиться до простої суми відчуттів. Кожне сприйняття включають функції мислення, емоційні компоненти, минулий досвід.

**Основними властивостями сприйняття є:**

1. *Предметність* – виявляється в тому, що об'єкт сприймається нами як відокремлене у просторі та в часі окреме фізичне тіло.

2. *Цілісність* – тобто. сприйняття предмета загалом, у сукупності всіх його властивостей.

3. *Константність* - відносна сталість величини, форми і кольору предмета за умов його сприйняття, що змінюються (наприклад, при більшому або меншому віддаленні предмета від ока).

4. *Виборчість* – проявляється у переважному виділенні одних об'єктів проти іншими.

5. *Інваріантність* - здатність виділяти постійні, постійні особливості об'єкта.

6. *Свідомість* - усвідомлення сприйманого предмета або явища, тісно пов'язане з мисленням і розумінням сутності предмета.

7. *Структурність* – сприйняття абстрагованої від простий суми відчуттів узагальненої структури.

Дотик - вид сприйняття, що складається на основі тактильного та рухового відчуттів.

Ейдетізм – здатність утримання виключно чітких та яскравих образів бачених предметів.

Спостережливість – здатність помічати в малопомітні, але суттєві деталі.

**Вплив хвороби зміну сприйняття:** Болючі зміни процесів сприйняття, які у формі ілюзій, галюцинацій, психосенсорних розладів, своєчасно не розпізнані лікарем, можуть зробити додаткові, іноді дуже значні ускладнення у світовідчуття хворого, отже, і у взаєморозуміння лікарем і пацієнтом. Більше того, складні зміни та розлади сприйняття нерідко стають основою для неадекватної оцінки хворобливих переживань, для гротескно посилених (гіпернозогнозія) або необґрунтовано недооцінюваних (анозогнозія) уявлень хворим змін, що відбуваються в організмі.

**Увага** – спрямованість та зосередженість психічної діяльності на певному об'єкті чи виді діяльності. Це процес свідомого чи несвідомого відбору однієї інформації, що надходить через органи чуття при одночасному ігноруванні іншої.

**Властивості уваги:**

1) *вибірковість* - можливість успішного налаштування (за наявності перешкод) на сприйняття інформації, що відноситься до свідомої мети;

2) *переключення* - здатність перекладу зосередженості з одного об'єкта на інший без істотної втрати якості концентрації;

3) *стійкість* – здатність протягом багато часу концентрувати увагу якомусь об'єкті, предметі діяльності, не відволікаючись і послаблюючи увагу;

4) *обсяг* – кількість інформації, що одночасно здатна зберігатися у сфері уваги людини.

Залежно від участі волі у процесі зосередження виділяють такі **види уваги** :

- активне (довільне) – збудження в корі головного мозку відбувається за участю вольового зусилля, спричинене самою людиною.

- пасивне (мимовільне) – увага зосереджується мимоволі, без додаткового зусилля з боку людини; джерелом уваги є безпосередньо подразники, що діють ззовні.

**Вплив хвороби на зміну уваги:** При соматичних захворюваннях, що супроводжуються інтоксикацією, астенією, сильними больовими відчуттями увага хворого стає виснажується, з'являються труднощі у тривалій концентрації уваги, знижується обсяг уваги, з'являється розсіяність. У процесі спілкування лікаря з пацієнтом останній швидко виснажується і втомлюється від розмови. Таким хворим потрібен додатковий відпочинок після незначних фізичних чи розумових навантажень. Тому збір скарг та анамнестичних відомостей у даних пацієнтів буде продуктивним під час проведення їх у кілька етапів.

**Пам'ять** - психічний процес організації та збереження минулого досвіду, що уможливлює його повторне використання в діяльності та повернення у сферу свідомості.

Основні **функції пам'яті** :

1) *запам'ятовування* – процес зйомки інформації, що протікає як у довільній, і у мимовільної формах;

2) *збереження* – процес тривалого утримання у пам'яті інформації;

3) *відтворення* – процес довільного чи мимовільного відновлення у пам'яті отриманої раніше інформації;

4) *забування* - процес, що характеризується поступовим зменшенням можливості пригадування та відтворення інформації. Вважається, що забування в першу чергу схильна та інформація, яка не відіграє істотної ролі в подальшій діяльності людини.

За характером психічної активності, що переважає у діяльності виділяють рухову, образну (зорову), словеснологічну (слухову) та емоційну пам'ять.

Залежно від характеру цілей діяльності, участі волі у процесі запам'ятовування виділяють довільну та мимовільну пам'ять.

За тривалістю збереження та закріплення інформації виділяють короткочасну, довготривалу та оперативну пам'ять.

**Вплив хвороби на зміну пам'яті:** Зниження здатності до запам'ятовування нової інформації може бути як при соматичної патології (частіше за наявності у структурі хвороби астенічного синдрому), і при банальному втомі. Ці прояви зазвичай самостійно усуваються під час одужання чи відпочинку, і потребують специфічної терапії. Необхідність медикаментозної корекції виправдана за наявності стійкого або прогресуючого зниження пам'яті, обумовленого наявністю органічного захворювання головного мозку (церебральний атеросклероз, інсульт, важка черепно-мозкова травма та ін) або нервово-психічної патології, де провідним симптомом є порушення мнестичної сфери.

**Мислення** – психічний процес опосередкованого та узагальненого пізнання навколишньої дійсності. Мислення сприяє виникненню нових знань та творчості.

Виділяють такі **види мислення** :

1) *Наочно-действенное* – найпростіше, елементарне мислення, у якому пізнання реальності відбувається у процесі взаємодії людини із предметами. Наприклад, дитина, отримавши в подарунок іграшку, не лише розглядає, обмацує, пробує її на смак, а й запитує: „що це?”, і намагається зробити за її допомогою та за її участю різноманітні дії. Витягуючи досвід із цієї взаємодії, людина формує уявлення про предмет (яви) і може далі опосередковано та узагальнено пізнавати інші предмети та явища навколишнього світу.

2) *Наочно-образне* – процес пізнання навколишньої дійсності відбувається у вигляді перетворення образів сприйняття на образи – уявлення.

І наочно-дійове і наочно-образне мислення відносяться до *конкретного* мислення, пов'язаного з конкретною ситуацією, не здатного до широких узагальнень та відволікань.

3) *Понятийное (абстрактне)* - мислення, здатне оперувати певними абстрактними, безпосередньо пов'язані з предметами чи явищами поняттями. Людина виконує розумові операції в умі, використовуючи придбані раніше поняття, судження та умовиводи.

До основних **операцій мислення** відносяться:

- *аналіз* – операція з розчленовування цілого предмета, явища, ситуації на частини та виявлення складових їх елементів.

- *синтез* – відновлення розбитого аналізом цілого, розкриваючи більш менш істотні зв'язки та відносини, виділені аналізом. Таким чином, аналіз розчленовує проблему, а синтез за новим поєднує дані для її вирішення.

- *Порівняння* – встановлення подібності та відмінності предметів і явищ, що дозволяють віднести об'єкти до однієї групи.

- *узагальнення* – здатність виділити найголовніше, суттєве у пізнаваному предметі чи явище.

- *конкретизація* - розумова операція, зворотна узагальнення: із загального визначення поняття виводиться судження про належність одиничних речей та явищ певному класу.

- *абстрагування* – опрерація виділення та фіксації стійких властивостей предметів та явищ, які насправді не існують; проявляється у здібності особистості мислись абстрактними категоріями.

- *Побудова суджень і висновків -* заключний етап розумового процесу, що приводить до нового знання.

**Вплив хвороби на зміну мислення:** У пацієнтів похилого віку внаслідок атеросклеротичних змін, а також у осіб, які мають досить серйозну органічну патологію головного мозку (епілепсія, тяжка травма черепа, хронічна інтоксикація алкоголем, серія перенесених інсультів) можна спостерігати уповільнення швидкості асоціативної діяльності в'язкість, тугорухливість мислення. Для таких пацієнтів характерно надмірно докладний, детальний, ґрунтовний виклад скарг та анамнестичних даних, що вимагає від лікаря терплячого, уважного ставлення, необхідного не тільки для правильної постановки діагнозу, але й для встановлення довірчих взаємин із хворим у процесі лікування. Найбільш глибоку дезорганізацію асоціативної діяльності можна спостерігати у хворих на шизофренію та розлади шизофренічного спектру, що більш докладно викладено у розділі „загальної психопатології”.

**Йдеться** – специфічно людська форма психічної діяльності, використовує засоби мови, що у єдності з мисленням і що виникла у процесі суспільно-трудової діяльності.

**Вплив порушеної промови на лікувальний процес.** Одним із видів дефекту мови є *заїкуватість,* частою клінічною ознакою якого стає страх мови (логофобія).Він порушує комунікативну сторону життя, призводить до небажання спілкуватися з оточуючими. Такі хворі відрізняються деякою сором'язливістю, намагаються уникати тривалого спілкування. Ще одним порушенням мови є *мутизм* ( mutus - лат. Мовчання), який часто має місце в дитячому та підлітковому віці, і проявляється паралізацією мовних центрів у присутності незнайомих людей, а в дорослому віці може бути одним із проявів істеричних розладів.

Правильний психологічний підхід лікаря до даних пацієнтів, що включає емпатійне співпереживання, доброзичливість, стриманість, емоційну підтримку допомагає встановленню відкритих, довірчих взаємин у системі «лікар-хворий» та сприяє більш повному розкриттю хворим своїх скарг, переживань та відчуттів. Це багато в чому визначає правильну оцінку статусу хворого, діагностику та лікування.

**Інтелект (розум)** не є приватною функцією психічної діяльності, а включає сукупність всіх пізнавальних процесів і є основою функціонування мислення. Психологи розглядають інтелект, як сукупність уродженої швидкості психічних реакцій та набутих знань, умінь, здатність до логічного мислення, оригінальності, винахідливості. Природа інтелекту невідома.

**Вплив особливостей інтелекту на лікувальний процес.** Інтелектуальні особливості можуть створювати труднощі у взаєминах лікаря та хворого. Найбільш значні зміни інтелекту виявляються в станах різного ступеня вираженості *олігофренії* (вродженої інтелектуальної недостатності) або *деменції* (набутого недоумства). Малі ступеня недостатності інтелекту призводять до неповного, неглибокого осмислення обставин медичного обстеження та лікування, до труднощі засвоєння абстрактних категорій, суджень та висновків. Масивні стани недоумства викликають безпорадність у вирішенні навіть найпростіших, звичайних питань життя, зокрема і причин медичного втручання. Хворому зі зниженим інтелектом необхідно вміло й у зрозумілій, простій формі викладати питання, інструкції та рекомендації. Особливим видом зупинки розвитку особистості на ювенільному щаблі є *психічний інфантилізм* . Такі хворі відрізняються насамперед незрілістю емоцій, нестійкістю настрою, погано контрольованими потягами, недостатністю свідомої та цільової активності, поверхнею суджень. Вони легко потрапляють під чужий вплив, через свою психічну незрілість схильні недооцінювати тяжкість свого стану, у зв'язку з чим можуть порушувати приписи лікаря, дієту, загальний внутрішньолікарняний режим.

**Емоції –** це суб'єктивне ставлення людини до об'єктивної дійсності і до себе, задоволеність чи незадоволеність власними діями.

За ступенем задоволення чи незадоволення потреби емоції поділяються на *позитивні* (радість, щастя) та *негативні* (гнів, страх, агресія).

За ступенем складності розрізняють емоції *біологічні (нижчі, протопатичні),* що виходять з підкіркових утворень, пов'язані з задоволенням або незадоволенням життєво важливих потреб і формуються на основі інстинктів (харчового, статевого, оборонного) і *вищі (кіркові, епікритичні* ), властиві тільки людині пов'язані із задоволенням чи незадоволенням духовних потреб: інтелектуальних (допитливість, допитливість), моральних (почуття обов'язку, совісті, поваги, честі), естетичних (сприйняття чогось прекрасного та потворного, споглядання творів мистецтва).

Вирізняють емоції збудливі, підвищують життєдіяльність і активність, – *стеничні* (гнів, лють, бурхлива радість) і знижують життєдіяльність *астенічні емоції* (горе, туга, нудьга).

За механізмом виникнення емоції можуть бути *реактивними* , тобто виникають у відповідь на будь-який зовнішній подразник, і *вітальними* – внутрішньо обумовленими, ендогенними.

За силою та тривалістю переживання емоції поділяються на *емоційні реакції* (афект) та *емоційні стани* (настрій, пристрасть).

*Афект* - короткочасна і бурхливо протікає емоційна реакція, що супроводжується руховими та вегетативними проявами. Короткочасність цієї реакції зумовлена її високою інтенсивністю, внаслідок чого відбувається досить швидке виснаження нейрогуморальної ланки регуляції функцій. Виділяють два види афекту - фізіологічний та патологічний. *Фізіологічний афект* адекватний ситуації, порівнянний із силою викликаного подразника, протікає і натомість ясного стану свідомості, унаслідок чого емоції та поведінка повністю контролюються свідомістю. *Патологічний афект* - протікає на тлі звуженого стану свідомості, і тому неконтрольований з його боку, він неадекватний самій ситуації та обставинам, значно інтенсивніше, ніж подразник, що викликав його, виникає на хворобливому «ґрунті», поведінка не піддається управлінню з боку людини, завершується значним виснаженням нервової системи та амнезією події.

*Настрій* – відносно тривалий емоційний стан, слабку або помірну інтенсивність. Йому властива порівняльна стійкість протягом досить тривалого часу.

*Пристрасть* - досить сильне і стійке, тривале почуття, що домінує у свідомості, захоплююче і володіє людиною. Сюди можна віднести пристрасть до колекціонування, антикваріату, грошей, азартних ігор. Заради задоволення потреби людина може порушити закон, піти на крадіжку, вбивство.

**Проблема невідреагованих емоцій.** Про затримані ( *неотреаговані* ) емоції говорять у тому випадку, коли в силу тих чи інших причин (частіше соціальних) людина змушена їх придушувати.

Багато людей з різних причин заперечують ті частини свого "я", які вони не здатні прийняти, особливо часто це стосується негативних емоцій або тих переживань, які ставлять під загрозу престиж та становище особи в суспільстві. Вони контролюють свої емоційні прояви, такі як гнів, страх, образа, довіра, любов – і вдаються до інших заблокованих чи неповних емоцій, таких як занепокоєння, зневіра, збентеження та ін.

Деякі психологи (К. Рождерс, Еге. Шостром) закликають відмовитися від маніпулятивних патернів поведінки, чесно і відкрито виявляти свої почуття, відмовитися від реагування з позиції очікування інших людей. Подібне вміння поводитися зі своїми емоціями забезпечує конгруентність між несвідомими, свідомими та комунікативними процесами. Енергія невідреагованих емоцій на тлі неспроможності психологічного захисту може призвести до перенапруги, зриву адаптаційних механізмів та викликати психічний розлад.

**Вплив хвороби на емоційний стан людини.** Емоції можуть істотно перетворювати вигляд хворого та ускладнювати процедуру його взаємин із медичним працівником. Деякі соматичні хвороби супроводжуються станом *депресії* – це один із проявів таких захворювань як спастичний та виразковий коліт. Ці хворі часто пригнічені, похмурі, малоактивні. Вони відчувають тривогу в ранній ранковий годинник, розбитість і слабкість. Формується песимістичний погляд на обставини життя, почуття безвиході та нерідко болісно загострена самокритика.

При підйомі настрою, що виражається в *ейфорії* (уявний добробут), всі психічні прояви хворого набувають більш жвавого, прискореного характеру. На висоті таких станів оцінка хворим на обстановку виявляється поверховою, фрагментарною. Супутнє суб'єктивне почуття приємного, райдужного настрою призводить до того, що уявлення про свої хворобливі переживання згладжуються, хворий недооцінює свій стан, критика до хвороби знижується. У цьому стані хворі іноді порушують режим прийому медикаментів та загальний режим відділення.

Поряд з такими розтягнутими в часі станами зміненої емоційності в окремих хворих доводиться спостерігати *афекти* (емоційні зміни, що бурхливо протікають). На висоті цих станів свідомість нерідко звужується, результатом чого є неповна, недосконала оцінка ситуації, а у зв'язку з цим – неправильні вчинки та дії (патологічний афект).

При соматичних захворюваннях, що супроводжуються виснажливим больовим синдромом, у пацієнтів можуть відзначатись неврастеноподібні стани, що проявляється *дратівливою слабкістю* , лабільністю емоцій. У процесі розмови під час стомлення хворі можуть дати реакцію подразнення, заплакати, відмовитися від подальшої розмови. Іноді така поведінка може виглядати неадекватною, оскільки розмова не мала емоційно значущого характеру для хворого.

З огляду на наявність соматичного захворювання психічна діяльність пацієнтів може відреагувати появою *тривоги* – тобто очікування невизначеної небезпеки, несприятливого розвитку подій. Найбільш яскраво виражена тривога у хворих на кардіальний профіль.

Ці дані вказують на те, що лікувально-профілактичні заходи соматичних захворювань повинні включати не тільки етіопатогенетичне лікування основного захворювання, а й нормалізацію емоційного фону, зумовленого соматическим станом у вигляді проведення психотерапевтичних бесід (та інших методів) та заспокійливих, седативних засобів.

**Двигуно-вольова активність** (поведінка) людини детермінується соціальними та біологічними механізмами і складається з окремих дій: інстинктивних, вольових, автоматизованих.

*Інстинкт* – цілеспрямована пристосувальна діяльність, обумовлена вродженими механізмамиі що характеризується сталістю реакцій у відповідь на дію певних подразників. На основі інстинктів формуються потяги, що забезпечують реалізацію біологічних потреб. Потяги є філогенетично старішою функцією, ніж воля і з'являються з урахуванням харчового, оборонного і статевого інстинктів.

*Воля* – це свідома та цілеспрямована психічна активність, пов'язана з подоланням перешкод та регуляцією діяльності людини. Вольове дію – завжди дію свідоме, цілеспрямоване, з якого людина планово здійснює мету, що стоїть перед ним, підпорядковує свої рухи, вчинки свідомому контролю, змінює навколишню дійсність відповідно до свого задуму. Часто повторюючись, вольова дія перетворюється на автоматизоване.

Вольові процеси виникають при реалізації будь-якої потреби, прагнення, потреби в чомусь. Але одна річ – відчувати прагнення, а інша – її усвідомлювати. Залежно від міри усвідомлення потреба виражається у вигляді:

*Потягу* – це несвідоме і безпредметне, не пов'язані з уявленням мети прагнення, яке або розвивається, згасає, або, стаючи усвідомлюваним, реалізується у вигляді конкретного *бажання* .

*Бажання* – усвідомлена потреба, потяг, спрямоване конкретний об'єкт.

**Етапи вольового процесу.**

Виділяють прості та складні вольові акти. У простому вольовому акті спонукання до дії майже переходить у дію.

Виділяють 4 основні етапи складного вольового акта: 1) виникнення спонукання та попередня постановка мети; 2) обговорення та боротьба мотивів; 3) ухвалення рішення; 4) виконання рішення.

**Вольові якості особистості** : 1) ініціативність; 2) самостійність, незалежність; 3) рішучість (у прийнятті рішення); 4) наполегливість у виконанні рішення; 5) самоконтроль, витримка, самовладання; 6) послідовність та принциповість.

Ці особистісні якості багато в чому визначають поведінку хворого в процесі діагностики та лікування, допомагають у боротьбі із захворюванням поряд із медикаментозними засобами. Такі пацієнти здатні тверезо оцінювати обставини щодо стану здоров'я; вміють приймати усвідомлені рішення, отримавши вичерпну інформацію медичних працівників; їх емоційні прояви адекватні ситуації; вони не сидять, склавши руки, а прийнявши рішення - негайно приступають до його здійснення, виявляючи наполегливість при досягненні мети; їх дії послідовні та цілеспрямовані.

**Свідомість** – вища форма відображення людиною навколишньої дійсності, що є сукупність психічних процесів, що дозволяють носієві свідомості орієнтуватися насправді, часу та особистості. Воно включає самосвідомість та свідомість навколишнього. Ясна свідомість можлива за повної чи відносної безпеки всіх психічних процесів, необхідною умовою якого є правильне функціонування відповідних нервових утворень і провідних шляхів.

Доведено роль підкіркових утворень та ретикулярної формації у підтримці тонусу свідомості, рівня неспання. При відносно низьких рівнях неспання, наприклад, уві сні, свідомість у повному обсязі своїх функцій не виявляється. Саме тому сон пропонується кваліфікувати як змінений стан свідомості. У той самий час за дуже сильному емоційному напрузі, коли рівень неспання досягає найвищих значень, зміст свідомості починає страждати, відбувається своєрідне «звуження». Нарешті, існує «ясне свідомість», тобто. такий стан, коли людина вільно реалізує всі функції свідомості, і прийняті нею рішення найусвідомленіші.

Критеріями непорушеної свідомості вважаються *усвідомлення людиною самого себе (власної особистості, самосвідомість), усвідомлення простору та часу,* в якому в даний момент він існує.

**Самосвідомість** – одне із сторін свідомості, що включає усвідомлення людиною себе як особистості з властивими їй інтересами, цілями, мотивами, світоглядом. Усвідомлення людиною власної особистості є суттєвою ознакою психічної норми. Багато психічні захворювання можуть порушувати процес самосвідомості та призводити до того, що людина усвідомлює себе не тим, ким є насправді.

**Рівні самосвідомості: (Додаток 4)**

1) Органічний (природний): відображення суб'єкта у системі його органічної активності, виділення суб'єкта із середовища, переживання суб'єктної віднесеності своїх действий. Виникає до появи мови та включає м'язове почуття – загальне переживання комфорту чи дискомфорту.

2) Соціальний (індивідуальний): вираження суб'єкта у системі його колективної, предметної діяльності та детермінованих нею відносинах. Виникає у разі мови. Включає сприйняття себе, яке формується при порівнянні себе з іншими , розмежування "я" і "не я", "моє" і "чуже".

3) Особистісний: відображення суб'єкта в системі його особистісного розвитку, пов'язаного з такими феноменами, як усвідомлення своєї соціальної цінності та зрілості, сенсу свого буття, місця в суспільстві, оцінок у своїх соціальних та особистісних досягнень у минулому, теперішньому та можливих перспектив свого розвитку.

Існування рівнів самосвідомості відповідає наступним принципам: а) кожен із рівнів розвитку того чи іншого процесу чи структури є необхідним для наступного; б) кожен із рівнів розвитку має власну природу, тобто. утворений суттєво різними зв'язками, відносинами; в) кожен із нижчих рівнів до певної міри є умовою розвитку вищележачого; г) вищий рівень керує нижчим; д) іманентний розвиток кожного рівня не припиняється з появою вищого.

**Змінені стани свідомості (ІДС).** Особливості свідомості накладають відбиток на якість та повноту самопочуття хворої людини. Різні рівні ясності свідомості суттєво видозмінюють як цілісність свідомості та самосвідомості себе та навколишнього світу, так і глибину контакту між лікарем та пацієнтом.

Під ясним свідомістю розуміється такий стан, у якому особистість правильно і *повністю орієнтована у місці, часу й особистості* .

Можна виділити фізіологічні ІДС характерні для психіки здорових людей, свідомість яких «змінюється», але не досягає виражених ступенів, характерних для будь-яких порушень психіки, а також патологічні стани свідомості.

Фізіологічні ІДС є невід'ємним елементом неспання здорової людини, мають різноманітні причини, недовго тривають, змінюються нормальним неспанням , або іншим ІДС. Сюди відносять ІДС спонтанно виникаючі, за звичайних для даної людини умовах (засипання або перенапруга) або в незвичайних, але природних обставинах (нормальні пологи, екстремальні умови); штучно викликані (сенсорна ізоляція або сенсорне навантаження); обумовлені психотехнічними прийомами (методами психічної саморегуляції чи гіпнозу, релігійними обрядами та інших.)

Патологічні ІДС докладно обговорюються в курсі клінічної психіатрії. Проте, слід зазначити, що наростаючі стану *оглушеності* свідомості, максимумом розвитку яких є *сопорозні* та *коматозні* стани, прогресивно знижують орієнтування хворого на місці, часі, власної особистості. Всі зовнішні обставини з великими труднощами асимілюються у внутрішніх переживаннях хворого, тоді як усі внутрішні, суб'єктивні переживання з не меншими труднощами набувають зовнішньої виразності. При цих станах відсутні галюцинаторні переживання, маячні ідеї та інші ознаки психічних розладів.

Інша форма затьмарення свідомості – *сутінковий розлад* – є минуще болісне звуження поля свідомості, у якому обмежено надходження подразників і об'єктів з сприймається хворим простору з наступною повною амнезією пережитих подій.

При таких розладах свідомості як *делірій* (алкогольний психоз) і *онейроїд* (мріяний стан) спостерігається не тільки дезорієнтування у власній особистості або навколишньому, а й галюцинаторні, фантастичні образні переживання.

Таким чином, всі патологічні розгорнуті стани свідомості грубо порушують орієнтування, сприйняття та оцінку реальної ситуації хворим, у тому числі змінюється розуміння самої хвороби та обставин медичного обстеження та лікування, що виражається у хворобливих висловлюваннях пацієнтів, їх неадекватній поведінці. Подібний стан потребує своєчасного розпізнавання та правильної лікарської тактики. Зазначені ІДС нерідко зустрічаються у хворих на соматичні розлади, у зв'язку з чим знання лікаря критеріїв ясного і патологічно змінених станів свідомості є актуальним.

**Нозогенії (психогенні реакції) -** клінічно завершені психічні розлади, зумовлені впливом психотравмуючих подій, пов'язаних із соматичним захворюванням.

Поява нозогеній зумовлена єдністю „психіки” та „соматики”. Так, поява у людини соматичного захворювання тягне у себе зміни у психічної діяльності, які можуть бути у вигляді невротичних синдромів, синдромів порушення емоцій та характеру.

При гіпертрофованій оцінці переживань, пов'язаних зі здоров'ям, у соматично хворих можуть виникнути страхи і тривожні побоювання з приводу свого нездоров'я, почуття безнадійності, песимістичне бачення хвороби, іпохондрія (перебільшене уявлення про тяжкість соматичного захворювання, впевненість у його невиліковності, наслідки).

При низькій суб'єктивній значущості переживань тілесного неблагополуччя у пацієнтів із соматичною патологією може виникнути демонстративно-зневажливе ставлення до лікування, проблем прогнозу та результату захворювання. Однак поза фасадом награного оптимізму є страх порушення життєво важливих функцій організму. Відповідно пацієнти охоче погоджуються виконувати лікувальні процедури, дотримуються рекомендацій.

Іноді у пацієнтів із соматичними захворюваннями має місце ейфорія, неадекватно-оптимістична оцінка як справжнього стану, і наслідків хвороби (такі явища нерідко спостерігаються при туберкульозі і розсіяному склерозі). Такі хворі, ігноруючи вмовляння родичів та медичного персоналу, порушують режим, «забувають» про необхідність прийому ліків і, незважаючи на несприятливий прогноз, будують райдужні плани на майбутнє.

У хворих із загрозливим життям патологією (злоякісні новоутворення, гострий інфаркт міокарда) нерідко можна спостерігати заперечення тих аспектів хвороби, які мають загрозливий сенс. Так, виключається можливість смерті.

Розуміння лікарем психічного стану соматично хворої людини необхідне для правильного трактування скарг пацієнта, адекватної оцінки тяжкості його стану, пояснення мотивів його вчинків та запобігання можливим небажаним наслідкам поведінки пацієнта в період хвороби.

**Вивчення психічного стану пацієнта.**

Дослідження психічного стану слід починати з короткого опису зовнішнього вигляду хворого, звертаючи особливу увагу на охайність одягу, зачіску, макіяж. Ознаки занедбаності та неохайності можуть спостерігатися при багатьох психічних захворюваннях (депресивних розладах, деменції, шизофренії).

Далі необхідно описати поведінку хворого стосовно лікаря. Чи охоче він вступає у контакт? Чи доброзичливо тримається? Чи налаштований він підозріло чи негативно? Чи зберігає він почуття дистанції при зверненні до лікаря (звертається на «Ви» чи «ти»)?

При оцінці рухової активності слід звертати увагу вираз обличчя, міміку, позу, ходу пацієнта. Необхідно відзначати швидкість рухів, кількість, наявність патологічних рухів. Буває замало рухів, у яких відзначається бідність довільних рухів, міміки; загальмованість, коли всі рухи уповільнені; абулія - стан безволі, при якому у хворого відсутні спонтанні спонукання до діяльності; ступор, при якому пацієнт повністю знерухомлений на тлі збереженої свідомості. Може відзначатися підвищення рівня рухової активності (гіперактивність), коли рухів занадто багато; руховий занепокоєння, непосидючість, пов'язані з тривогою; акатизія - непосидючість, пов'язана з побічною дією нейролептиків. У пацієнта можуть бути мимовільні рухи у вигляді тиків, хореічних рухів, а також гостра дистонія (болюча скутість і спазми в тілі), що виникають при прийомі нейролептиків, тремор і пізня дискінезія, що проявляється повторюваними і болісними рухами.

Для оцінки стану свідомості та самосвідомості пацієнта необхідно перевірити його орієнтування в місці (Де ми зараз знаходимося? Як називається ця установа? У якому місті ми знаходимося?), часу (Який сьогодні день тижня? Яке сьогодні число, місяць і рік? Яка пора року ?) та власної особистості (Як Вас звати? Скільки Вам років? Назвіть свій рік народження, місце народження). Відповіді хворого необхідно дослівно записувати, фіксуючи будь-які дані про порушення орієнтування.

Повна орієнтування у місці, часу та особистості свідчить про ясному стані свідомості. Порушення будь-якого виду орієнтування свідчить про часткове орієнтування або дезорієнтування, що є головною ознакою затьмарення свідомості (часто зустрічається при делірії, аменції, онейроїді).

Мислення пацієнта слід оцінювати за допомогою його мови (або листа).

До кількісних змін мови відноситься зміна її темпу: уповільненість мови (зустрічається при депресії) характеризується затримкою мови на початку висловлювання (пацієнт відповідає на питання після деякої паузи), а також уповільненим темпом висловлювань; прискореність мови відбиває швидкий потік ідей («стрибка ідей»), часто таку мову важко перервати (зустрічається при маніакальному стані). Збіднення розмовної мови може відзначатися при деменції (недоумкуватості), при якій хворий або говорить мало, або дуже багато, але при цьому його висловлювання малозмістовні, розумової відсталості, при якій має місце обмежений словниковий запас або при педагогічній занедбаності.

Для оцінки якісних характеристик мислення слід звертати увагу на послідовність та зв'язність мови. При нормальному перебігу асоціативної діяльності висловлювані одна одною ідеї логічно пов'язані спрямовані до мети. Порушення логічної послідовності ідей часто зустрічається при шизофренічному розладі мислення. Так, ковзаюча мова характеризується переходом від однієї теми до іншої без досягнення кінцевої мети розмови, а про розірване мислення слід говорити, коли пропозиції, що йдуть одна за одною в мові хворого, взагалі не мають між собою зв'язку. При крайніх формах розладу може перетворюватися на набір не пов'язаних між собою слів («словесна окрошка»).

Слід звертати увагу будь-які теми, яких пацієнт багаторазово звертається під час розмови. Якщо не виявляється явних ознак надмірної стурбованості, можна запитати:

*Що Вас найбільше турбує?*

*Ви маєте якісь думки, які Ви не в змозі викинути з голови?*

Цілком природна стурбованість, яка адекватна життєвим обставинам людини, проте, занепокоєння буває і патологічною. Наприклад, «розумова жуйка» - думки, що повторюються, і теми (частіше неприємного змісту), які хворий може обмірковувати протягом тривалого часу і не може їх позбутися (зустрічається при нав'язливих станах). Нескінченні роздуми можуть бути пов'язані з ідеями винності, низькою самооцінкою, іпохондрією (переконаність хворого в наявності у нього тяжкого, невиліковного захворювання).

Наявність у хворого хибних суджень і висновків, які не піддаються переконанню, звуться маячних ідей, які будуть докладно розглянуті в курсі загальної психопатології.

Суїцидальні думки мають особливе значення для життя хворого. У пацієнта, який сказав, що життя його не варте того, щоб його продовжувати, слід запитати:

*У Вас коли-небудь метушні думки покінчити з життям?*

*Ви планували, що саме Ви маєте зробити?*

Суїцидальні думки найбільш поширені при депресії, проте не обмежуються лише цим розладом.

Для оцінки порушень мислення використовуються різні психодіагностичні методики: методика класифікації предметів, методика виключення предметів **(Додаток 5 , 6 ).** При проведенні зазначених методик можна виявити порушення мислення, при якому страждають його основні операції, такі як аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, конкретизація, побудова суджень та висновків .

Про різнопланове мислення можна говорити в тому випадку, коли пацієнт знаходить кілька логічно обґрунтованих з його точки зору варіантів розв'язання задачі, однак, що характеризуються опорою на латентну ознаку.

Дослідження абстрактного мислення проводиться виявлення його розладів у вигляді розуміння хворим переносного сенсу однієї чи двох прислів'їв.

Можна розпочати з прикладу:

*Прислів'я – це вирази, які мають переносне, узагальнене значення. Ви чули, кажуть: "Яблуко від яблуні недалеко падає"? Що це означає?*

Слід записати відповідь; якщо він правильний - запропонуйте важче завдання:

*Тепер поясніть мені сенс прислів'я «не рубай гілку, на якій сидиш».*

Аналізуючи отримані відповіді, можна виявити ознаки конкретного мислення (зустрічається при зниженому інтелекті, при органічному ураженні мозку), а також якісні порушення мислення (які можуть вказувати на шизофренію).

Дослідження емоційного стану хворого включає: суб'єктивну оцінку настрою та емоційних реакцій – дані об'єктивного спостереження, вивчення функцій вегетативної нервової системи.

Суб'єктивна оцінка хворим свого настрою визначається під час постановки відкритого питання:

*Який у Вас настрій був останнім часом?*

Якщо хворий описує депресивний настрій («сумний», «сумний», «поганий»), необхідно ставити питання, спрямовані на уточнення характеру депресивного настрою, а також виявлення можливих суїцидальних намірів:

*Чи відчуваєте Ви просто тугу, чи є тривога, чи апатія? Чи буває у Вас відчуття «каменю на душі»?* (Питання виявлення вітального характеру депресії).

*Про що ви зазвичай думаєте, коли у вас такий настрій? Що ви думаєте про своє майбутнє? Чи буває у Вас відчуття повної безнадійності, тому що життя не варто того, щоб продовжувати існування?*

Настрій може бути підвищеним, ейфоричним, що проявляється у відповідному вираженні обличчя, позі, ступеня рухливості.

Слід також звернути увагу, якою мірою коливається настрій під час розмови, чи адекватні ці коливання змісту бесіди. Може мати місце емоційна лабільність, що характеризується вираженими, занадто швидкими коливаннями настрою відповідно до обставин і втрати контролю (зустрічається при деменції, органічних ураженнях головного мозку).

Слід звертати увагу на можливу наявність дратівливості, внутрішньої напруги, тривоги, страху, апатії. Афективні зміни зазвичай супроводжуються нестійкістю функцій нервової системи, підвищення яких типове всім психічних розладів, що з тривогою чи страхом. Свідченням цього є холодні, вологі від поту долоні, прискорене серцебиття та дихання, сухість у роті.

Психодіагностичне дослідження емоцинального стану пацієнта містить досить широкий спектр психодіагностичних методик. Нами наводяться дві короткі шкали оцінки настрою, що дозволяють визначити наявність у пацієнта тривоги та депресії **(Додаток 7)** .

Для дослідження уваги пацієнта (концентраційної функції, стійкості, перемикання), а також виявлення виснаження уваги, йому можна запропонувати наступні завдання:

*Назвіть мені дні тижня у зворотному порядку, починаючи з суботи.*

*Назвіть мені місяці року у зворотному порядку, починаючи з грудня.*

Необхідно дослівно записувати відповіді хворого, відзначаючи тривалість виконання кожного тесту. За відсутності у випробуваного порушень уваги, він, зазвичай швидко і без помилок виконує ці завдання.

Наступне завдання відрізняється від попередніх тим, що його виконання більшою мірою залежить від інтелектуальних здібностей та рівня освіти пацієнта:

*Зі ста вичитайте послідовно по сім і кажіть результат.*

Якщо пацієнта повідомляє, що це надто складно, попросіть його відняти по три від двадцяти.

Дослідження пам'яті включає суб'єктивну оцінку хворим стану своєї пам'яті, для чого необхідно поставити пряме питання: *«Як Ви оцінюєте свою пам'ять?»* та дослідження за допомогою психодіагностичних тестів як короткочасної, так і довготривалої пам'яті.

**Психодіагностика короткочасної пам'яті включає:**

1. Фрази Стенфорда-Біне – тест на запам'ятовування та безпосереднє відтворення, в якому береться до уваги інтелект. Поясніть пацієнтові суть завдання:

*Я попрошу Вас запам'ятати пропозицію. Уважно вислухайте і повторіть якомога точніше.*

Повільно прочитайте одну з наведених нижче пропозицій, вибравши найбільш підходяще для даного хворого, виходячи з передбачуваного рівня інтелекту. Потім попросіть пацієнта відразу повторити прочитане. При неправильному відтворенні підберіть легшу пропозицію, при точному – запропонуйте важче. Читайте пропозицію лише один раз, повільно та чітко. Відповідь записуйте буквально.

Ось пропозиція, яка розрахована на дорослих зі зниженим інтелектом (вона успішно запам'ятовується одинадцятирічними у 50% випадків):

*Вчора ми прокотилися машиною дорогою, що проходить через міст.*

Наступна пропозиція призначена для дорослих з помірно вираженим зниженням інтелекту (успішно запам'ятовується 30-річними у 50% випадків):

*Літак приземлився точно на приготованому для нього посадковому майданчику.*

Для дорослих із середнім інтелектом:

*Червоноголові дятли зчинили жахливий шум, коли намагалися прогнати хлопчаків від свого гнізда.*

Для дорослих з високим інтелектом:

*Наприкінці цього тижня газети опублікували докладний звіт про експерименти, проведені видатним дослідником.*

2. «Ім'я-адреса-квітка» - тест на запам'ятовування, безпосереднє відтворення та короткочасну пам'ять.

Поясніть пацієнтові завдання:

*Я назву Вам ім'я та адресу уявної людини, а також назву квітки, яка їй подобається. Це традиційне дослідження пам'яті, яке проводиться з кожним пацієнтом. Я хочу, щоб Ви постаралися запам'ятати все, що я скажу, і повторили відразу, як тільки я закінчу. Ось ці дані: Світлова Ірина; Харків, вулиця Пушкінська, 118. Квітка – жовтий нарцис.*

*Тепер повторіть це.*

Запишіть ім'я та адресу, названі Вами хворому, та його безпосередню відповідь. Зверніть увагу, що необхідно запам'ятати дев'ять одиниць інформації. У разі вибору імені та адреси уникайте дуже поширених імен (наприклад, Іван Петров) або місцевих адрес, добре відомих пацієнтові. Якщо хворий зробив помилку, прочитайте ще раз ті ж дані і попросіть повторити їх знову. Продовжуйте це доти, поки хворий не повторить все точно, і зареєструйте кількість зроблених спроб. Після того, як хворий відтворив потрібну інформацію правильно, скажіть:

*Постарайтеся, будь ласка, запам'ятати це ім'я та адресу – пізніше я знову попрошу вас назвати їх.*

Потім почніть проводити дослідження пам'яті на віддалені події, а за дві хвилини попросіть хворого повторити ім'я та адресу. На цей раз не виправляйте жодних помилок. Ще через три хвилини знову запропонуйте повторити, щоразу записуючи відповіді.

Більшість випробуваних можуть безпомилково повторювати ім'я та адресу негайно після прослуховування та через п'ять хвилин. Три і більше помилки при повторенні за п'ять хвилин дають серйозні підстави припускати клінічно значуще порушення пам'яті.

**Психодіагностика довготривалої пам'яті:**

Можна дослідити пам'ять на недавні події, розпитуючи пацієнта про те, що відбувалося у його житті протягом останніх кількох днів, а також про враження за цей період. Наприклад, запитайте:

*Скільки часу Ви перебуваєте у лікарні?*

*Хто вас сюди доставив?*

*Ви можете розповісти про телевізійні передачі, які Ви дивилися вчора ввечері?*

Перевірте пам'ять на віддалені події, запитуючи деякі факти з біографії хворого, наприклад:

*Ви можете сказати, як називався останній закінчений Вами навчальний заклад? А хто ним керував? Як його прізвище? Назвіть дату Вашого весілля.*

Відповіді на питання про події загального характеру, що відбувалися в минулому (наприклад, датах початку та закінчення Другої світової війни або імена останніх президентів), характеризують швидше за все загальну ерудицію, ніж стан довготривалої пам'яті, і залежать від інтієлекту та освіти так само, що та від пам'яті. Зазвичай використовуються такі питання:

*Чи можете ви перерахувати мені п'ять великих міст України?*

*А назви п'яти фруктів?*

*Як прізвище прем'єр-міністра?*

 Дослідження інтелекту . У процесі розмови з пацієнтом складається певне враження про рівень інтелектуальних здібностей на основі використовуваного ним словникового запасу, складності висловлюваних концепцій та правильно відтворюваних фраз Стенфорда-Біне відповідного ступеня складності. Якщо всі ці показники узгоджуються з відомим нам з анамнезу рівнем освіти, а при виконанні описаних вище тестів не виявлено жодних ознак зниження пам'яті, навряд чи буде доцільно проводити спеціальне дослідження інтелекту.

Якщо є підстави припускати розумову відсталість, доцільно застосувати прості тести на кмітливість, наприклад:

*Скільки тричі буде дев'ять?*

*Шістнадцять поділити на чотири?*

*Чим відрізняється паркан від стіни?*

*Якщо прапор розвивається у бік заходу, то звідки дме вітер?*

Серйозні труднощі під час виконання завдань може викликати неписьменність. Якщо є підстави сумніватися в грамотності випробуваного, запитайте:

*Ви вчилися читати та писати у школі?*

*Ви не проти прочитати мені уривок із цієї газети?*

Для виявлення органічного ураження мозку можна використовувати Ньюкаслскую шкалу **(Додаток 8)** .

Усвідомлення та оцінка пацієнтом свого психічного стану (критика до хвороби) , а також його причин рідко бувають повними, можуть бути частковими, а часто можуть бути абсолютно відсутніми. З метою з'ясування цієї обставини можна поставити такі питання:

*Чи вважаєте Ви себе хворою чи здоровою людиною?*

*Чи потрібно Вам, на Вашу думку, лікуватися в цій лікарні?*

*Чи правильно те, що Ви проходите лікування?*

*Яка допомога, на вашу думку, вам потрібна зараз?*

Оцінка ступеня усвідомлення пацієнтом свого психічного стану є дуже важливою з точки зору організації його лікування. Хворий, який не визнає, що його суїцидальні думки є симптомом лікування з гарним прогнозом, набагато схильніший діяти відповідно до них - отже, він потребує посиленого спостереження в умовах стаціонару. Якщо пацієнт з абсурдними ідеями переслідування не усвідомлює, його його страхи обумовлені захворюванням, - він може стати небезпечним для оточуючих і сильніше схильний до ризику травматизму. І навпаки – від пацієнта, який поділяє думку лікаря з питань лікування, можна очікувати, що він свідомо братиме участь у лікувальному процесі.

Загальну схему дослідження психічного стану пацієнта наведено у **додатку 9** .

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №16. Під час дослідження психологом пам'яті б-го Д., 43 л., за методикою «запам'ятовування 10 слів» при п'ятикратному повторенні отримані такі результати: 5 – 5 – 6 – 7 – 6 – 7 слів, через 1 годину – 6 слів. Яку функцію пам'яті порушено?

A ) збереження інформації

B ) відтворення інформації

C ) забування інформації

D ) пам'ять не порушена

E ) запам'ятовування інформації

Завдання №17 . Пацієнт З., 33 л., скаржиться на поганий настрій, тяжкість на душі, поганий сон і апетит, пов'язуючи цей стан зі скороченням на роботі. Який із психологічних методик необхідно віддати перевагу психологу для правильної оцінки психічного стану хворого?

A ) методика Ч. Д. Спілбергера

B ) коректурна проба

C ) методика запам'ятовування 10 слів

D ) методика класифікації предметів

E ) методика В. Зунга

Завдання №1 8 . Метою проведення психологічного дослідження б-го К., 29 л., Що пред'являє скарги на загальну слабкість, розсіяність, складність засвоєння нової інформації, є оцінка його уваги. Який із перерахованих методик необхідно скористатися?

A ) методика Ч. Д. Спілбергера

B ) методика В. Зунга

C ) методика запам'ятовування 10 слів

D ) методика класифікації предметів

E ) коректурна проба

Завдання №1 9 . Під час огляду б-го Н., 22 л., лікар-психіатр запідозрив захворювання шизофренічного спектра. З метою диференціальної діагностики призначив цілеспрямоване дослідження мислення хворого. Яка з перерахованих методик вирішить поставлене завдання?

A ) коректурна проба

B ) методика запам'ятовування 10 слів

C ) методика В. Зунга

D ) методика класифікації предметів

 E ) методика Ч. Д. Спілбергера

 Завдання №20 . Під час обстеження пацієнта Н. 45 років за допомогою Ньюкаслської шкали було отримано такі результати: сім балів із десяти. Про що свідчать ці результати?

A ) Наявність депресії

B ) Наявність тривожного розладу

C ) Розлади мислення

D ) Розлади уваги

E ) Наявність органічного ураження головного мозку

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

 **Психологія медичних працівників .**

 Актуальність теми: Професія медичного працівника належить до категорії «людина-людина». На ефективність діяльності цього фахівця значний вплив мають психологічні фактори, пов'язані як з лікарем, так і з пацієнтом та його родичами. Знання цих факторів, що впливають на постановку діагнозу, проведення лікування та реабілітації дозволить значно підвищити ефективність цих заходів.

Медицина є найбільш складною формою людської діяльності, що вимагає крім спеціальних знань та практичних навичок, ще інтуїції та високих душевних якостей. При зверненні за медичною допомогою людина розраховує на отримання кваліфікованої та якісної послуги. Це означає, що відповідно до захворювання допомогу повинен надавати лікар, який має відповідну професійну підготовку, у відповідному обсязі та з використанням правильних, доброякісних засобів.

Професійна діяльність медичних працівників передбачає емоційну насиченість, психофізичну напругу та високий відсоток факторів, що викликають стрес. Стресові ситуації на роботі - це звичайне явище, що часто виникає. Чи впливає професія лікаря на внутрішнє, психічне його життя? Чи можливі взагалі зміни під впливом професії? Може, правдою є твердження, що особистісні особливості людини впливають на характер здійснення ним тієї чи іншої професійної діяльності? Можливо, тільки "залізні" і "товстошкірі" займаються психіатрією чи хірургією, а, наприклад, ті, хто любить повчати і займати чільну позицію — педагогікою? Хотілося б спробувати відповісти на ці питання саме тому, що якщо вплив професії неминучий, необхідно знати особливості цього впливу та можливості побудови певних механізмів захисту, якщо цей вплив негативний.

Психологічні умови діяльності медичних працівників, а також деонтологічні принципи їхньої роботи формують особливі вимоги, як до їхньої поведінки, так і до особистості. Знання основних вимог, що висуваються до особи медичного працівника, дозволять планувати заходи щодо відбору кандидатів у медичні вузи та розвитку необхідних професійних характеристик у молодих фахівців у період їх професійної адаптації. З іншого боку, тривале здійснення лікарської діяльності призводить не тільки до вдосконалення певних професійних навичок, але і до ряду несприятливих змін, як для особистості медичного працівника, так і успішності його діяльності. Наприклад, проблеми професійної деформації та емоційного вигоряння, які виникають у працівників «допомагають» професій.

Знання цих психологічних явищ, вміння проводити їхню своєчасну діагностику та корекцію дозволяє підвищити не тільки ефективність праці медичних працівників, але й їхню задоволеність своєю діяльністю, таким чином, вивчення цих станів є актуальною проблемою.

Мета навчання (загальна) : вміти інтерпретувати та аналізувати психологічні особливості особистості медичного працівника , а також оцінити їх вплив професійну соціалізацію.

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі: вміти | Цілі вихідного рівня: вміти |
| 1. Визначати мотиви вибору професії медичного працівника. Вміти складати професіограму лікаря. | 1. Застосовувати на практиці навички спілкування з колегами та пацієнтами, користуючись правилами етики та деонтології (кафедра психології та педагогіки). |
| 2. Розрізняти поняття: лікарський обов'язок, лікарська таємниця; Лікарська помилка, нещасний випадок, професійні правопорушення. | 2. Виділяти основні вимоги до особи лікаря (кафедра історії медицини). |
| 3. Навчитися виявляти професійні деформації, «синдром емоційного вигоряння». | 3. Мати навички роботи з правовими документами та Конституцією України (кафедра політології). |
| 4. Визначати особливості міжособистісного спілкування та вміти застосовувати їх на практиці. | 4. Застосовувати навички психологічного обстеження людини (кафедра психології та педагогіки). |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонується виконати такі завдання:

Завдання № 2 1. Керувати людьми найлегше людині, яка має темперамент:

A ) сангвінік

 B ) холерик

 C ) флегматик

 D ) меланхолік

 E) –

Завдання № 2 2. Ятрогенії обумовлені:

 A ) труднощами лікарської професії

 B ) недостатньою професійною кваліфікацією лікаря

 C ) недостатніми моральними якостями лікаря

 D ) дефектами організаційного характеру

 E )

Завдання № 2 3. Дотримання лікарської таємниці – це:

 A ) ініціатива лікаря

 B ) рекомендація Всесвітньої медичної асоціації

 C ) етична необхідність

 D ) вимога статей закону України

E) –

Завдання № 2 4. Адаптація включає:

 A ) адаптацію психофізіологічну

 B ) адаптацію соціально-психологічну

 C ) адаптацію професійну

 D ) адаптацію пізнавальну

 E ) все перераховане

Завдання № 2 5. Виходячи з теорії рідин організму (Гіппократ), який із методів лікування душевних розладів є найбільш обґрунтованим:

 A ) гіпноз

 B ) очищення

 C ) трепанація

 D ) електросудомна терапія

 E ) нічого з перерахованого

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996,

стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

Граф 3

При виборі професії людина може керуватися такими мотивами: матеріальний, батьківські настанови, інтерес до професії, громадський престиж, статеворольові фактори, можливість просування по службі.

Усі мотиви можна поділити на внутрішні та зовнішні. *Внутрішні мотиви* вибору професії лікаря — індивідуально-психологічні особливості особистості, її соціально-психологічні установки, система її ціннісних орієнтацій, суспільна та особиста значущість професії, задоволення, яке приносить робота завдяки її творчому характеру, можливість спілкування, надання допомоги людям тощо. Внутрішня мотивація виникає *з потреб самої людини,* тому на її основі людина працює із задоволенням, без зовнішнього тиску.

*Зовнішня мотивація* - престиж професії, її затребуваність і оплачуваність, предмет праці, об'єктивна можливість вступу до конкретного вузу, вплив сім'ї (що виражається в наступності праці від батьків та їх вплив на процес ухвалення рішення про остаточний вибір професії) Зовнішні мотиви можна розділити на позитивні . До позитивних мотивів ставляться: матеріальне стимулювання, можливість просування службовими щаблями, схвалення колективу, престиж, тобто. стимули, заради яких людина вважає за потрібне докласти своїх зусиль. До негативних мотивів ставляться на особистість шляхом тиску, покарань, критики, засудження та інших санкцій негативного характеру.

У реальному житті вибір професії обумовлений дією багатьох різноспрямованих факторів. Переважна більшість внутрішніх мотивів і позитивної зовнішньої мотивації найефективніше з погляду задоволеності працею та її продуктивності. Наприклад, досить поширена думка про престижність професії лікаря знайшла підтвердження лише у 2,9% респондентів. Вирішальним мотивом вибору професії лікаря у 50% опитаних став інтерес до обраної спеціальності, у 8% можливість піклуватися про здоров'я своїх близьких, вибір 1,5% зумовила сімейна традиція, а 8% мріяли зовсім про іншу кар'єру, але змушені були поступитися волі батьків. .

Успішність та професіоналізм лікаря залежать насамперед від рівня знань і навичок, якими він володіє, але так само важлива наявність певних особистісних характеристик. Основні *вимоги* , що пред'являються до *особи* медичних працівників такі: 1) толерантність та витриманість; 2) доброзичливість та привітність; 3) відповідальність; 4) акуратність; 5) тактовність; 6) оптимістичність; 7) уважність; 8) готовність у час надати необхідну медичну допомогу; 9) безкорисливість, 10) комунікативність та почуття гумору.

Необхідні *професійні якості* лікаря:

1) Комунікативна компетентність:

- знання у галузі загальної психології (типи темпераменту та особистості, особливості поведінкових реакцій, розуміння психологічної ситуації, в якій перебуває хворий та його родичі);

- Наявність комунікативних навичок (уміння встановлювати контакт, читати невербальні знаки, правильно подати себе - впевнена манера поведінки);

- Емпатійність.

2) Емоційний самоконтроль і толерантність (уміння залишатися у своїй професійній ролі, переносити неприємні йому особливості особистості та поведінки пацієнта).

3) Аффилиативная потреба (здатність переносити значні психоемоційні навантаження, пов'язані як з типом нервової системи, а й із ступенем вираженості прагнення взаємодіяти коїться з іншими людьми).

4) Здатність до рефлексії.

5) Прагнення професійного зростання.

6) Високий рівень загальної культури.

Вибір професії – одне із найскладніших життєвих завдань. Активізацією людини у формуванні психічних, інтелектуальних і фізичних якостей, необхідні тієї чи іншої професії, займається професійна орієнтація. *Професійна орієнтація* - комплекс спеціальних заходів сприяння людині у професійному самовизначенні та виборі оптимального виду зайнятості з урахуванням її потреб, інтересів та можливостей відповідно до соціально-економічної ситуації на ринку праці. У роботі з профорієнтації важливе значення має професійна освіта, професійна інформація, професійна пропаганда. Повнота та об'єктивність матеріалу сприяють формуванню у майбутнього фахівця відомостей про привабливі сторони професії, труднощі її освоєння, про творчість та радість трудових досягнень, чому важливі не лише професійні якості, а й особистісні, інтелектуальні. *Професіографія -* опис професії з погляду вимог, що висуваються до людини. Охоплює різні сторони конкретної професійної діяльності: соціально-економічні, технічні, правові, медико-гігієнічні, психологічні та ін. Результати вивчення професії оформлюються у професіограмі, важливим складником якої є психограма. *Психограма -* коротке зведення вимог, які пред'являються психіці людини як перелік необхідних професійних здібностей.

*Професіограма* повинна містити всю інформацію про професію:

- назва та підрозділ на спеціальності;

- операції, прийоми та дії, що виконуються фахівцем;

- необхідні загальні та спеціальні знання;

- знання психофізіологічних процесів стосовно даної професії (пам'яті, уваги, мислення, мови, емоційних сприйняттів, волі, витривалості, індивідуальних особливостей);

- професійні шкідливості та небезпечні моменти;

- матеріальні та моральні стимули, можливості підвищення кваліфікації та продовження освіти;

- психологічні, анатомо-фізіологічні та санітарно-гігієнічні протипоказання;

- Вказівки про те, де і як можна отримати цю професію.

Етика - це наука про моральність, вчення про норми поведінки людей у тому чи іншому суспільстві. Лікарська етика виховує у кожному лікаря, у кожній медичній сестрі особиста свідомість професійного обов'язку та професійної моральної відповідальності. Почуття, свідомість обов'язку – перші моральні акції особистості. Категорія борг відображає єдність суспільного та особистого у поняттях моралі. Коли людина підпорядковується імперативному наказу почуття обов'язку, мотив його вчинку вільний від міркувань вигоди. Де людина діє у злагоді зі свідомістю обов'язку, він діє безкорисливо. *Борг* означає певне коло професійних та громадських зобов'язань та виконання своїх обов'язків, що склалися на основі професійних чи суспільних відносин. Поняття обов'язок досить ємне. Щоб правильно виконати обов'язок, його необхідно до кінця усвідомити, у людини виникає потреба обґрунтовано виконувати свої обов'язки. Виконання обов'язку нерозривно пов'язане з моральними якостями особистості, рівнем суспільної свідомості. Медичний працівник, який володіє високими моральними якостями і добре знає свій обов'язок, виконує його чітко та якісно. Борг може розумітися формально через побоювання порушити законність, побоювання понести громадське чи адміністративне пророцтво. Виконання морального обов'язку перед суспільством залежить від соціально – політичної сутності панівного класу його ідеології. Моральний обов'язок кожного медика поєднує у собі патріотизм та принципи інтернаціоналізму. Так, медики надають безкорисливу медичну допомогу, народам багатьох країн, що розвиваються. *Борг медичного працівника -* ніколи й не під яким приводом не брати участь у діях, спрямованих проти фізичного та психічного здоров'я людей або загрозливих для їх життя. Медичний працівник, ніколи не під яким приводом не має права прискорити настання смерті навіть безнадійного хворого, він повинен усіма можливими способами зменшити страждання хворого та боротися за кожну годину його життя. Призначення медика – продовжувати, а не вкорочувати життя людини. Виконуючи професійний обов'язок, покладаючи він відповідальність, лікар переводить соціальні вимоги на мотиви своєї поведінки.

Прихід хворої людини до лікаря - подія сама по собі священна, яку можна порівняти з таємною сповіді. Збираючи від хворого відомості для суто медичних цілей, лікар свідомо чи мимоволі стикається з глибоко особистою або навіть потаємною інформацією. Лікар стає свідком того, що пацієнти приховують навіть від близьких людей. Натомість пацієнти очікують від лікарів не тільки професійної допомоги та співчуття, а й, як зрозуміло, конфіденційності. Так, щоденною реальністю медичного працівника стає лікарська таємниця.

*Лікарська таємниця -* інформація про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я громадянина, діагноз його хвороби та інші дані, отримані при його обстеженні та лікуванні. Не допускається розголошення відомостей, у т.ч., особами, яким вони стали відомі під час навчання, виконання професійних, службових та інших обов'язків, крім випадків, коли відповідно до законодавства та за згодою громадянина допускається передача таких відомостей у певних цілях, а також випадків, коли вони надаються відповідно до законодавства без згоди громадянина.

З вище сказаного випливає:

1. Кожен пацієнт має право збереження особистої таємниці, і лікар, як і інші особи, що у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і сам факт звернення по медичну допомогу, якщо хворий не розпорядився інакше.

1. Таємниця поширюється на всі відомості, отримані в процесі обігу та лікування хворого (діагноз, методи лікування, прогноз та ін.).
2. Медична інформація про пацієнта може бути розкрита:

- за ясно вираженою письмовою згодою самого пацієнта;

- на мотивовану вимогу органів дізнання, слідства, прокуратури та суду;

* якщо збереження таємниці істотно загрожує здоров'ю та життю пацієнта та (або) інших осіб (небезпечні інфекційні захворювання);
* у разі залучення до лікування інших фахівців, для яких ця інформація є професійно необхідною.
1. Лікар повинен стежити за тим, щоб особи, які беруть участь у лікуванні хворого, також дотримувалися професійної таємниці.
2. Особи, які мають право доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всі отримані про пацієнта відомості.
3. У процесі наукових досліджень, навчання студентів та удосконалення лікарів має дотримуватися лікарської таємниці. Демонстрація хворого можлива лише за його згодою.

Протягом століть до представників медичної професії висувалися вимоги про недопущення помилок. Лікар помиляється, т.к. має справу з дуже складним людським організмом, працюючи в умовах нестачі часу та об'єктивної інформації. Окрім цього, сама медична наука недосконала. Юридично, прийнято ділити несприятливі наслідки лікування на: лікарські помилки, нещасні випадки та професійні правопорушення (карані упущення) основний критерій їх поділу -правильність і помилковість дій з одного боку, і, з іншого боку, - причини, що викликали ці помилки.

*Лікарська помилка –* це неправильні дії чи бездіяльність при виконанні своєї роботи. *Види* лікарських помилок: *діагностичні -* пов'язані з постановкою діагнозу, *лікувально-тактичні -* помилка у виборі методів дослідження та оцінки їх результатів, *лікувально-технічні* - неповне обстеження хворого та помилки діагностичних або лікувальних маніпуляцій, організаційні (неправильна організація робочого ) помилки *ведення медичної документації;* помилки *поведінки медичного персоналу.* За даними Classen лідируючими є помилки при виборі лікарського препарату та його дози – 56%. Друге місце займають помилки, пов'язані з некоректною зміною дози та тривалістю застосування медикаментів – 34%. Лікарські помилки були, є і існуватимуть завжди, вони неминучі. Важливо зрозуміти їх причини та сутність, щоб звести їхню частку до мінімуму. *Причини* лікарських помилок можна розділити на великі групи: це *об'єктивні* (незмінність медичних концепцій, проблеми з технічним забезпеченням, організаційні труднощі) і *суб'єктивні* (низький професіоналізм лікаря, не вдосконалення лікарем своїх знань, не дотримання принципів деонтології). Перед суб'єктивного чинника припадає 60 - 70% причин діагностичних помилок. На практиці нерідкі випадки надання некваліфікованої допомоги незадовільної якості, наслідком якої може бути безрезультатне лікування або заподіяння шкоди життю та здоров'ю пацієнта. У цьому сенсі некваліфіковане лікування (не відповідно до того, як це прийнято робити в сучасній медицині) рівнозначне заподіянню шкоди, і можливе притягнення винних медичних працівників до відповідальності. Серед об'єктивних причин та обставин лікарських помилок виділяють:

* відсутність належних умов надання допомоги (лікар змушений був надавати допомогу в таких умовах, де неможливо було надати її відповідно до стандартів професії), погана матеріально-технічна оснащеність ЛПЗ;
* недосконалість медичних методів та знань (коли хвороба вивчена медичною наукою неповно, і помилка є наслідком неповноти знань не даного лікаря, а медицини загалом);

- Недостатній рівень професіоналізму лікаря, без елементів недбалості в його діях (лікар намагався зробити все, що міг, але його знання та вміння виявилися недостатніми для правильних дій).

Виділяють також важливі *обставини,* які можуть відігравати основну роль у настанні негативних наслідків:

- надзвичайна атиповість, рідкість чи злоякісність даного захворювання чи його ускладнення;

* винятковість індивідуальних особливостей організму пацієнта;
* неналежні дії самого пацієнта, його родичів, інших осіб (пізніше звернення по медичну допомогу, відмова від госпіталізації, ухилення, протидія при здійсненні лікувально-діагностичного процесу, порушення режиму лікування).
* особливості психофізіологічного стану медичного працівника (хвороба, крайній ступінь перевтоми)

Ці обставини можуть виступати і як тло, на якому здійснюються неналежні дії медичних працівників, обумовлені причинами суб'єктивного характеру.

*Нещасний випадок –* несприятливий результат лікарського втручання. Такий результат, який не вдається передбачити, а, отже, і запобігти через випадкові обставини, що об'єктивно складаються (хоча лікар діє правильно і в повній відповідності з медичними правилами і стандартними методами лікування).

*Професійні правопорушення (злочини) -* недбалі чи навмисні дії медичного працівника, що спричинили заподіяння шкоди життю та здоров'ю пацієнта.

Відмінність між лікарською помилкою та правопорушенням полягає у причинах та умовах їх виникнення. Лікарські помилки зазвичай допускаються в силу об'єктивних причин і обставин, що склалися (відсутність належних умов надання допомоги, дефіцит часу, недостатньо кваліфікований персонал). Тому відмінною рисою лікарських помилок є сумлінність дій медперсоналу. Законодавством України встановлено, що лікувально-профілактичні установи не можуть відповідати за діагностичні помилки, зумовлені складністю захворювання і не залежать від уваги та сумлінності персоналу. Якщо ці помилки з'явилися результатом недобросовісного ставлення до роботи медичного персоналу, то лікувальна установа має відшкодувати шкоду, заподіяну здоров'ю хворого з вини його працівників.

Описано чотири психологічні *типи лікаря,* що становлять альтернативні пари: *«супереживаючий» або «емоційно-нейтральний», «директивний» або «недирективний»* .

У поняття «співпереживаючого» типу лікаря включають такі якості як здатність глибоко зрозуміти і відчути проблеми пацієнта, емпатувати, співпереживати разом із хворим коливання його стану, розділяти його психологічні проблеми, нерідко приймати концепцію хвороби, висунуту пацієнтом.

Тип лікаря, званий «емоційно-нейтральним», має на увазі поєднання таких якостей як емоційна дистанційність лікаря від глибинних проблем пацієнта, орієнтація на симптоми, небажання підтримувати пацієнта в його «суб'єктивних» емоційних кризах з орієнтацією на технократичний підхід до лікування.

Під «директивним» психологічним типом лікаря розуміється лікар, який у ролі вчителя, вказує як слід чинити і що робити у ситуації хвороби. Директивний лікар не схильний дискутувати з пацієнтом на професійні теми. Він вибудовує нерівноправні взаємини, визначаючи собі значну роль. У своїй діяльності він керується патерналістською моделлю медицини, яка розглядає взаємини лікаря та пацієнта як стосунки вчителя та учня, батька та дитини. «Директивний лікар» виключає можливості сумнівів пацієнта в його можливостях, негативно ставиться до повторної перевірки діагнозів в інших лікарів, схильний ображатись і давати негативні емоційні реакції на пацієнта у випадках критики його дій.

"Недирективний" психологічний тип лікаря протилежний "директивному". Він включає орієнтацію на партнерство на відміну від орієнтації на керівництво, схильний приймати до розгляду точку зору хворого як при діагностиці, так і при виборі методів і способів терапії.

Представлені пари якостей лікаря можуть становити чотири типи:
*недирективний, що співпереживає, співпереживаючий директивний, емоційно-нейтральний недирективний та емоційно-нейтральний директивний.*

Орієнтація пацієнта на той чи інший зразок типу лікаря пов'язана з особистим досвідом взаємодії з низкою авторитетних осіб у різні періоди життя. У пацієнта під час пошуку ідеалу відбувається звірення образу лікаря з образами улюблених батьків, шановного вчителя та інших значимих людей.

*Деформація особистості професійна* - зміна якостей особистості (стереотипів сприйняття, ціннісних орієнтації, характеру, способів спілкування та поведінки), які наступають під впливом тривалого виконання професійної діяльності. Найбільший вплив професійна деформація надає особистісні особливості представників тих професій, робота яких пов'язана з людьми (чиновники, керівники, працівники з кадрів, педагоги, психологи). Крайня форма професійної деформації особистості вони виявляється у формальному, суто функціональному ставленні до людей. Високий рівень професійної деформації спостерігається у медичних працівників, військовослужбовців та співробітників спецслужб.

Професійна деформація особистості може мати епізодичний чи стійкий, поверхневий чи глобальний, позитивний чи негативний характер. Вона проявляється у професійному жаргоні, у манерах поведінки, навіть у фізичному образі.

Розрізняють 4 рівні професійної деформації:

1. загальнопрофесійний (робить працівників однієї професії пізнаваними, схожими);
2. спеціальний професійний (у прокурора – обвинувальність, у терапевта – загрозливі діагнози, у хірурга – цинічність);
3. професійно-типологічний (деформація спрямованості особистості, деформація на основі будь-яких здібностей, на основі характеристик характеру);
4. індивідуалізований (надвідповідальність, гіперактивність, трудовий фанатизм).

Необхідно відокремлювати поняття професійної деформації від так званого синдрому вигоряння. Обидва ці стану пов'язані з роботою у сфері «людина-людина», тобто. з «допомагають» професіями. Відмінність полягає в тому, що про синдром вигоряння прийнято говорити в контексті професійної діяльності, а професійна деформація відноситься переважно до життя поза роботою. Використовуючи умовну опозицію "Професіонал - Людина", можна наочно уявити різницю між цими двома феноменами. Синдром вигоряння можна як втрату контролюючої ролі " Я професійного " , і впровадження " Я людського " у область професійної компетенції. На роботі фахівці «по-людськи» втомлюються та відчувають роздратування на своїх клієнтів. Професійна деформація, навпаки, представляється як розширення панування "Я професійного" у сферу діяльності "Я людського". Прийшовши додому, людина продовжує поводитися як фахівець.

Професійна деформація - явище, помітне лише оточуючим. Вчитель, у якого потреба вчити, давати оцінки та всіх контролювати стає другою натурою; військовий, який навіть удома не може позбутися звички всіх «будувати»; лікар, який сприймає всіх людей як своїх потенційних клієнтів і подумки ставить усім діагноз — не випадково «деформуються» представники соціономічних професій.

У професійній деформації можна припустити два компоненти:

*1. Початкові схильності.* Ще до зіткнення зі своєю майбутньою роботою людина вже має риси характеру та особливості особистості, властиві представникам цієї професії. Вони можуть усвідомлюватись їх володарем, прийматися як бажані та викликати почуття гордості (наприклад, бажання допомагати людям) або, навпаки, бути неусвідомленими, пригнічуватися та ховатися (наприклад, інтерес до приватного життя інших людей).

*2. Власне професійна деформація.* Професійна діяльність розвиває ці особистісні особливості, окреслює та рельєфно випинає їх. Іноді (у разі витіснених і неприйнятних рис) професійна діяльність виправдовує їх, дає їм право на існування і прояв.

Безперечно, початкові схильності та мотиви впливають на вибір відповідної професії. Вони є «сприятливим» тлом, ґрунт, на якому в подальшому розгортає свою професію, що деформує діяльність. Така «деформація» починається вже під час навчання, коли у студентів руйнуються звичайні установки та стереотипи та формується професійна картина світу. Що ж у цьому поганого? Дійсно, завдяки навчанню та подальшій роботі особистість людини перетворюється, вона набуває маси комунікативних навичок, починає краще розуміти себе і т.д. Ці явно позитивні зміни описуються виразом «особистісне зростання», і про них не йдеться тут. Нас цікавить «професійна деформація», тобто. щось негативне, що «ламає» особистість.

Вирізняються такі *ознаки професійної деформації* лікарів:

*Знерухомлювальне самоспостереження, що позбавляє спонтанності.* Знання, підкреслені з численних книг, що описують будь-яку норму (як то, фізіологічну, психологічну, психічну та ін.) або інші ідеалізовані варіанти буття, закликають людину постійно «відслідковувати» свою поведінку, мовлення, думки, соматичний стан з метою самодіагностики та "Своєчасної терапії".

*Гне професійних обов'язків та навичок.* Давши клятву Гіппократа, навіть перебуваючи поза роботою, людина відчуває на собі особливу відповідальність за психологічний та фізичний стан оточуючих його людей. Якщо людина знає, як допомогти іншому, і в неї є така фізична можливість, вона починає чути в собі імператив: "Ти маєш кинути всі свої справи і прийти на допомогу!" Якщо ж він з якихось причин не може цього зробити, його голова заповнюється самозвинуваченнями, принижуючими оцінками і самовиправданнями.

*Пошук людей, які потребують медичної допомоги.* Не завжди професійні навички гнітять і є на заваді в особистому житті. Іноді людина відчуває задоволення від своєї «досвідченості», від переповнення знаннями про те, як допомогти людям, і шукає приводів для того, щоб їх виявити на ділі. «Насправді» це може виявлятися по-різному, наприклад, у роздачі порад. У зв'язку з цим пунктом згадується фрагмент із дитячого вірша А.Барто:

*Санітарам не щастить: є і вата, є і йод, не вистачає дрібниць немає ні ран, ні синців... Зрештою, знайшлася робота і для Червоного Хреста! Нарешті хтось забився. Санітари, на місця!*

*Втрата здатності дивуватися.* За час своєї роботи практикуючий лікар зустрічає тисячі різних життєвих ситуацій, спілкується з величезною кількістю різних людей. Нормальної реакцією є оволодіння цим потоком інформації: обмеження сприйняття, побудова типологій та інших. Це накладає відбиток, як у професійну діяльність, і на особисте життя фахівця. Зустрічаючи щось нове на своєму життєвому шляху, людина рідко дивується цьому, оскільки це для неї не є новим, з цим чи подібним до цього він уже зустрічався. Життя він спостерігає крізь координатну сітку класифікацій.

*Професійний цинізм.* Велика кількість важких життєвих ситуацій, з якими зустрічається медичний працівник, розвиває здатність до «незалучення» до їхнього переживання, а точніше – здатність усунення до них відноситися. Такий погляд з боку звільняє ці ситуації від емоційного вантажу та дозволяє виконувати з ними різні маніпуляції, наприклад, поміщати їх в інший контекст, наповнювати іншим емоційним змістом (іноді дуже веселим). Одні вважають, що це цинізм, маючи на увазі щось неприйнятне для «вихованої людини», інші вважають, що це захисна реакція, треті вважають це ефективною соціальною стратегією, що дозволяє «простіше ставитися до життя». З досвіду роботи автора у психоневрологічній клініці:

* певний професійний жаргон, що випливає із ставлення до пацієнта як до носія хвороби, тотожному їй ("погляньте, яка цікава шизофренія", "дуже своєрідний випадок, такого суїциду в нас ще не було");
* ведення діалогу з хворими та їхніми родичами з роздратуванням, що важко приховується , демонстрація власної значущості та зайнятості ("у мене великий прийом, тому висловлюйтеся ясніше", "я вам виписую рецепт, і можете йти" і т.п.);

- "нагородження" пацієнтів образливими прізвиськами ("ці тупі призовники", "цей недоумкуватий старий" і т.д.).

Можна стверджувати, що професійна деформація – це, насамперед, наслідок зниження професійної мотивації та, що «вигоряння» та збереження захопленості роботою – це два полюси взаємин людини та професії. Цілим рядом досліджень показано, що професійна деформація, що поступово розвивається, у медичних працівників досить часто призводить до того, що при високому ступені «вигоряння» наростає тенденція до негативного, нерідко навіть приховано-агресивного ставлення до пацієнтів, спілкування з ними в односторонній комунікації шляхом критики, оцінок , тиск, від чого, природно, страждають обидві сторони. Але питання про те, що тут первинне, а що є наслідком, поки що відкрите. На відміну від професійної деформації, психічне вигоряння можна віднести до повного регресу професійного розвитку.

Сама професійна діяльність медичних працівників передбачає емоційну насиченість та високий відсоток факторів, що викликають стрес. Емоції, як правило, амбівалентні: задоволення з приводу успішно проведеної операції або лікування, почуття власної значущості, причетності до інших людей, схвалення та повага колег; але й жаль, пригнічення через неправильний діагноз чи помилку в лікуванні, заздрість до процвітаючих колег, розчарування у професії тощо.

- нав'язливі думки (звільнитися, помститися тощо).

*Поведінкові*

* ухилення від роботи (прогули, очікування кінця робочого дня тощо);
* зменшення кількості безпосередніх контактів із пацієнтами та колегами;
* стереотипна негнучка поведінка;
* звичні тяганини в роботі;
* девіантні форми поведінки (вживання алкоголю/наркотиків, подружні
зради, крадіжки з магазинів);

*Соматичні*

* стомлюваність, сонливість;
* порушення сну;
* почастішання випадків несерйозних захворювань (головний біль, біль у спині).

*Емоційне вигоряння* - це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь на обрані психотравмуючі впливи. Емоційне вигоряння - динамічний процес і виникає поетапно, у повній відповідності до механізму розвитку стресу.

Емоційне вигоряння є набутий стереотип емоційної, найчастіше професійної поведінки. «Вигоряння» функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині дозувати і економно витрачати енергетичні ресурси. У той же час, можуть наступати його дисфункціональні наслідки, коли вигоряння негативно позначається на виконанні професійної діяльності

Ганс Сельє, основоположник вчення про стрес, розглядав його як неспецифічну (тобто загальної дії) захисну реакцію організму у відповідь на психотравмуючі фактори різної властивості. При емоційному вигорянні є всі три фази стресу: 1) *нервове (тривожне) напруга* — його створюють хронічна психоемоційна атмосфера, дестабілізуюча обстановка, підвищена відповідальність, складність контингенту; 2) *резистенція, тобто опір,* - людина намагається більш менш успішно убезпечити себе від неприємних вражень; 3) *виснаження* - збіднення психічних ресурсів, зниження емоційного тонусу, яке настає внаслідок того, що виявлений опір виявився неефективним. Відповідно до кожного етапу, виникають окремі ознаки, або симптоми, що наростає емоційного вигоряння.

*Симптоми вигоряння* ( Maslach & Jackson 1986)

*Емоційні:*

* втрата почуття гумору (або надмірне використання чорного гумору);
* дратівливість, почуття образи, смуток;
* стійке депресивне тло настрою;
* почуття неспроможності, вини, засудження;
* апатія, пасивність.

*Когнітивні*

* проблеми концентрації уваги;
* ригідність, опір змінам;
* підозрілість, недовірливість;
* стереотипне мислення;
* формальне та відсторонене мислення.

Ефективне функціонування будь-якої служби охорони здоров'я вимагає, щоби підтримувався хороший стан здоров'я її співробітників.

Для профілактики розвитку синдрому вигоряння медичні працівники повинні навчатися прийомів аутогенного тренування, використовувати метод прогресивної м'язової релаксації ще краще мати в штаті ЛПЗ психолога з метою підтримки у персоналу належної фізичної, психічної та професійної активності. По можливості в ЛПЗ мають бути виділені кімнати психологічного розвантаження.

Сприятливий соціально-психологічний клімат є умовою підвищення продуктивності праці, задоволеності працівників працею та колективом. Соціально-психологічний клімат виникає спонтанно. Але добрий клімат не є простим наслідком проголошених девізів та зусиль окремих керівників. Він є результатом систематичної виховної роботи з членами колективу, здійснення спеціальних заходів, вкладених у організацію відносин між керівниками і підлеглими. Формування та вдосконалення соціально-психологічного клімату – це постійне практичне завдання керівників будь-якого рангу. Створення сприятливого клімату є справою як відповідальним, а й творчим, які потребують знань його природи та засобів регулювання, вміння передбачати можливі ситуації у взаєминах членів колективу. Формування гарного соціально-психологічного клімату вимагає, особливо від керівників та психологів, розуміння психології людей, їхнього емоційного стану, настрою, душевних переживань, хвилювань, стосунків один з одним.

У психологію поняття «клімат» прийшло з метеорології та географії. Зараз це поняття, яке характеризує невидиму, тонку, делікатну, психологічну сторону взаємин між людьми. У вітчизняній соціальній психології вперше термін "психологічний клімат" використав Н.С. Мансуров, який вивчав виробничі колективи. Одним із перших розкрив зміст соціально-психологічного клімату В.М. Шепель. *Психологічний клімат* – це емоційне забарвлення психологічних зв'язків членів колективу, що виникає з урахуванням їх близькості, симпатії, збіги характерів, інтересів, схильностей. Він вважав, що клімат відносин для людей складається з трьох кліматичних зон. *Перша кліматична зона* - соціальний клімат, який визначається тим, наскільки в даному колективі усвідомлені цілі та завдання суспільства, наскільки тут гарантовано дотримання всіх конституційних прав та обов'язків працівників як громадян. *Друга кліматична зона* – моральний клімат, що визначається тим, які моральні цінності у цьому колективі є прийнятими. Третя кліматична зона – психологічний клімат, ті неофіційні відносини, які складаються між працівниками, які у безпосередньому контакті друг з одним. Психологічний клімат – це клімат, зона дії якого значно локальніша за соціальний та моральний клімат.

Сприятливий клімат переживається кожною людиною як стан задоволеності відносинами з товаришами по роботі, керівниками, своєю роботою, її процесом та результатами. Це підвищує настрій людини, її творчий потенціал, позитивно впливає на бажання працювати в даному колективі, застосовувати свої творчі та фізичні сили на користь оточуючим людям.

Несприятливий клімат індивідуально переживається як незадоволеність взаємовідносинами у колективі, з керівниками, умовами та змістом праці. Це позначається на настрої людини, її працездатності та активності, на її здоров'я.

Характеристики сприятливого соціально-психологічного клімату:

1. У колективі переважає бадьорий, життєрадісний тон відносин між працівниками, оптимізм у настрої; відносини стоять на засадах співробітництва, взаємної допомоги, доброзичливості; членам колективу подобається брати участь у спільних справах, разом проводити вільний час; у відносинах переважають схвалення та підтримка, критика висловлюється з добрими побажаннями.
2. У колективі існують норми справедливого та поважного ставлення до всіх його членів, тут завжди підтримують слабких, виступають на їхній захист, допомагають новачкам.
3. У колективі високо цінують такі риси особистості як принциповість, чесність, працьовитість та безкорисливість.
4. Члени колективу активні, сповнені енергії, вони швидко відгукуються, якщо потрібно зробити корисну для всіх справу, і досягають високих показників у праці та професійній діяльності.
5. Успіхи чи невдачі окремих членів колективу викликають співпереживання та щиру участь усіх членів колективу.
6. У відносинах між угрупованнями всередині колективу існує взаємне розташування, розуміння, співробітництво.

Характеристики несприятливого соціально-психологічного клімату:

1. У колективі переважають пригнічений настрій, песимізм, спостерігаються конфліктність, агресивність, антипатії людей один до одного, є суперництво; члени колективу виявляють негативне ставлення до ближчого відношення один з одним; критичні зауваження мають характер явних чи прихованих випадів, люди дозволяють собі принижувати особистість іншого, кожен вважає свою т.зв. головною та нетерпимий до думки інших.
2. У колективі відсутні норми справедливості та рівності у взаєминах, він помітно поділяється на «привілейованих» і «нехтованих», тут зневажливо ставляться до слабких, нерідко висміюють їх, новачки почуваються зайвими, чужими, до них часто виявляють ворожість.
3. Такі риси особистості, як принциповість, чесність, працьовитість, безкорисливість, над пошані.
4. Члени колективу інертні, пасивні, дехто прагне відокремитися від інших, колектив неможливо підняти на загальну справу.
5. Успіхи чи невдачі одного залишають байдужими інших членів колективу, інколи ж викликають нездорову заздрість чи зловтіху.
6. У колективі виникають конфліктуючі між собою угруповання, які відмовляються від участі у спільній діяльності.
7. У важких випадках колектив не здатний поєднатися, виникають розгубленість, сварки, взаємні звинувачення; колектив закритий і прагне співпрацювати коїться з іншими колективами.

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №26 . Юнак К., 16 років. Закінчив школу з оцінками «добре». Захоплюється комп'ютерами, технікою. Зі шкільних предметів легко засвоював матеріал таких предметів як алгебра, геометрія, креслення, фізика. Батько молодої людини обіймає посаду головного лікаря міської лікарні, мати – працівник медичного ВНЗ. збирається вступати до медичного інституту. Якими мотивами вибору професії керувався К. при ухваленні такого рішення:

1. позитивними
2. негативними
3. зовнішніми
4. внутрішніми
5. батьківськими настановами

Завдання №27 . У купейному вагоні швидкісного поїзда, серед пасажирів, знаходився лікар-стоматолог, який неодноразово в розмовах підкреслював свою майстерність фахівця. Під час руху у сусідньому вагоні у жінки почалися пологи. Лікар-стоматолог замкнувся у своєму купе і повідомив, що погано почувається, тому не зможе надати необхідну допомогу. Оцініть дії лікаря:

1. лікарська помилка
2. професійне правопорушення
3. нещасний випадок
4. помилка поведінки лікаря
5. низький рівень морально-етичних якостей

Завдання №28 . На прийомі до терапевта звернулася хвора Н, 40 років, це звернення п'яте протягом останнього місяця, зі скаргами на головний біль, запаморочення, перебої в роботі серця, задишку. Пацієнтка наполягає на шпиталізації. Інструментально та об'єктивно патології не виявлено. Висловлюючись нецензурними словами, лікар направив хвору на консультацію психіатра. Раніше подібного у поведінці лікаря не спостерігалося. Оцініть поведінку лікаря:

1. синдром емоційного вигоряння
2. професійна деформація
3. нервова напруга
4. професійний цинізм
5. низький рівень морально-етичних якостей

Завдання №29 . Лікар Р., яка має двох дітей до 16 років, вимагає повну відпустку у розпал відпускної кампанії. Головний лікар відмовляється підписувати заяву, оперуючи нестачею працівників у цей період. Яка зона соціально-психологічного клімату колективу описана:

1. перша
2. друга
3. третя
4. четверта
5. перша та четверта

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Актуальність теми : Психологічні особливості пацієнта в умовах лікувальних взаємовідносин ­та взаємодії приходять у дотик із психологічними особливостями медичного працівника (лікаря, психолога, медичної сестри, соціального працівника). Метою контактів між цими двома людьми є допомога, яка надається одним із учасників спілкування по відношенню до іншого. Виходячи з основної мети лікувальної взаємодії, можна було б припустити неоднозначність цінностей контактів у системі «медичний працівник-пацієнт». Однак, не слід думати про зацікавленість у такій взаємодії лише з боку пацієнта. Медичний працівник не меншою мірою зацікавлений у наданні якісної допомоги хворому, адже ця діяльність є його професією, а значить, у нього є власні мотиви та інтереси взаємодіяти з пацієнтом, які дозволили вибрати цю професію.

Для того, щоб процес взаємовідносин пацієнта та ­медичного працівника був ефективним, необхідно пізнати його психологічні засади. Мотиви та цінності лікаря, його уявлення про ідеального пацієнта, а також очікування самого пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики та реабілітації, поведінки лікаря чи медичної сестри. Особливості взаємодії між мед.працівником та пацієнтом значною мірою впливає на якість лікувально-діагностичного процесу, перебіг та результат захворювань.

Мета навчання (загальна): вміти визначати та оцінювати ­психологічні особливості спілкування учасників лікувально-діагностичного процесу для забезпечення терапевтично ефективної та безконфліктної взаємодії медичних працівників з пацієнтом.

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі: вміти | Цілі вихідного рівня: вміти |
| 1. Визначати зміст поняття «комунікативна компетентність». | 1. Збирати анамнестичні дані, виявляти скарги та проводити об'єктивне дослідженняхворого, інтерпретувати дані інструментального обстеження (каф.пропедевтичноїта факультетської терапії). |
| 2. Визначати психологічні особливості етапів діагностичного процесу. | 2. Проводити дослідження особистості здорової людини (каф.психологии). |
| 3. Визначати психологічні основи та види спілкування в лікувальному процесі. |  |
| 4. Виявити та аналізувати типи конфліктів у медичному середовищі. |  |
| 5. Освоїти способи вирішення та попередження конфліктів у медичному середовищі. |  |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонуються такі завдання:

Завдання №30 . У випробуваного за методикою Айзенка за шкалою нейротизму показник – 10 балів, за шкалою екстраверсії – 17 балів, за шкалою корекції – 6 балів.

Ці дані свідчать про те, що у випробуваного:

А) Сангвінічний темперамент

В) Холеричний темперамент

С) Меланхолійний темперамент

D ) Флегматичний темперамент

E ) Результати не підлягають інтерпретації

Завдання №31 . Хвора М., 40 років. Пред'являє скарги на болі в ділянці серця, періодично з'являється нестача повітря, поганий сон. Об'єктивно: шкірні покриви чисті, звичайного забарвлення. Над легенями везикулярне дихання. Діяльність серця ритмічна, чисті тони. АТ 90/60 мм.рт.ст. PS 80 уд. в 1 хв., удовл.-г. св-в. Живіт м'який, б/болючий при пальпації. До програми подальшого обстеження, крім загального обов'язкового комплексу лабораторних досліджень, включено: ЕКГ, УЗД серця. Приблизний діагноз – вегето-судинна дистонія.

Чи достатньо обґрунтований цей діагноз, і чи достатньо обсягу додаткових досліджень? Варіанти відповіді:

А) Імовірний діагноз досить обґрунтований, додаткові дослідження не потрібні

В) Діагноз поставлений без достатніх підстав

C ) Імовірний діагноз та план обстеження не обґрунтовані

D ) Імовірний діагноз поставлений правильно, але додаткові дослідження намічені в недостатньому обсязі

E ) Додаткові дослідження намічені неправильно

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996,

стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

ЗМІСТ НАВЧАННЯ

Граф логічної структури теми "Психологія лікувально-діагностичного процесу" представлений на наступній сторінці.

Важливою психологічною складовою лікувально-діагностичного процесу є комунікативна компетентність медичних працівників.

**Комунікативна компетентність** - здатність встановлювати та підтримувати необхідні ­контакти з іншими людьми, що передбачає досягнення взаєморозуміння між партнерами зі спілкування, краще розуміння ситуації та предмета спілкування. Комунікативна компетентність сприймається також як система внутрішніх ресурсів, необхідні побудови ефективної комунікації у певному колі ситуацій міжособистісного взаємодії.

Насамперед комунікативна компетентність є професійно значущою характеристикою лікаря, медичної сестри, психолога чи соціального працівника. Однак, незважаючи на те, що в умовах клініки пацієнт змушений звертатися за допомогою ­до лікаря, комунікативна компетентність важлива для обох сторін. Це з тим, що некомпетентність у спілкуванні хоча з одного боку здатна порушити діагностичний і лікувальний процес і призвести до бажаним результатам. Невміння пацієнта налагодити контакт із лікарем так само небезпечно, як небажання лікаря встановити ефективний контакт із будь-яким пацієнтом.

Граф 4

**Комунікативна компетентність лікаря** – професійно значуща якість. Професія лікаря передбачає тією чи іншою мірою виражене інтенсивне та тривале спілкування: з хворими, їхніми родичами, медичним персоналом — від медичних сестер та санітарок до головних лікарів, керівників медичних закладів. Від уміння спілкуватися, встановлювати та розвивати взаємини з людьми багато в чому залежить професійна успішність лікаря. Хороший психологічний контакт із хворим допомагає точніше зібрати анамнез, отримати більш повне та глибоке уявлення про хворе. Вміння спілкуватися, або *комунікативна* компетентність

забезпечує взаєморозуміння, довіру у відносинах, ефективність у вирішенні поставлених завдань. Якщо пацієнт довіряє своєму лікарю, не сумніваючись у правильності діагностики та адекватності терапії, то він виконуватиме призначення, пройде всі необхідні діагностичні та терапевтичні процедури. За відсутності психологічного контакту пацієнт, можливо, не дотримуватиметься лікарських рекомендацій та призначень, проконсультується в інших лікарів або просто у своїх знайомих, займеться самолікуванням, звернеться до представників альтернативної медицини.

Психологічна сторона відносин «лікар-хворий» важлива і в умовах платної медицини, коли пацієнт виступає в ролі «замовника» та оплачує послуги. У цьому випадку він орієнтується не тільки на «професіоналізм», а й на чисто людські, особисті якості лікаря: наскільки він вселяє довіру і повагу, уважний і чуйний, схильний до себе, викликає бажання спілкуватися. Можливо навіть, що в окремих випадках психологічні якості лікаряхворого важливіші, ніж професійні знання, вміння, навички.

Комунікативна компетентність передбачає не тільки наявність певних психологічних знань (наприклад, про типи особистості, про способи переживання та реагування на стрес у різних людей залежно від типу темпераменту, про специфіку зв'язку між типами статури та особливостями психічного складу особистості тощо), а й сформованість деяких спеціальних навичок: вміння встановлювати контакт, слухати, «читати» невербальну мову комунікації, будувати розмову, формулювати питання. Важливим є також володіння лікарем власними емоціями, здатність зберігати впевненість, контролювати свої реакції та поведінку в цілому. Адекватна комунікація передбачає правильне розуміння хворого та відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від того, в якому душевному стані перебуває пацієнт, чи відчуває він гнів чи смуток, занепокоєння, тривогу чи розпач, лікар має вміти з ним взаємодіяти, адекватно будувати стосунки, домагаючись вирішення професійних завдань.

У зв'язку з цим професійно значущою якістю медичного працівника є *комунікативна толерантність* (як один з аспектів комунікативної компетентності) — толерантність, поблажливість та ін. вчинки, звички, чужі стилі поведінки та стереотипи мислення. Хворий може викликати різні почуття, подобатися або не подобатися, може бути приємний або неприємний лікареві, але в будь-якому випадку психологічна підготовка останнього має допомогти впоратися з ситуацією і не тільки запобігти конфлікту, але сприятиме формуванню у пацієнта позитивної терапевтичної перспективи. Комунікативна компетентність у професійної діяльності лікаря означає вміння як психологічно правильно будувати відносини з хворим, а й здатність у процесі цих відносин залишатися у межах професійної ролі.

*Психологічні властивості, що формують комунікативну компетентність.* Уміння спілкуватися, встановлювати та розвивати взаємини з іншими людьми формується у процесі взаємодії з оточуючими, у міру накопичення досвіду відносин у різних соціальних ситуаціях, виконання різних видів діяльності. В основі формування комунікативної компетентності лежить така психологічна характеристика особистості, як прагнення перебувати разом з іншими людьми, належати до будь-якої соціальної групи, встановлювати емоційні взаємини з оточуючими, бути включеним до системи міжособистісних взаємин. У конфліктних ситуаціях, у разі загострення взаємин присутність поруч емоційно близьких людей стабілізує картину світу та самооцінку, зміцнює позиції, дозволяє більш точно та адекватно реагувати на події, що відбуваються.

У роботі лікаря, що відрізняється тривалістю та інтенсивністю різноманітних соціальних контактів, ця риса допомагає зберегти живе зацікавлене ставлення до пацієнтів, прагнення допомагати їм та співпрацювати з ними, а також захищає від професійних деформацій, байдужості та формалізму, утримує від такого підходу до хворого, коли він починає розглядатися як безособове анонімне «тіло», частина якого потребує терапії.

Інша психологічна характеристика, що забезпечує комунікативну компетентність лікаря, - це *емоційна стабільність* .врівноваженість за відсутності імпульсивності, надмірної емоційної експресивності, зі збереженням контролю за емоційними реакціями та поведінкою в цілому. Емоційна стабільність допомагає лікарю у взаєминах із хворими уникати «психологічних зривів», конфліктів. Душевна рівновага лікаря, його спокійна доброзичливість, емоційна стабільність викликають у пацієнта почуття надійності, сприяють встановленню довірчих стосунків.

Психологічною якістю, що забезпечує адекватну комунікацію в системі взаємовідносин «лікар-хворий», є також *емпатія* .здатність до співчуття, співпереживання, співчуття, своєрідна психологічна «включеність» у світ переживань хворого. Сучасне розуміння емпатії як розуміння емоційного стану, проникнення, відчуття у внутрішній світ іншу людину передбачає наявність трьох видів емпатії: емоційної емпатії, заснованої на механізмах ототожнення та ідентифікації; когнітивної (пізнавальної) емпатії, що базується на інтелектуальних процесах (порівняння та аналогії), і предикативної емпатії, що виявляється у здатності до прогностичного уявлення про іншу людину, засновану на інтуїції. Емоційна співучасть допомагає встановити психологічний контакт з хворим, отримати більш повну і точну інформацію про нього, про його стан, навіяти впевненість у компетентності лікаря, адекватності здійснюваного ним лікувально-діагностичного процесу, вселити віру у одужання. Емпатичні якості лікаря можуть бути корисні у випадках невідповідності хворим суб'єктивних ознак тих чи інших симптомів об'єктивній клінічній картині захворювання: при аггравації, дисимуляції та анозогнозії, а також у разі симулятивної поведінки.

Психологічною характеристикою, що бере участь у формуванні комунікативної компетентності лікаря, є *сенсивність до відкидання* .Здатність сприймати негативне ставлення оточуючих, зокрема, пацієнтів, що може виникати на певних етапах лікування, надає лікареві своєрідний «зворотний зв'язок», що дозволяє йому коригувати свою поведінку у взаєминах із хворим. У той же час сенситивність до заперечення не повинна бути надто високою. Інакше вона сприяє зниженню самооцінки лікаря, блокує його афіліативну потребу та загалом знижує адаптивні та компенсаторні можливості. Висока чутливість до негативного відношення з боку хворого змушує лікаря сумніватися у своїй професійній компетентності.

*Психологічні особливості, що знижують комунікативну компетентність лікаря.* Професійна діяльність лікаря пов'язана з розробкою стратегії та тактики терапевтичного впливу і, отже, вимагає вміння прогнозувати події, передбачаючи можливі варіанти розвитку захворювання, ускладнення, наслідки фармакологічного лікування. У зв'язку з цим важливою є наявність у лікаря такої характеристики, як *тривожність* , яка впливає на його прогностичні можливості, виконуючи залежно від ступеня вираженості як адаптивну, так і дезадаптивну роль.

Тривожність як властивість особистості дозволяє лікарю чуйно реагувати на зміни у стані пацієнта та вчасно вживати необхідних заходів. Хворим це сприймається як розуміння з боку лікаря, його як професійна, а й емоційна підтримка, що підвищує ефективність комунікації «лікар-хворий». Проте інтенсивний ступінь емоції тривоги (страх, паніка, жах) виконує стосовно пізнавальної діяльності дезорганізуючу, руйнівну функцію, паралізуючи продуктивну роботу психічних процесів. Інтенсивна тривога заважає адекватно оцінити ситуацію, визначити можливі варіанти її розвитку та вибрати найбільш правильне за цих обставин рішення. Страх, паніка лікаря переривають його комунікацію з пацієнтом, руйнують психологічний контакт з-поміж них. Тривога лікаря «передається» хворому та додатково дезорганізує його.

Іншою характеристикою лікаря, здатної зруйнувати його комунікацію з пацієнтом, може бути *депресивність* .Якщо емоція тривоги спрямовано майбутнє, то депресія пов'язані з переживанням минулого, як у уяві знову і знову виникають образи пережитих конфліктів, психотравмуючих подій. Минуле є суцільним ланцюгом невдач і неприємностей, формуючи відчуття безвиході, безнадійності, яке проектується в майбутнє. Втрачається перспектива, життя забарвлюється переживанням власної ущербності, неповноцінності. Лікар, який має схильність до депресивних реакцій, не викликає довіри хворого.

Ще одна психологічна характеристика, що ускладнює встановлення довірчих відносин лікар-хворий - глибока *інтровертованість* лікаря. Як правило, інтровертованість супроводжується недоліком інтуїції, чуйності, тактовності у міжособистісних відносинах, низьким рівнем емпатії з недостатньою здатністю відгукуватися на біль та страждання іншого, відгукуватися на занепокоєння та тривогу. Ці якості здатні знизити комунікативну компетентність лікаря, виступаючи в ролі *«комунікативного бар'єру»* ,що перешкоджає ефективному спілкуванню. Інтровертованість, виражена в значній мірі, ускладнює встановлення психологічного контакту з хворим, взаємодія з ним не забезпечує необхідного ступеня емоційної підтримки.

Спілкування лікаря та пацієнта можна назвати вимушеним ­спілкуванням , т.к. основним мотивом зустрічі та бесіди стає появою в одного з учасників взаємодії проблем з боку здоров'я ­— хворобливих симптомів. З боку лікаря вимушеність вибору суб'єкта спілкування обумовлена його професією. Якщо звернення пацієнта до лікаря диктується пошуком допомоги, то зацікавленість лікаря у пацієнта пояснюється міркуваннями професійного зростання та матеріального підкріплення.

Мотиви звернення до лікаря можуть бути різноманітними. По-перше, людина може бути націлена на обстеження у лікаря з метою *«виключити наявність розладів та захворювання».* Він розраховує підтвердити власну версію про те, що дискомфорт, який він відчуває, обумовлений якими-небудь зовнішніми неболючими ­причинами і не вимагає медичного втручання. По-друге, мотивація може мати протилежний характер — *«виявлення симптомів та підтвердження передбачуваного діагнозу захворювання».* Мета обстеження та очікування від нього результатів виявляються іншими ­. У першому випадку розбіжність реальності та експектацій (тобто виявлення захворювання при готовності отримати підтвердження здоров'я) здатна викликати більш негативну афективну реакцію з боку пацієнта, ніж у другому, коли розбіжність прогнозу та реальності буде не такою суттєвою. Виявлення симптомів хвороби пацієнт не сприйме як несподіванку, і внаслідок цього його емоційні реакції не носитимуть позамежного характеру.

Виділяють такі види спілкування лікаря та пацієнта:

1. «Контакт масок» — формальне спілкування, коли відсутнє прагнення зрозуміти і враховувати особливості особистості співрозмовника, використовуються звичні маски (ввічливості, чемності, скромності, співчутливості та ін.) — набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дозволяють приховати справжні емоції, ставлення до співрозмовника. У рамках діаг ­ністичної та лікувальної взаємодії він проявляється у випадках малої зацікавленості лікаря чи пацієнта у результатах взаємодії. Це може відбуватися, наприклад, під час проведення обов'язкового профілактичного огляду, у якому пацієнт почувається несамостійним, а лікар — які мають необхідних даних щодо об'єктивного і всебічного обстеження і винесення обгрунтованого висновку.

2. Примітивне спілкування, коли оцінюють іншу людину, як потрібний чи заважає об'єкт, якщо потрібен — то активно ­вступають у контакт, якщо заважає — відштовхують. Подібний вид спілкування може зустрічатися в рамках маніпулятивного спілкування лікаря та пацієнта у випадках, коли метою звернення до лікаря стає отримання будь-яких дивідендів (лікарня, довідки, формального експертного висновку тощо). З іншого боку, формування примітивного виду спілкування може відбуватися за бажанням лікаря — у випадках, коли пацієнт виявляється людиною, від якої може залежати добробут лікаря (наприклад, керівник). Інтерес до учасника контакту у випадках пропадає відразу за отриманням бажаного результату.

3. Формально-рольове спілкування , коли регламентованими виявляються і зміст, і засоби спілкування, і замість знання особистості співрозмовника обходяться знанням його соціальної ­ролі. Подібний вибір виду спілкування з боку лікаря може бути обумовлений професійним навантаженням (наприклад, у дільничного лікаря на прийомі).

4. Ділове спілкування - це спілкування, що враховує особливості особистості, характеру, віку, настрої співрозмовника при націленості на інтереси справи, а не на можливі особистісні ­розбіжності. При спілкуванні лікаря з пацієнтом такий вид взаємодії стає нерівним. Лікар розглядає проблеми хворого з позиції власних знань та схильний директивно приймати рішення без погодження з іншим учасником спілкування та зацікавленою особою.

5. Духовне міжособистісне спілкування рідко зустрічається в системі ­лікар-хворий. Воно передбачає можливість торкнутися будь-яку тему, поділитися будь-якою інтимною проблемою кожному з учасників спілкування.

6. Маніпулятивне спілкування також як і примітивне спрямоване ­на отримання вигоди від співрозмовника з використанням спеціальних прийомів, У медицині відомий спосіб, названий «іпохондризацією пацієнта». Суть його полягає у поданні висновку лікаря про стан здоров'я пацієнта в руслі явного перебільшення тяжкості виявлених розладів. Метою такої маніпуляції може бути: а) зниження очікувань хворого на успіх лікування у зв'язку з уникненням медичним працівником відповідальності у разі несподіваного погіршення здоров'я пацієнта; б) демонстрація необхідності додаткових кваліфікованих впливів з боку медичного працівника з метою отримання винагороди.

Важливу роль у процесі взаємодії медичного працівника та пацієнта відіграє сприйняття та розуміння учасниками ­комунікації один одного. На ці процеси насамперед впливає психологічна установка. Розрізняють три типи установки на сприйняття людини людиною: *позитивна, негативна та адекватна.* При *позитивній* установці відбувається переоцінка позитивних якостей і здібностей людини, що проявляється в підвищеній мірі довіри цій особі, готовність прийняти на віру всі її поради та розділити погляди на те, що відбувається. Часто позитивна ­установка на того чи іншого лікаря пов'язана з думкою оточуючих, паблісіті, його професійним статусом (професор, лікар вищої категорії, народний цілитель тощо). *Негативна* установка призводить до того, що сприймаються в основному негативні якості ­іншої людини, що виражається в недовірливості, *підозрілості* . *Адекватна* установка бере до уваги ­можливість поєднання в тому самому людині позитивних і негативних якостей і властивостей («Хірург — грубіян, але руки — золоті»).

Істотними є експектації (очікування) учасників діагностичної та лікувальної взаємодії прояви будь-яких якостей та поведінки один одного. У зв'язку з цим виділяють поняття «ідеального» та «реального» лікаря та пацієнта. До якостей і властивостей, що характеризуються «ідеального лікаря» відносять його ­вікові, характерологічні та особистісні особливості, стиль міжособистісної взаємодії, кваліфікованість. Передбачається існування п'яти факторів, що впливають на процес взаємодії лікаря та пацієнта - *1) статі, 2) віку, 3) національності (раси), 4) віросповідання та 5) сексуальної орієнтації ­.*

Дослідження соматично хворих показало, що всі перелічені ­фактори виявляються значущими, проте більш істотними є особистісні та характерологічні властивості. Пацієнт розцінює «ідеального лікаря» *як особи однієї з ним статі, сексуальної орієнтації та старшого віку.*

Облік фактора статі особливо яскраво представлений у сексологічній, урологічній, шкірно-венерологічній, проктологічній та не ­яких інших медичних областях, що пов'язано з більш глибоким рівнем інтимності взаємодії. Відзначається тенденція приписування якостей «ідеального лікаря» чоловікам у хірургії та жінкам у терапії, що слід трактувати як екстраполяцію на професію хірурга рис маскулінності (рішучості, активності, відсутність сентиментальності та ін.), а на професію терапевта рис жіночності (емпатичності, ніжності) ). В акушерсько-гінекологічній ділянці нерідко пацієнтки схильні вибирати і вважати «ідеальними» лікарів протилежної статі.

Істотне значення фактор віку відіграє в медичних дисциплінах, в яких від лікаря потрібні такі якості як здатність до ґрунтовного та неквапливого аналізу стану пацієнта, досвідченість, великий запас знань та практичних навичок ­. До таких медичних областей відносять психіатрію, неврологію, хірургію та багато інших. Багато в чому орієнтація віком обумовлена віком пацієнта. У випадках, коли хворою є молода людина, вона не схильна надавати істотного значення віку лікаря. Коли ж пацієнтом стає людина похилого віку, він орієнтується в оцінці «ідеального лікаря» на параметр віку, так само як і на інші параметри.

В останні роки у зв'язку з загостренням міжнаціональних відносин ­у світі важливим у взаємодії лікаря та пацієнта стає їхня національна приналежність. Значною стає така якість як національна толерантність, відсутність національних упереджень. Оцінка національної належності лікаря виходить з здатності пацієнта розрізняти фізіогномічні ознаки національності. Як правило, відзначається тенденція до вибору лікаря власної чи спорідненої (наприклад, за параметром етнічної групи) національності особливо у тих галузях медицини, де потрібна велика глибина міжособистісного контакту.

Фактор віросповідання стає все більш значущим як у зв'язку зі зростанням числа віруючих, так і у зв'язку з певними вимогами особистої гігієни та поведінки у разі хвороби, які ­існують у різних конфесіях. Є думка про те, що порушенням з позиції віри може вважатися звернення за медичною допомогою до лікаря іншого віросповідання. Це особливо виразно проявляється щодо жінок-мусульманок.

Сексуальна орієнтація людини (гетеросексуальність або го ­мосексуальність) виявилася істотною для налагодження психологічного контакту між лікарем і пацієнтом не так давно. До властивостей «ідеального лікаря» переважною більшістю гетеро-сексуалів беззастережно належить і параметр сексуальної орієнтації. Упередження у цій сфері також сильні, як у сфері міжнаціональних відносин. Гомосексуалісти практично не схильні орієнтуватися в процесі лікування фактором сексуальної орієнтації.

З особистісних і характерологічних особливостей пацієнти віддають переваги наступним: поважність, уважність стосовно пацієнтів, любов до професії, доброта ввічливість ­, душевність.

Найбільш суттєвими в образі «ідеального лікаря» з погляду пацієнта є здатність до емпатії та стиль спілкування. Описано чотири психологічні типи лікаря, що складають ­альтернативні пари: *«супереживаючий» або «емоційно-нейтральний ­», «директивний» або «недирективний»* . У ­поняття «співпереживаючого» типу лікаря включають такі якості як здатність глибоко зрозуміти і відчутись у проблеми пацієнта, емпатувати, співпереживати спільно з хворим коливання його стану, розділяти його психологічні проблеми, нерідко приймати концепцію хвороби, висунуту пацієнтом. Тип лікаря, званий «емоційно-нейтральним», має на увазі поєднання таких якостей як емоційна дистанційність лікаря від глибинних проблем пацієнта, орієнтація на симптоми, небажання підтримувати пацієнта в його «суб'єктивних» емоційних кризах з орієнтацією на технократичний підхід до лікування. Під «директивним» психологічним типом лікаря розуміється лікар, який у ролі вчителя, вказує як слід чинити і що робити у ситуації хвороби. Директивний лікар не схильний дискутувати з пацієнтом на професійні теми. Він вибудовує нерівноправні взаємини, визначаючи собі значну роль. У своїй діяльності він керується патгерналістською моделлю медицини, яка розглядає взаємини лікаря та пацієнта як відносини вчителя та учня, батька та дитини.

Загалом успішна лікарська діяльність визначається такими психологічними особливостями, як високий рівень комунікативної компетентності, що реалізується щодо пацієнтів, їх родичів, а також медичного персоналу; важливу роль відіграють незалежність і автономність лікаря, його впевненість у власних силах та стійкість у ситуаціях непопулярності та заперечення, у поєднанні з гнучкістю та пластичністю поведінки у змінних нестандартних професійних ситуаціях, високий ступінь стійкості до стресу, до інформаційних та емоційних навантажень, наявність розвинених механізмів адаптації та компенсації з високою значимістю екзистенційно-гуманістичних цінностей, що формують далеку життєву перспективу.

У поняття «ідеального пацієнта» лікар, як правило, включає такі характеристики: мала поінформованість у медичних питаннях, віра і відсутність сумнівів у силах і вміннях лікаря, готовність беззаперечно виконувати призначення, вміння коротко і чітко викладати проблему та скарги, відсутність іпохондрії ­. Як видно з наведеного списку показників, лікар націлений на директивний стиль взаємодії з хворим, не обумовлюючи особливості емоційного підкріплення цього процесу. Він готовий бути співпереживаючим, але не завжди готовий до справжнього партнерства. Цей факт пов'язаний із захистом від психологічної установки суспільства на медичну сферу як на сферу обслуговування.

**Психологічні особливості етапів діагностичного процесу** .

Перша зустріч лікаря та хворого. Психологічна сторона відносин «лікар-хворий» важлива на всіх етапах діагностичного та терапевтичного процесів, але особливо велике значення вона набуває при першій зустрічі, встановленні психологічного контакту, що передує діагностиці та терапії. Оптимальний психологічний контакт, за літературними даними, на 40% забезпечує успішність, ефективність міжособистісної взаємодії. Він може «губитися» в окремі моменти комунікації, і тоді лікар, відчуваючи дистанційність пацієнта, що «вислизає» від спілкування, знову повертається до встановлення психологічного контакту з хворим.

Контактна фаза спілкування.Це перший етап професійного спілкування лікаря та хворого. Протягом контактної фази лікар знайомиться зі своїм пацієнтом, між ними встановлюється психологічний контакт, складається перше враження одне про одного, формуються передумови для подальшої міжособистісної взаємодії. Перше враження хворого про лікаря багато в чому визначає те, як пацієнт будуватиме свої стосунки з лікарем, виконувати його призначення, приймати ліки, дотримуватись дієти та режиму, якими будуть представлятися перспективи одужання. Найбільш важливе завдання, що стоїть перед лікарем у контактній фазі взаємодії з хворим – справити на хворого потрібне враження. У пацієнта має виникнути уявлення, що лікар хоче і може йому допомогти. Перше ґрунтується на емпатичних здібностях лікаря, друге — на його впевненій манері поведінки. Невербальна поведінка лікаря на етапі встановлення контакту важливіша, ніж вербальна поведінка. На вербальному рівні взаємодії, словами лікарі говорять практично одне й те саме, але невербально, інтонаціями, жестами, поглядами, вони можуть передавати різні повідомлення, що містять певне ставлення до хворого і його проблем. Невербальне повідомлення містить найзначнішу інформацію, яку реагує хворий під час першої зустрічі з лікарем. За спостереженнями психологів, враження про людину виникає протягом 18 із знайомства. До лікаря пред'являються підвищені вимоги щодо зовнішнього вигляду, так і манери поведінки. Відчуття психологічного контакту дає такий елемент невербального взаємодії, як контакт очима (погляд). Тому в перші секунди професійного спілкування лікар повинен подивитися в очі своєму пацієнтові, даючи зрозуміти, що готовий уважно його вислухати. Переконавши поглядом хворого на надійності та міцності психологічного контакту, лікар запитує про причини візиту. З цього моменту починається друга фаза спілкування – фаза орієнтації.

Фаза орієнтації.Протягом контактної фази лікар прагне привернути до себе хворого, приймаючи природну, асиметричну, відкриту позу, контролюючи жести та мімічні реакції обличчя, інтонації голосу, гучність, темп та ритм мови. Одночасно він враховує невербальні особливості поведінки пацієнта, оцінюючи його позу, міміку, жести, і це дозволяє скласти уявлення про особливості стану хворого. Контактна фаза дуже коротка, вона триває кілька секунд і закінчується із початком вербального контакту між лікарем та пацієнтом. Зазвичай контактна фаза завершується, коли лікар ставить своє перше запитання: «На що Ви скаржитесь?». З цього питання починається друга фаза спілкування між лікарем та хворим – фаза орієнтації.

*Активне слухання.* У відповідь на запитання лікаря хворий починає викладати свої скарги, розповідає про неприємні больові відчуття, про характер і час виникнення болю, про різноманітні переживання дискомфорту, пов'язані для нього з його хворобливим станом. Часто, розповідаючи про симптоми захворювання, пацієнт використовує елементи інтерпретації, зазвичай дуже суб'єктивні, у яких розкривається емоційна значимість йому симптомів. Перш ніж перебити хворого і почати проводити опитування за традиційною схемою, ставлячи уточнюючі питання, лікареві спочатку потрібно просто послухати те, що намагається передати йому співрозмовник. Буває, що, приймаючи велику кількість пацієнтів щодня, лікар, ще не чуючи свого чергового хворого, вже заздалегідь припускає, що той хоче йому сказати. Тому так важливо, не перебиваючи деякий час хворого, просто послухати його та постаратися почути у цьому вільному мовному потоці те, що хоче сказати пацієнт. При цьому актуалізується така професійна навичка лікаря, як активне слухання, тобто активне сприйняття та усвідомлення, з одночасним структуруванням мовного повідомлення та виділенням у ньому окремих смислових одиниць, усієї повноти інформації, що надходить, а не вибіркова фіксація фактів, які налаштований почути лікар. Слухаючи пацієнта, слід деякий час не перебивати його, не ставити запитань і не робити зауважень, які можуть перешкодити хворому викладати свої скарги, не підказувати додаткові деталі, що вселяють неусвідомлювані установки та очікування лікаря, здатні змінити всю картину в цілому. Слухаючи таким чином хворого лікар отримує перше уявлення про нього.

Вільно викладаючи скарги такому уважному та професійному слухачеві, як лікар, хворий уже відчуває деяке полегшення просто від того, що його уважно, доброзичливо, не перериваючи, вислухали. У фазі орієнтації лікар, надаючи пацієнтові можливість вільно висловлюватися, може певною мірою забезпечити реалізацію такого терапевтичного механізму, як катарсис. Поняття катарсису ввів ще Аристотель, який стверджував, що через співчуття та страх трагедія домагається очищення (катарсису) духу. Як синонім у російській мові вживається термін «відреагування». За відреагуванням, як правило, слід зменшення емоційної напруги та почуття полегшення. Катарсис у психоаналізі окреслюється звільнення від негативного емоційного досвіду (негативних емоційних переживань) шляхом відреагування цього досвіду (цих переживань). Часткове відреагування у розмові з лікарем негативних емоційних переживань, пов'язаних з болем, стражданням, фізичним дискомфортом, знижує у пацієнта рівень напруження та тривоги. Активне слухання скарг хворого на фазі орієнтації — елемент психотерапевтичного впливу, знайомий кожному лікаря.

Другий психотерапевтичний елемент, що міститься у фазі орієнтації - це корректний емоційний досвід, що набуває хворим. Корективний досвід пов'язаний з тим, що хворий, не зустрічаючи засудження або оцінки з боку лікаря, перестає боятися власних емоцій, пов'язаних з тими чи іншими болючими відчуттями, і починає їх вільніше виражати. Часто нівелювання, вирівнювання інтенсивних емоційних реакцій призводить до зменшення інтенсивності суб'єктивного сприйняття болю. Пацієнт стає точніше в описах своїх симптомів, що допомагає лікарю отримати повніше уявлення про перебіг його хвороби.

Друга фаза встановлення професійних відносин «лікар-хворий» також досить коротка – 2-3 хв. Але вже на цьому етапі спілкування, коли лікар слухає, а пацієнт вільно викладає свої скарги, можуть формуватися і впливати на хворого специфічні психологічні феномени, що надають і психотерапевтичний ефект. Крім механізмів катарсису та корективного емоційного досвіду, до них відносяться проекції та контрпроекції.

*Проекції та контрпроекції у відносинах «лікар-хворий»* . Як загальний механізм сприйняття та інтерпретації поведінки та намірів інших людей, проекція означає приписування їм своїх власних психологічних рис, перенесення назовні, на навколишніх, своїх проблем. У взаєминах «лікар-хворий» пацієнт схильний приписувати лікарю ті риси, які мають допомогти впоратися із хворобою. Розглядаючи особистість лікаря як значущу фігуру, що має певні магічні здібності, пацієнт може його ідеалізувати, очікуючи швидкого та ефективного лікування всіх недуг, сподіваючись часом не тільки на позбавлення від соматичної хвороби, але і, часто несвідомо, на вирішення своїх психологічних проблем. Це очікування допомоги, у звільненні від хвороби, а й у задоволенні потреб і надій, незадоволених раніше (потреб у ніжності, співчутті, прийнятті), призводить до формування *переносу* (трансферу). Хворий переносить на лікаря свій минулий досвід відносин із значними людьми, очікування та надії, які існували у цих відносинах. У тому випадку, коли пацієнт переносить на лікаря позитивні почуття, пов'язані з позитивним досвідом взаємин у минулому, говорять про *позитивне перенесення* .Якщо ж хворий переносить на лікаря негативні почуття, пов'язані з минулим негативним досвідом побудови відносин — почуття роздратування, недовіри, ворожості, то говорять про *негативне перенесення* .Наприклад, це може бути пов'язане з вихованням у неблагополучній сім'ї, у сім'ї осіб, які зловживають алкоголем або вживають наркотики, коли батьки мало уваги приділяють дитині. У взаєминах з лікарем пацієнт може спроектувати на нього *амбівалентний* емоційний досвід, переживаючи по відношенню до нього почуття настороженості та ніжності, довіри та ворожості. Переносні реакції хворого – позитивні, негативні, амбівалентні – ускладнюють комунікацію з ним, впливають на ефективність взаємодії.

Не лише хворий асоціює з образом лікаря минулий досвід емоційних стосунків з іншими людьми, а й лікар несвідомо переносить на хворого свої очікування, настанови, пов'язані з минулим спілкуванням. Мимоволі спираючись на цей досвід, лікар будує стосунки з хворим відповідним чином, очікує від пацієнта певної поведінки, емоційних реакцій. Феномен перенесення лікарем на хворого досвіду минулих емоційних відносин із відповідними очікуваннями, установками щодо поведінки хворого називається *контрпереносом* (антитрансфером). Як і перенесення, контрперенос може бути *позитивним* або *негативним* ,залежно від того, які емоції, негативні чи позитивні, які установки та очікування лікар переносить на свого пацієнта. Відносини, що складаються між лікарем і хворим, це зазвичай суміш реальних вражень і реакцій одна на одну, з одного боку, і, з іншого боку, — різноманітних взаємних реакцій перенесення, спогадів, асоціацій.

Після закінчення фази орієнтації лікар отримує первинне уявлення про хворого, після чого спілкування "лікар - хворий" переходить у третю фазу - фазу аргументації.

Фаза аргументації.Основний зміст фази - отримання додаткової інформації, яке може бути вербальним (розпитування хворого, різноманітні уточнюючі питання, які виникають під час бесіди, у міру викладу пацієнтом своїх скарг) та невербальним (огляд хворого). Враження, отримане при першому контакті, залишається у лікаря в процесі подальшого спілкування, у певному сенсі визначаючи той кут зору, під яким він оцінює ознаки захворювання, що виявляються. Фаза аргументації – найактивніша фаза спілкування. Тривалість її може бути різною, залежно від стану хворого, з його індивідуально-психологічних характеристик, нозологічної приналежності хвороби.

Для того, щоб попередній діагноз, отриманий при розпитуванні та огляді пацієнта у фазі аргументації, став остаточним, зазвичай необхідно проведення додаткових лабораторних досліджень. Завдання лікаря — не лише виписати відповідні напрямки, а й мотивувати хворого до проходження всіх необхідних діагностичних процедур. Для цього, по-перше, необхідно переконати хворого в тому, що результати досліджень необхідні для правильного встановлення діагнозу, призначення відповідної терапії, швидкого поліпшення самопочуття, ефективного лікування. По-друге, якщо діагностична процедура неприємна і болісна (фіброгастроскопія, бронхоскопія), слід загалом розповісти хворому, у чому полягає дослідження, попередити про можливі неприємні відчуття, з якими, тим не менш, можливо і необхідно впоратися.

Фаза коригування.Зустріч із хворим повинна мати завершення не лише у професійному плані, а й у психологічному. Важливо, якими словами лікар закінчує розмову. Відомий у психології «ефект краю» говорить про те, що найкраще запам'ятовуються початок та кінець зустрічі. У пам'яті хворого повинні зберегтися найперші і останні слова лікаря, які вселяють надію. Остання фаза спілкування «лікар-хворий», що завершує зустріч, несе у собі лише психологічне навантаження. Завдання цієї фази — надати хворому емоційну підтримку, вселити надію на швидкий і благополучний результат подій. У фазі коригування, як і в контактній фазі, невербальна поведінка лікаря — його поза, жести, погляд, мімічні реакції, інтонації голосу мають велике значення. Важливим є зміст заключної фрази, наприклад, «Зробимо все можливе, щоб Вам допомогти», або «Тепер нас із Вами троє: Ви, я та Ваша хвороба. Якщо ви будете на моїй стороні, то ми її переможемо». У кожного лікаря згодом виробляється своя власна заключна фраза, яка зазвичай завершує зустрічі з хворим. Вона є частиною професійного «іміджу», вимовляється спокійним і впевненим голосом, супроводжується доброзичливим поглядом, жестом, який супроводжує і одночасно запрошує пацієнта на наступну зустріч.

Важливою стороною взаємодії медичного працівника та пацієнта є етика та деонтологія — вчення про моральні основи поведінки людини, у тому числі в умовах діагностичної та ­лікувальної взаємодії. Найбільш важливими етичними проблемами вважаються проблеми: *лікарської таємниці, евтаназії, повідомлення ­пацієнту істинного діагнозу його захворювання, патерналізм* та інші.

*Конфіденційність* у традиційному розумінні передбачає неодноразово ­оприлюднення відомостей про хворого, збереження таємниці хвороби практично у всіх випадках. В іншому випадку, якщо не буде гарантовано конфіденційності, тобто. будуть порушені основні етичні принципи і до лікарів багатьох спеціальностей добровільно не звертатимуться або при вимушеному зверненні приховуватимуть від них важливі для діагностики та лікування відомості.

Сьогодні законодавчо обмежені ситуації, за яких ­можна порушувати принцип конфіденційності — випадки безпосередньої небезпеки для оточуючих, пов'язаної з симптоматикою захворювання. Однак за рамками закону залишаються багато ситуацій, що не мають характеру безпосередньої соціальної небезпеки. Наприклад, ситуація з *повідомленням без згоди хворого на його рід ­статеві, діагнозу захворювання.* Що визнати етично виправданим ­, «доброчинним» — повідомлення дружині про шизофренію, розпізнану у її чоловіка чи приховування цього факту? Чеснота щодо кого справедливіша — щодо хворого чоловіка, який не хотів би втратити сім'ю, внаслідок реакції дружини на діагноз, чи щодо дружини, яка на підставі знань про справжній діагноз хвороби чоловіка могла б будувати нове життя?

Лікар вирішує це завдання в даний час «індивідуально», але часто на підставі власних уявлень про благо і шкоду. Думається ­, що цей етичний ребус повинен завжди вирішуватись на користь хворого. І повідомлення близьким родичам діагнозу його захворювання має ґрунтуватися лише на добрій волі пацієнта.

Іншим не менш складною етичною ситуацією вважається *інформування ­хворого про діагноз його хвороби.*

Чого ж чекає на хворого від лікаря? Хворий не знає, що з ним трапилося, і тому хоче почути назву хвороби, діагноз: ніщо так не має страху, як невизначеність. Пацієнт також хоче знати, що йому самому треба зробити, щоб одужати; якими мають бути дієта і режим, які ліки та процедури приймати, скільки часу триватиме лікування, чи є перспективи на одужання та повне відновлення працездатності. Йому необхідні підбадьорення та емоційна підтримка: він хоче почути, що хвороба його не така страшна, як здається, і що йому можна допомогти. Повідомляючи діагноз, краще говорити зрозумілою та простою мовою, не вживаючи термінів, які мають жахливий відтінок.

Звісно, хворий може заявити, що хоче знати всю правду, але пом'якшити правду милосердям — ось гідна практика. Коли йдеться про те, щоб повідомити хворому його діагноз, такт та людяність мають стояти на першому місці. Краще сказати про серцевий напад, ніж про тромбоз коронарних артерій; новоутворення краще, ніж рак; підвищений тиск кращий, ніж гіпертонія. Ці слова не тільки більш щадні, а й зрозумілі. Проблема повідомлення діагнозу особливо гостро постає при тяжких, невиліковних захворюваннях (рак, СНІД).

Мається на увазі, що знання хворим на ­діагноз свого онкологічного захворювання завадить адекватному проведенню необхідної терапії внаслідок можливої і «високо ймовірної» негативної емоційної реакції пацієнта (аж до суїцидальних спроб). У той самий час невизначеність може нести захисні психологічні функції.

Запропонована в літературі трактування адаптивного впливу невизначеності для пацієнта, що стосується інформації про діагноз онкологічної патології, прогноз захворювання та інших супутніх подій, враховує ситуативний вплив поінформованості пацієнта на його психологічний статус. Тоді як віддалені психічні наслідки дії невизначеності до нашого часу у науковій літературі не відбилися.

Одна категорія хворих, здогадуючись про тяжкість свого стану, воліє вдавати, що нічого страшного не відбувається, продовжує приймати ліки, виконувати призначення лікаря, вести з ним розмови про можливі терміни виписки. Складається враження, що такі пацієнти самі починають у це вірити. Частина хворих намагається переконати лікаря, що їм необхідно знати правду, нехай найстрашнішу і безнадійну, вони зможуть пережити цю звістку, щоб гідно, у відведені для них терміни, закінчити розпочаті справи, попрощатися з друзями та рідними, психологічно підготувати себе до фіналу, підвівши підсумки прожитого життя. Така позиція психологічно здається цілком зрозумілою та навіть переконливою. Однак у кожному конкретному випадку лікар ставить собі запитання: «А чи справді цей пацієнт хоче знати правду? Може, за подібним бажанням ховається таємна надія, що лікар пощадить його почуття, заспокоїть та обнадійить?» Можливо, насправді хворий таким чином вимагає: «Обіцяйте мені, що я не помру». Щодо тяжких, вмираючих хворих, як правило, лікар займає щадну позицію і, навіть повідомляючи про невиліковну хворобу, робить це так, щоб зберегти у пацієнта надію, розповідаючи про можливість тривалої ремісії або про нещодавно запропонований новий лікарський засіб, що чинить терапевтичну дію, здатну сповільнити перебіг хвороби і навіть призвести до повного одужання. Вчиняючи таким чином, лікар не обманює свого пацієнта, оскільки справді з повною впевненістю не може прогнозувати перебіг та результат захворювання. У той же час, віра хворого та його бажання вижити справді можуть активізувати захисні сили організму, віддалити результат, або, принаймні, надати сенсу останнім дням його життя.

У практиці можуть зустрічатися ще складніші в етичному відношенні ситуації. Припустимо, що до психіатра звертаються батьки, які усиновили дитину і через п'ять років після усиновлення психічні відхилення, що відзначають у неї. Що вважати етично правильним вчинком, повідомлення їм про наявність, приміром, вродженого та терапевтично резистентного розумового дефекту у дитини і тим самим мимовільне підштовхування до повернення дитини до дитячого будинку або заняття позиції захисту дитини та умовчання справжнього діагнозу захворювання?

Не менш психологічно та етично складними виявляються випадки, при яких сам пацієнт вимагає дати йому повну інформацію про його психічну хворобу. Етично виправданим можна вважати інформування пацієнта, але тільки у такій формі, яка не призведе до погіршення його психічного стану чи суїциду.

*Патерналізм* також можна зарахувати до етичних проблем медицини. Суть його полягає в етичній оцінці можливості та допустимості прийняття лікарем на себе ролі людини, що диктує хворому, як тому слід чинити в житті. Найчастіше лікар поширює свій вплив на галузі життя пацієнта, які не мають ­безпосереднього відношення до його хвороби. Зокрема, лікар бере на себе відповідальність за категоричні рекомендації щодо заміжжя та одруження, розлучень, народження дітей, надходження на роботу або звільнення з неї. Лікар не має етичного права давати пораду, оскільки будь-який з них обґрунтовуватиметься не медичними, а його власними моральними критеріями. Протилежністю патерналізму є взаємини лікаря та пацієнта на платформі співробітництва та партнерства.

Конфлікти під час надання медичної допомоги

Кардинальні зміни нормативної, організаційної, технологічної та економічної бази охорони здоров'я за ­останні 10 років зумовили особливу увагу до проблем правовідносин пацієнтів з державою, конкретними лікувальними закладами та медичними (фармацевтичними) працівниками. Цей інтерес, головним чином, визначається зростаючою незадоволеністю населення якістю медичної допомоги та недостатнім рівнем реалізації прав та законних інтересів пацієнтів у сфері охорони здоров'я.

В Україні ці проблеми (і шляхи їх вирішення) набувають ряду специфічних особливостей у зв'язку з кризовим станом ­охорони здоров'я, зростанням самосвідомості громадян і передбачуваним і цілком реальним впровадженням механізмів обов'язкового соціального медичного страхування. Можна виділити низку сучасних тенденцій цивільно-правових відносин у сфері охорони здоров'я:

— недосконалість правового поля у сфері охорони здоров'я ­, у т.ч. стосовно приєднання України до міжнародних правових актів у цій галузі;

— численні порушення законодавчих норм у сфері охорони здоров'я, особливо у частині соціальних гарантій та захисту прав та законних інтересів пацієнтів;

— зростаюча орієнтованість пацієнтів до претензій ­на низьку якість медичної допомоги та оскарження неналежних дій медичного персоналу до судових інстанцій;

- прогресуюче зростання цивільних позовів до лікувально-профілактичних установ на недотримання вимог Закону України "Про захист прав споживачів" під час надання медичної допомоги; превалювання цивільної відповідальності ­медперсоналу над кримінальною;

- Переважання у змісті позовів питань етичного та правового змісту, матеріальних претензій, вимог відшкодування матеріальних та моральних збитків у зв'язку з незадоволеністю ­медичною допомогою;

- зростання необхідності експертної оцінки обсягів та якості медичної допомоги, її відповідності нормативним стандартам;

- Ускладнення судово-медичних експертиз за т.зв. " ­медичним подіям"; зросла професійна ерудиція та медико-правова грамотність учасників судових процесів;

— практично нульовий рівень участі в експертизі якості ­медичної допомоги професійних медичних асоціацій та громадських організацій захисту прав пацієнта.

У системі правовідносин між медичними працівниками ­та їх пацієнтами можуть виникати конфлікти та, так звані, медичні події, що вимагають медико-правової та юридичної оцінки. Статистика медичних помилок та шкоди, заподіяної пацієнтам медичним персоналом, не відома. Проте досвід свідчить про те, що "жертви" медичного втручання бажають:

- адекватного пояснення того, що сталося;

- Вибачень, якщо це необхідно;

— упевненості в тому, що те, що сталося з ними для медпрацівників, ­послужило уроком і подібне не повинно повторитися з іншими;

— своєчасної та адекватної компенсації заподіяної здоров'ю шкоди.

Причин виникнення конфлікту безліч. Вони можуть бути об'єктивними та суб'єктивними. До об'єктивних передумов належать порушення медперсоналом деонтологічних норм та очевидні дефекти діагностики та лікування. Суб'єктивні передумови полягають у своєрідному ­психологічному стані багатьох пацієнтів. Відомо, зокрема, що надання медичної допомоги відноситься до категорії "важких" для хворого ситуацій, що супроводжуються стресогенними впливами та негативними переживаннями. Ці ситуації, як правило, супроводжуються усвідомленням особистістю загрози здоров'ю, труднощів, пов'язаних з обмеженням режиму, перешкод до реалізації цілей, станом психічної напруженості, помітною зміною звичних параметрів діяльності та спілкування. З іншого боку, передиспозицією конфлікту може бути певні особистісні особливості пацієнта як претензійності, підвищеної уразливості, недоброзичливості тощо.

Суть конфліктів у системі лікар (медичний працівник) — пацієнт полягає у зіткненні думок, поглядів, ідей, інтересів, точок зору та очікувань учасників взаємодії.

Конфлікти прийнято ділити на *реалістичні (предметні) та нереалістичні (безпредметні ).* *Реалістичні* конфлікти викликані ­незадоволенням вимог та очікувань учасників, а також несправедливим, на їхню думку, розподілом будь-яких обов'язків, переваг та спрямовані на досягнення конкретних результатів. *Нереалістичні* конфлікти мають на меті від ­критий вираз накопичених негативних емоцій, образ, ворожості, коли гостра конфліктна взаємодія стає не засобом досягнення конкретного результату, а самоціллю. Перший тип конфлікту часто пов'язаний із розбіжністю очікувань пацієнта з реальністю. Приводом може бути невідповідне уявленням про належну поведінку медичного персоналу (грубість, нечемність), проведення процедур (нерегулярність, непунктуальність, недбалість), санітарно-гігієнічні умови знаходження в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильна діагностика або неправильне. Другий конфлікт нерідко обумовлений упередженим ставленням пацієнта до медичної служби, загалом або окремого лікаря, зокрема.

Безпосередніми причинами конфліктів можуть бути такі обставини:

1. Незадоволеність пацієнта кінцевим результатом лікування (обґрунтована чи необґрунтована).

2. Деонтологічні прорахунки мед.персоналу самовпевнено ­-легковажного характеру, що вводять хворого або родичів в оману.

3. Реальні дефекти медичної допомоги, зокрема. з ­офіційно та неофіційно виробленим матеріальним заохоченням від хворого.

4. Ятрогенні обставини, прямо чи опосередковано пов'язані ­із заподіянням пацієнтові шкоди, як наслідки його взаємодії з медичним персоналом у всіх ятрогенних сферах — діагностичній, тактичній, лікувальній, лікувально-деонтологічній, організаційній.

У походження конфліктів між медперсоналом і пацієнтом ­велику роль грає переробка хворим інформації, пов'язаної з ситуацією хвороби та лікування (внутрішня картина хвороби за Р.А.Лурія, 1977). За даними В.В.Миколаєвої (1987), внутрішня картина хвороби (ВКБ) - "це комплекс вторинних психологічних за своєю природою симптомів захворювання, який у ряді *випадків* може ускладнювати ­перебіг хвороби, перешкоджати успішності лікування і гальмувати перебіг реабілітації. Цей вторинний комплекс сам по собі може стати джерелом стійкої інвалідизації хворого.

Конфлікт як результат протистояння пацієнта та медичного працівника виражається ­в наступному:

1. Наростання негативізму хворого стикається з ігноруванням ­його думки лікарем.

2. У спілкуванні превалюють негативні емоції з формуванням ­"образу ворога".

3. Завдання моральної *шкоди* лікарем (грубе звернення ­) посилює категоричність претензій у позовних заявах пацієнтів.

4. Усі ресурси мобілізуються для перемоги над опонентом, а чи не над недугою.

У ситуації конфлікту пацієнти використовують як достовірну ­, і спотворену інформацію. Чинники, що впливають спотворення інформації, можна згрупувати таким чином:

- Стрес;

- Недолік інформації про опонента, який заповнюється ­домислами зазвичай негативного характеру;

- Чим вище рівень мотивів конфлікту (життя, здоров'я), тим вищий ступінь спотворення;

- Обмеженість кругозору;

- Стан алкогольного або наркотичного сп'яніння.

Найбільш поширеною причиною конфліктів у системі ­"пацієнт - медперсонал" є несприятливі наслідки (виходи) надання медичної допомоги.

Психологічні аспекти виникнення конфліктів між лікарем та пацієнтом в умовах страхової медицини

Коли медицина переходить до страхової, вона перестає бути лише видом надання медичної допомоги і поступово перетворюється ­на сферу цивілізованого надання послуг. Деякі вчені та практики не визнають право на існування в медицині поняття "послуга". Лікар, вважають вони, надає хворому допомогу. Послуга, на думку зберігачів традицій, — поняття зі сфери побуту, воно асоціюється із ринковими відносинами.

За відмінностями в поняттях "допомога" і "послуга" ховається найважливіша психологічна і моральна проблема ­медицини, що оновлюється. Це проблема протиборства та співіснування *двох* менталітетів. По-різному працює і спілкується з пацієнтами лікар, налаштований тільки на надання допомоги хворому, і лікар, який розуміє, що він при цьому ще надає ­послуги. Так само відрізняється поведінка та запити людини, яка прийшла до клініки за медичною допомогою, та людини, яка має намір скористатися послугами сучасного медичного закладу.

Менталітет - склад розуму, ума ­будова - це якісна своєрідність інтелектуальної переробки людиною (сукупністю людей) інформації про себе та навколишню дійсність.

Невід'ємним атрибутом менталітету конкретної особистості ­є поняття, якими вона керується. Ось чому важливо відтінити відмінності понять "надання допомоги хворому" та "надання послуг пацієнту" і в цьому плані навести точку зору академіка В. В. Бойка [22] про те, що будь-яке медичне втручання передбачає допомогу хворому - усунення причини захворювання, повне або часткове позбавлення людини від недуги або полегшення її страждань. Допомога надають за об'єктивними показаннями. Її не рекламують, не просувають як товар, не пропонують на вибір. Медична допомога не розглядається у контексті конкуренції. Ефективність надання медичної допомоги визначається з урахуванням розроблених стандартів. Однак багато, якщо не всі види медичної допомоги можуть здійснюватися у формі послуг.

Послуги надають, продають і оплачують, тому вони мають усі ознаки предмета ринкових ­відносин. Послуги, як і будь-який товар, виробляють, споживають, рекламують та просувають до споживача. У сфері надання послуг відбувається конкуренція, визначається та прогнозується попит. Якість послуг виявляється з урахуванням оцінок споживачів, суб'єктивного почуття задоволеності. Надання послуг супроводжується сервісом - їх виробник робить все, щоб залучити, а потім утримати споживача. Медична допомога, що потрапила до розряду послуг, здійснюється з урахуванням таких компонентів, які вона сама по собі обов'язково не передбачає — замовний комфорт, вибір пацієнтом варіантів вирішення проблеми та досягнення індивідуальної естетики.

Коли надання медичної допомоги набирає форму надання платних послуг, поняття "хворий" стає неточним і вузьким і тому замінюється більш ємним - "пацієнт ­або "клієнт". Зміна понять "хворий" на "пацієнт" - явище лінгвістичне, і воно відображає новизну відносин, які виникають між представником медицини та людиною, яка звернулася до нього за допомогою.

Споживач послуг має право вибору — де, коли, в якому обсязі, який лікар, за якою ціною отримати медичну ­допомогу. Сплачуючи за послуги, він автоматично потрапляє під захист прав споживача і може пред'явити претензії до медичного персоналу та установи. При цьому важливо наголосити, що споживач послуг має право висловити невдоволення з приводу якості, як лікування, так і обслуговування, вимагати компенсацію за шкоду, завдану здоров'ю, та за моральну шкоду, завдану його особистості. Споживач послуг має право пред'явити вимоги до особистості лікаря та деонтологічним аспектам його роботи. При отриманні медичної допомоги про ці категорії хворі зазвичай не розмірковують.

Менталітет пацієнта — споживача послуг та менталітет хворого, який потребує допомоги, — різні психологічні освіти. Багато труднощів у сфері платної медицини відбуваються передусім тому, що не всі лікарі налаштувалися на ментальність споживача послуг і продовжують діяти з розрахунку на ментальність хворого.

*Менталітет "середньостатистичного" хворого* в ­державному медичному закладі можна описати словами - людина "на конвеєрі" з властивими їй атрибутами: черга, примусовий час для лікування, обмежена можливість вибору лікаря, неприємне враження від санітарного стану поліклінік та кабінетів, знижена увага з боку персоналу , марність пред'явлення претензій Неодмінним атрибутом менталітету хворого з епохи, що минає, було усвідомлення свого залежного становища: на власний розсуд лікар міг приділити більше або менше уваги його випадку та особистості. Тому більшість людей, які мають досвід хворого на конвеєрі, не люблять з'являтися у лікаря. Приходять прийом лише тоді, коли виникає біль, немає звички регулярно відвідувати професійні огляди.

*Менталітет споживача послуг* виражається короткою, але ємною формулою: "за свої гроші я хочу отримати те, що хочу". При цьому суть вимог споживача не змінюється ­залежно від того, скільки він заплатив чи готовий заплатити — багато чи мало. У будь-якому випадку він хоче, щоб повністю були враховані його скарги та побажання, щоб йому була надана виняткова увага, щоб з ним детально все узгодили, аби йому зрозуміло все роз'яснили.

Зовсім нове в менталітеті споживача послуг те, що він, взаємодіючи з лікарем, вільно виявляє різні свої ­особисті особливості — інтелект, характер, емоції, моральні принципи. Інший пацієнт демонструє свою особистість без жодного сорому, аж до того, що спотворює домовленості, досягнуті з лікарем, прибріхує на свою користь і даремно намовляє на медичний та обслуговуючий персонал.

Відмінності в менталітеті лікаря, який налаштований лише ­надавати допомогу хворому, і лікаря, який розуміє, що, крім того, він надає послуги пацієнтові, — досить суттєві. Це різні персони, які уособлюють різні філософії та підходи до своєї діяльності. Це представники різних культур - "комунальної" та "персоніфікованої". Лікар, який сповідує принцип "комунальне", "конвеєрності" у взаємодії з хворими, лікує потоковим методом, він - "технар", можливо, високого класу. Лікар, орієнтований особистість пацієнта, вносить у взаємодію Космосу з ним гуманістичні цінності та одушевлює процес лікування.

При збігу менталітетів лікаря та пацієнта в їх взаємодії ­з'являється гармонія, а у разі відмінностей у ментальностях — напруга, взаємне нерозуміння та конфлікт. Типовий конфлікт відбувається не через те, що лікар погано знає свою справу, а тому, що він не порахувався з особистісною реальністю пацієнта: не зважив на всі його побажання, не врахував характер, інтелект, моральні властивості, не відреагував на індивідуальні показники здоров'я. Таке ставлення себе пацієнт сприймає як знак приниження його гідності і тому реагує у відповідь емоційно. Ситуація буквально вибухає, якщо лікар ігнорує психологічно проблемну особистість, вимоги якої можуть бути неординарними, а поведінка непередбачуваною.

Перебудова ментальності лікарів на надання ­персональних послуг пацієнту не виключає витрат, парадоксів та порушення медичної етики. Досвід показує, деякі співробітники приватних клінік дійшли висновку: якщо пацієнт має право вибору лікаря, те й лікар може вибирати собі пацієнта. Під тим чи іншим приводом майже всі лікарі намагаються не мати справу з проблемними особистостями – важкими у спілкуванні, вибагливими, неврівноваженими. Завдання бачать у тому, щоб своєчасно розпізнати таких пацієнтів та у коректній формі розпрощатися, не приступаючи до лікування. Способи різні: "налякати" вартістю, порадити звернутися до іншого фахівця, дати час на роздуми, надіслати на додаткове обстеження тощо.

З одного боку, вважає В.В. Бойко, по-людськи ­лікарів можна зрозуміти: навіщо витрачати сили та нерви на взаємодію з проблемною особистістю, якщо за той самий час і за ті ж гроші можна лікувати приємнішого пацієнта. З іншого боку, така ментальність повністю перекреслює місію надання допомоги тому, хто її потребує. Працюючи в державній установі, лікар не може навіть подумати про таку Спробуй він заявити: «Цю дамочку "з привітом" я лікувати не хочу і не буду". Йому одразу нагадають про клятву Гіппократа. Приватна медична установа не звільняє лікаря від медичної етики і не видає індульгенцію у разі відступу від неї

Рішення відмовити пацієнтові у наданні послуг може бути суб'єктивним. Адже лікар і сам може бути проблемною особистістю. Наші властивості накладають відбиток на вибір партнерів та стосунки з ними. Інший лікар, керуючись своїми ­міркуваннями, так "профільтрує" пацієнтів, що серед них залишаться тільки захоплені шанувальники його таланту або готові покірно викладати будь-які суми за лікування

Ще більшу загрозу моральності та престижу клініки становить колективний настрій на фільтрацію пацієнтів за ознакою "бажаний - небажаний". Лікарі діляться «технологією відмови»: як помітити проблемного пацієнта як його ввічливо відправити за поріг, як про це повідомити іншого колегу, щоб він «не обпікся» ­. Якщо ж запис пацієнтів забезпечений уперед, виборчий підхід загострюється.

Як вийти лікарям із такої напруженої ситуації, коли особисті інтереси стикаються з медичною етикою? Зрештою, лікар теж людина і має право подбати про своє ­здоров'я.

По-перше, треба внести рішучі корективи у свій менталітет: прийняти як належне головний принцип надання ­платних *послуг,* чим вищий клас обслуговування, тим вищий ступінь готовності персоналу виконувати будь-які розумні ­бажання клієнта, незважаючи на його характер і примхи. Умова одна – нехай платить гроші. Обґрунтованість такої позиції доводить світовий досвід. У шикарних салонах, елітних готелях та медичних закладах роблять все можливе для клієнта, у тому числі, для нестандартного та вибагливого. Більше того, пишаються цим. Для лікаря, що працює в платній медицині, зазначений принцип може бути сформульований так: професіоналізм лікаря тим вищий, чим чіткіше виражена його здатність знаходити підхід до найважчих у психологічному плані пацієнтів.

По-друге, слід подбати про підвищення порога ­професійної комунікативної толерантності, тобто. рівня толерантності до пацієнтів, які чимось не подобаються і з якими важко працювати. Потрібно швидко і безпомилково навчитися розпізнавати проблемних пацієнтів. Але не для того, щоб відмовити їм в обслуговуванні, а щоб правильно взаємодіяти з ними — попередити можливий конфлікт, подолати його, якщо він виник, або захистити себе за допомогою психологічного та юридичного змісту.

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №32 . Відчуття психологічного контакту дає такий елемент невербального спілкування як:

A ) погляд у очі

B ) жест привітання

C ) поворот корпусу тіла та голови у бік хворого

D ) кивок головою

E ) інтонацій голосу

Завдання №33 . Проекція – це:

A ) приписування хворим лікареві власних негативних рис

B ) проектування у ситуацію взаємовідносин з лікарем найбільш значущих психічних травм дитячого віку

C ) перенесення хворим на лікаря минулого досвіду взаємин із значними людьми

D ) перенесення хворим на лікаря дитячих фантазій та мрій

E ) перенесення лікарем на хворого минулого досвіду взаємин із значними людьми

Завдання №34 . Пацієнт, як правило, розцінює «ідеального лікаря» як обличчя:

А) одного з ним віку та статі

В) молодшого віку та однієї з ним статі

С) старшого віку та однієї з ним статі

D ) молодшого віку та протилежної статі

Е ) більш старшого віку та протилежної статі

Завдання №35 . Хвора Л., 50 років, знаходиться в онкологічному центрі щодо злоякісного новоутворення правої молочної залози. Сестра пацієнтки попросила лікаря проінформувати її про захворювання. Тактика лікаря у разі:

А) Відмова інформування сестри про захворювання пацієнтки

В) Інформування сестри про захворювання без згоди пацієнтки

С) Повне інформування сестри про захворювання пацієнтки

D ) Інформування сестри тільки з документацією та історією хвороби

Е) Інформувати родичів про онкологічну патологію повинен зав.

Завдання №36 . Хвора Ст, 49 років, знаходиться на лікуванні у гінекологічному відділенні після операції екстирпації матки та яєчників внаслідок фіброміоми. Стан хворий задовільний. Чоловік пацієнтки зажадав від лікаря детального опису оперативного втручання. Тактика лікаря у разі:

А) Повне інформування чоловіка після отримання згоди на це пацієнтки

в) Повне інформування чоловіка без попереднього узгодження з пацієнткою, т.к. він її близький родич

С) Категорична відмова у дачі інформації чоловікові

D ) Інформування чоловіка після розгляду питання на ВКК

Е) Запропонувати чоловікові отримати дозвіл на інформацію через суд

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

 **ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ**

Актуальність теми . Термін "психосоматика" вперше був застосований на початку XIX ст. J.​ Heinroth (1818). Через століття в лікарський лексикон було запроваджено поняття «психосоматична медицина». Під поняттям «психосоматичні» спочатку стали поєднувати такі захворювання, як ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, псоріаз та ін., Суттєву роль у патогенезі яких відіграють несприятливі психічні впливи.

У сучасній медицині розділ психосоматики представляють клінічні, психологічні, епідеміологічні та лабораторні дослідження, які висвітлюють роль стресу в етіопатогенезі соматичних захворювань, зв'язок патохарактерологічних та поведінкових особливостей з чутливістю або стійкістю до певних соматичних захворювань, залежність реакції на хворобу (поведінка у хворобі) складу, вплив деяких методів лікування (хірургічні втручання, гемодіаліз тощо) на психічний стан.

Ставлення до психосоматики як самостійної галузі медицини досі дуже неоднозначне. Проте більшість дослідників багато звані «хвороби цивілізації», тобто. ті, що найбільш характерні для нинішньої доби, вважають психосоматичними. З другої половини ХХ століття суспільстві спостерігається значне зростання психосоматичних розладів. За даними різних авторів, частота психосоматичних розладів (ПСР) становить від 30% до 57% від загальної кількості пацієнтів первинної медичної мережі та коливається у загальній популяції населення від 11 до 52%. Такі розбіжності у даних можна пояснити використанням різних діагностичних критеріїв соматизации.

Лікування та профілактика ПСР неможлива без реалізації цілісного підходу до людини, яка долає традиційну для колишньої вітчизняної медицини дихотомії психічного і соматичного. Практичне володіння навичками виявлення психологічних чинників ризику розвитку психосоматичної патології необхідне професійної діяльності сучасного лікаря.

Мета навчання (загальна) .Вміти виявляти психосоматичні розлади та намічати тактику ведення пацієнта.

|  |  |
| --- | --- |
| **Конкретні цілі:** вміти | **Цілі вихідного рівня:** вміти |
| 1. Визначити основні психосоматичні концепції у клінічній психології. | 1.Збирати скарги, анамнестичні дані, проводити фізикальне обстеження хворого, інтерпретувати дані інструментального обстеження (кафедра пропедевтичної та факультетської терапії). |
| 2. Діагностувати та коригувати особистісні особливості, що привертають до виникнення психосоматичних захворювань. | 2.Проводити дослідження характерологічних особливостей пацієнтів (кафедра психології). |
| 3. Знати психологічну характеристику основних психосоматичних захворювань. |  |
| 4. Визначити основні механізми психологічного захисту. |  |
| 5. Обґрунтувати тактику ведення хворих із психосоматичними захворюваннями. |  |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонуються такі завдання:

Завдання №37 .​ У випробуваного за методикою Леонгарда-Шмішека отримані такі результати у сирих балах: 1) гіпертимність – 5б; 2) тривожність - 4б.; 3) дистимічність – 2б; 4) педантичність-3б.; 5) збудливість – 1б.; 6) емотивність - 3б.; 7) застрявання – 6б.; 8) д емонстративність - 5б ..; 9) циклотимічність - 3б.; 10) екзальтованість - 4б.

Результати свідчать, що:

А) У випробуваного явна акцентуація за екзальтованим типом

В) У випробуваного явна акцентуація за типом, що застрягає.

С) У випробуваного є тенденції до акцентуації за типом, що застрягає.

D ) Випробовуваний має змішану тенденцію до гіпертимної та застрягаючої акцентуацій

Е) У випробуваного немає ознак акцентуацій

Завдання №38 . У хворої І., 15 років, під час занять у школі розвинувся напад задухи, під час якого вона відчувала нестачу повітря, утрудненість видиху, хвора хапала ротом повітря. Під час нападу з оточуючими не контактувала. На думку матері, причиною нападу могла послужити конфліктна ситуація, що виникла у І. з учителем, на уроці якого і розвинулася задишка. Сама хвора вважає,
що напад у неї виник через сильний запах мастики, якою напередодні
була натерта підлога у класі. З анамнезу відомо, що в дитинстві мати рано
перестала годувати хворі на груди, з раннього дитинства у І. відзначався
дерматит. Приблизний діагноз – бронхіальна астма. У програму подальшого дослідження включено проведення алергічних проб на специфічні алергени, визначення рівня Ig Е в сироватці крові, R о-графія ОГК.

Чи достатньо обґрунтовано попередній діагноз і чи достатньо обсягу додаткових обстежень?

А) Імовірний діагноз досить обґрунтований, обсяг досліджень достатній

В) Діагноз поставлений без достатніх підстав

С) Діагноз та план обстеження необґрунтовані

D ) Діагноз поставлений правильно, але дослідження призначені у недостатньому обсязі

Е) Додаткові дослідження призначені неправильно

 Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996,

стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

ЗМІСТ НАВЧАННЯ

Граф логічної структури теми "Психосоматичні розлади" представлений на наступній сторінці.

 **Психосоматичний підхід у медицині.**

Уявлення про тісний взаємозв'язок [самопочуття](http://encikl.by.ru/txt/s19.htm) людини з його [психічним](http://encikl.by.ru/txt/p108.htm) , насамперед емоційним, станом є одним із найважливіших у сучасній медицині та [медичній психології](http://encikl.by.ru/txt/m09.htm) .

Граф 5

Психосоматичний підхід склався у зв'язку з поширенням ­уявлень про те, що багато хвороб виникають ­на ґрунті множиннихетіологічних факторів і передбачає виявлення ролі та облік психологічних ­феноменів, супутніх у тій чи іншій мірі формуванню ­будь-якого розладу. Вивчення психологічних механізмів та факторів виникнення та перебігу хвороб, пошук зв'язків між характером психічного стресового фактора та ураженням певних органів та систем лежать в основі психосоматичного напряму в медицині.

Сучасні уявлення про **біопсихосоціальну концепцію ­хвороби** , що змінила в 70-ті роки біомедичну модель, відповідають положенням, висловленим ще в 40-х роках Р.А. Лурія, який писав про те, що «по суті вся медицина є психосоматичною», маючи на увазі той факт, що психологічні, психосоціальні фактори більшою чи меншою мірою включені в етіопатогенез будь-якого захворювання, соматичного або нервово-психічного ­, впливаючи в тій чи інакше на перебіг течії і результат хвороби ­. «Немає лише психічних і лише соматичних хвороб», - зазначає автор, - «а є лише живий процес у живому організмі ­; його життєвість і полягає в тому, що він поєднує в собі ­і психічну, і соматичний бік хвороби».

**Психосоматична медицина** є сучасною концепцією, наукою про взаємини психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з навколишнім середовищем. Вона враховує комплексні соматопсихосоціальні взаємодії при виникненні, перебігу та терапії захворювань.

В останні роки найбільшої популярності набуває психосоматичний підхід до будь-яких ­захворювань, що охоплює проблеми внутрішньої картини ­здоров'я, конверсійних, соматогенних, соматизірованних психічних ­і іпохондричних розладів, реакцій особистості на хворобу, вмирання, смерть, відрив від сім'ї. штучно продуковані розлади, у тому числі синдроми ­Мюнхаузена (симуляція хвороб, які призводять до операції) та ери (штучне заподіяння хвороби дитині його власною матір'ю) (Ісаєв Д.Н., 1996).

В даний час психосоматична медицина вирішує три важливі питання:

1) питання про пусковий механізм патологічного процесу та початкової стадії його розвитку;

2) чому один і той же надсильний психологічний ­фактор у окремих людей викликає яскраву емоційну реакцію ­і відповідний комплекс вегето-вісцеральних зрушень, а в інших людей ці зрушення взагалі відсутні;

3) чому психічна травма в одних людей викликає ­захворювання серцево-судинної системи, в інших - їжі ­варіального апарату, у третіх - дихальної системи, у четвертих - ендокринної системи і т.д. (Проблема «вибору про орган»).

**Варіанти взаємозв'язку соматичних та психічних розладів**

Три національні школи зробили найбільший внесок у розробку проблеми психосоматичної медицини: американська школа ( F. Alexander , H. Dunbar , I. Weies , і G. Engel ) , що розробляє теоретичні основи психосоматики на основі психоаналітичних концепцій ; німецька школа ( W. Von Krehl , von Weizsacker , von Bergman ), що віддає перевагу розробці філософських основ психосоматики, та вітчизняна школа, в якій основою вивчення психосоматичних розладів є вчення І. П. Павлова про вищу нервову діяльність. На сьогодні з урахуванням співвідношення соматичних та психічних розладів можливе виділення наступних варіантів:

- соматичне та психічне захворювання можуть співіснувати в одного і того ж хворого незалежно один від одного;

- соматичне захворювання може бути безпосереднім ознакою появи тих чи інших психічних розладів (делірій у хворого на висипний тиф, депресії у хворого на карциному, про яку він не обізнаний);

- Попередній варіант, але з приєднанням невротичної або депресивної реакції хворого на виникнення соматичної хвороби (при інфаркті міокарда, СНІДі, променевої хвороби). У цьому випадку йдеться про «другу хворобу» (за Г. Є. Сухарєвою, 1959 г.), або про нозогенію, «нозогенну реакцію» (за А. Б. Смулевичем, 1995 г.) та ін;

- соматичні та психічні зміни внаслідок генетичних змін або раннього постнатального ураження мозку (соматичні стигми при психопатіях, невропатіях, уродженому сифілісі);

- дезінтеграція соматичного функціонування (аж до маразму) внаслідок тяжкого психічного захворювання (при прогресивному паралічі, фебрильній або гіпертоксичній шизофренії).

**Емоційний стрес – як чинник етіопатогенезу психосоматичних розладів.**

Однією з основних проблем клінічної психології вважається проблема реакцій особистості на психологічний стрес. **Стрес** можна визначити як неспецифічну реакцію організму на ситуацію, яка потребує більшої чи меншої функціональної перебудови організму, що відповідає адаптації до цієї ситуації.

Центральними питаннями стають питання про механізми формування пов'язаних зі стресом порушень, вибором невротичного або психосоматичного шляху синдромогенезу, а також преморбідні індивідуально-психологічні особливості, що сприяють і перешкоджають появі розладів.

Вважається, що в умовах впливу на людину психічної травми виникає альтернатива: або у зв'язку зі стресостійкістю і під впливом методів психологічного захисту людина залишається психічно та соматично здоровою, або вона занедужує невротичним розладом або психосоматичним захворюванням. Причому, на думку деяких учених, альтернатива існує і всередині патогенного шляху, і «психосоматичні захворювання виникають у тих, хто через особливості особистості не може дозволити собі невротичний тип реагування, демонстрацію тривоги чи страху, фіксацію на своїх відчуттях».

Таким чином, реакцією особистості на стрес або фрустрацію можуть бути, з одного боку, невротичні розлади, при яких переважають психологічні та психопатологічні прояви, та психосоматичні розлади, що проявляються, насамперед, соматичними еквівалентами психічних розладів, з іншого боку. Ці групи порушень демонструють різні способи переробки внутрішньоособистісного конфлікту: психічний та соматичний. Невротичний спосіб може виявлятися як за умов гострого, і у умовах хронічного стресу; психосоматичний - більшою мірою пов'язаний із хронічним впливом фрустрації та стресу. Відмінними рисами є і індивідуально-психологічні властивості людини, схильного до одного з перерахованих способів переробки конфлікту.

Патогенез стресу описав Г. Сельє, ввівши поняття **адаптаційного синдрому** , який, протікає по-різному ­в залежності від того, в якій вихідній ситуації знаходиться про організм. Г. Сельє сформулював поняття про стрес як сукупність адаптаційно-захисних реакцій організму на будь-який вплив, що породжує психічну чи фізичну травму. Він встановив загальний біологічний ендокринно-хімічний механізм напруги, спричиненого травмуючим впливом. Цей механізм послідовно «включає» три етапи:

1. реакцію тривоги (« alarm reaction » за Г. Сельє) з «фазою шоку», «фазою протишоку», які являють собою генералізоване зусилля організму пристосуватися до нових умов;
2. стадію резистентності, що настає внаслідок перебудови організму щодо травмуючого агента;
3. стадію виснаження, що змінює стан «напруженого резистентного спокою» у взаєминах організму і продовжує свою патогенну дію травми.

Саме у фазі виснаження відбувається злам регулюючих механізмів ­з незворотними соматичними змінами. Загальний адаптаційний синдром може бути посередником ­між психосоціальним стресом і психосоматичним захворюванням ­.

Таким чином, **психічна адаптація** людини може бути представлена як результат діяльності цілісної самоврядної системи, активність якої забезпечується не просто сукупністю окремих компонентів (підсистем), а їх взаємодією та «сприянням», що породжують нові інтегративні якості, не властиві окремим підсистемам, що утворюють. **«** Результатом функціонування всієї системи є стан психічної адаптації, що забезпечує діяльність людини лише на рівні «оперативного спокою», дозволяючи їй як найбільш оптимально протистояти різним природним і соціальним чинникам, а й активно і цілеспрямовано впливати ними» (А.А. Ухтомский ).

Принциповою відмінністю функціональної діяльності системи психічної адаптації людини від інших самоврядних систем є наявність механізмів свідомого саморегулювання, в основі яких лежить суб'єктивна індивідуально-особистісна оцінка природних та соціальних впливів на людину. Завдяки цьому здійснюється координуюче, що спрямовує втручання свідомої інтелектуальної активності людини в саморегулюючі процеси адаптації.

Адаптована психічна діяльність є найважливішим фактором, який забезпечує людині стан здоров'я. У тому випадку, коли ці «здібності» відповідають рівню, необхідному для активної життєдіяльності, або перевищують його, можна говорити про адаптовану, «нормальну» психічну діяльність людини.

Слід зазначити, що будь-яка нова життєва ситуація спричиняє стрес, але далеко не кожна з них буває критичною. Критичні ситуації викликають **дистрес** , який переживається як горе, нещастя, виснаження сил і супроводжується порушенням адаптації, контролю, що перешкоджає самореалізації особистості. Таким чином, дистрес - це стрес-реакція, при якій захист від шкідливого фактора відбувається зі шкодою для організму, з послабленням його можливостей. Чим вище інтенсивність і тривалість стресорного впливу, тим вища ймовірність виникнення дистресу.

Ознаки стресової напруги (за Шеффером):

1) неможливість зосередитися на будь-чому;

2) часті помилки у роботі;

3) погіршення пам'яті;

4) часте виникнення почуття втоми;

5) дуже швидке мовлення;

6) досить часті болі (голова, спина, область шлунка);

7) підвищена збудливість;

8) робота не приносить колишньої радості;

9) втрата почуття гумору;

10) різко зросла кількість сигарет, що викурюються;

11) пристрасть до алкогольних напоїв;

12) постійне відчуття недоїдання;

13) втрата апетиту;

14) неможливість вчасно закінчити роботу.

Зазвичай виділяють два типи кризових ситуацій. Основа їх виділення – можливість, що вони залишають людини у реалізації наступного життя.

Криза першого типу – це серйозне потрясіння, що зберігає певний шанс виходу колишній рівень життя. Наприклад, людина, яка залишилася через певні причини без роботи, має шанс її знайти знову.

Ситуація другого типу – власне криза – безповоротно перекреслює існуючі життєві задуми, залишаючи як єдиного виходу зі становища модифікацію самої особистості та її сенсу життя.

Всі критичні ситуації від порівняно легких до найважчих вимагають від людини різної внутрішньої роботи, певних умінь щодо їх подолання та адаптації до них.

Розрізняють чотири типи діяльності з подолання критичних ситуацій. У **гедоністичному типі** ігнорується факт, що відбувся. Людина внутрішньо спотворює і заперечує його, він каже: «Нічого страшного не сталося». Далі людина формує та підтримує ілюзію благополуччя та збереження порушеного змісту життя. По суті, це захисна реакція інфантильної свідомості.

Реалістичне переживання чи **реалістичний тип** подолання критичних ситуацій виходить з принципі реальності. У його основі лежить механізм терпіння, тверезого ставлення до того, що відбувається. Людина зрештою приймає реальність того, що сталося, пристосовує свої потреби та інтереси до нового сенсу життя.
При цьому колишній зміст життя, який тепер став неможливим, безповоротно відкидається. Людина в цьому випадку має минуле, але втрачає історію.

**Ціннісний тип** подолання критичних ситуацій визнає наявність критичної ситуації, що ушкоджує сенс життя, але відкидає пасивне прийняття удару долі. По суті, будується новий зміст життя у зв'язку з понесеною втратою. Наприклад, дружина, що втратила чоловіка, прагне повністю замінити дітям батька або ж завершити почату їм справу. Ціннісний тип може досягти і вищого розуміння сенсу життя, якщо він орієнтований на самопоглиблення та самопізнання. Людина при цьому осмислює життя у великому плані і розпізнає те, що в ньому істинно значуще, набуває житейської мудрості. Саме вона дозволяє людині зберегти вірність цінності всупереч очевидній абсурдності та безнадійності такої позиції. Прикладом ціннісного типу подолання критичних ситуацій може бути моральне поведінка, законом котрій є власні моральні принципи, а чи не зовнішні обставини, хоч би які жорстокими були.

Іншим типом подолання даних ситуацій є **творчий** , або поведінка вольової особистості, яка в критичних ситуаціях зберігає здатність свідомо і самостійно шукати вихід з критичної поведінки, завдяки наявному соціальному досвіду.

Результатами такої поведінки можуть бути або відновлення перерваного кризою життя, його відродження, або переродження його в інше, по суті, інше життя.

Всі описані типи подолання критичних ситуацій, по суті, є ідеальними і в звичайному житті чисто зустрічаються рідко.
Реальний процес подолання найчастіше включає кілька типів або їх варіантів. У цьому ступінь безпеки особистості залежить від цього, який їх домінує. Гедоністичний тип навіть у разі успіху може призвести до регресу особистості, реалістичний утримує її від деградації, ціннісний та творчий є вихідними для духовного зростання та вдосконалення особистості.

 **Механізми психологічного захисту особистості.**

Нерідко всі зроблені конструктивні спроби не призводять до бажаної мети. Напруга продовжує зростати, і людина перестає помічати альтернативні шляхи. Крім того, зростання напруги часто супроводжується емоційним збудженням, що перешкоджає раціональним процесам вибору: людина хвилюється, впадає в паніку, втрачає контроль над собою та з'являються різноманітні деструктивні наслідки.

У багатьох випадках зняття напруги відбувається за допомогою [психологічних захистів](http://irbis.asu.ru/mmc/demina/glossary.ru.shtml#defence) .

**Психологічний захист** – це спеціальна система стабілізації особистості, спрямована на убезпечення свідомості від неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних із внутрішніми та зовнішніми конфліктами, станами тривоги та дискомфорту. Функціональне призначення та мета психологічного захисту полягає в ослабленні внутрішньоособистісного конфлікту (напруги, занепокоєння) між інстинктивними імпульсами несвідомого та засвоєними вимогами зовнішнього середовища, що виникають у результаті соціальної взаємодії. Послаблюючи цей конфлікт, захист регулює поведінку людини, підвищуючи її пристосованість та врівноважуючи психіку. При цьому конфлікт між потребою та страхом людина може висловлювати різними способами:

* за допомогою психічних перебудов,
* за допомогою тілесних порушень (дисфункцій), що виявляються у вигляді хронічних психосоматичних симптомів,
* у формі зміни способів поведінки.

Вперше термін «психологічний захист» було введено у психологію відомим австрійським психологом Зігмундом Фрейдом.

Починаючи із З. Фрейда й у подальших роботах фахівців, вивчали механізми психологічного захисту, неодноразово зазначається, що звична особистості у нормальних умовах захист, в екстремальних, критичних, напружених життєвих умовах має здатність закріплюватися, набуваючи форму фіксованих психологічних захистів.

Один із концептуальних підходів до психологічних захистів, представлений Ф.В. Бассіним. Тут психологічний захист сприймається як найважливіша форма реагування свідомості індивіда на психічну травму. Інший підхід міститься у роботах Б.Д. Карвасарського. Він розглядає психологічний захист як систему адаптивних реакцій особистості, спрямовану на захисну зміну значущості дезадаптивних компонентів відносин – когнітивних, емоційних, поведінкових – з метою ослаблення їхнього психотравмуючого впливу на Я – концепцію. На їхню думку, цей процес відбувається, як правило, в рамках неусвідомлюваної діяльності психіки за допомогою цілого ряду механізмів психологічних захистів, одні з яких діють на рівні сприйняття (наприклад, витіснення), інші – на рівні трансформації (спотворення) інформації (наприклад, раціоналізація) ).

Всі захисні механізми мають дві спільні характеристики:

* вони діють на неусвідомлюваному рівні, і тому є засобами самообману;
* вони спотворюють, заперечують, трансформують чи фальсифікують сприйняття реальності, щоб зробити тривогу менш загрозливою для індивідуума.

Слід також зауважити, що люди рідко використовують будь-який єдиний механізм захисту – зазвичай вони застосовують різні захисні механізми для вирішення конфлікту чи ослаблення тривоги.

Функції психологічних захистів, з одного боку, можна розглядати як позитивні, оскільки вони оберігають особистість від негативних переживань, сприйняття психотравмуючої інформації, усувають тривогу та допомагають зберегти в ситуації конфлікту самоповагу. З іншого боку, вони можуть оцінюватись і як негативні. Дія захисту зазвичай нетривала і триває доти, поки потрібна «перепочинок» для нової активності. Однак, якщо стан емоційного благополуччя фіксується на тривалий період і по суті замінює активність, то психологічний комфорт досягається ціною спотворення сприйняття реальності чи самообманом.

Механізми психологічного захисту:

**1. Витиснення.** Це процес мимовільного усунення в несвідоме неприйнятні думки, спонукання або почуття. Freud докладно описав захисний механізм вмотивованого забування. Він відіграє істотну роль формуванні симптомів. Коли дія цього механізму для зменшення тривожності виявляється недостатньою, підключаються інші захисні механізми, що дозволяють витісненому матеріалу усвідомлюватись у спотвореному вигляді. Найбільш широко відомі дві комбінації захисних механізмів: а) витіснення + усунення і б) витіснення + конверсія (соматична символізація). Перша комбінація сприяє виникненню фобічних реакцій, друга – утворює основу істеричних реакцій.

**2. Регресія.** За допомогою цього механізму здійснюється неусвідомлене сходження більш ранній рівень пристосування, що дозволяє задовольняти бажання. Регресія може бути частковою, повною або символічною. Більшість емоційних проблем мають регресивні риси. У нормі регресія проявляється в іграх, в реакціях на неприємні події (наприклад, при народженні другої дитини малюк первісток перестає користуватися туалетом, починає просити соску тощо), у ситуаціях підвищеної відповідальності, при захворюваннях (хворий вимагає підвищеної уваги та опіки) .

**3. Проекція.** Це механізм віднесення до іншої особи або об'єкта думок, почуттів, мотивів та бажань, які на свідомому рівні індивід у себе відкидає. Нечіткі форми проекції проявляються у повсякденному житті. Багато хто з нас абсолютно некритичний до своїх недоліків і з легкістю помічають їх тільки в інших. Ми схильні звинувачувати оточуючих у своїх бідах. Проекція буває і шкідливою, тому що призводить до хибної інтерпретації реальності. Цей механізм часто спрацьовує у незрілих та вразливих особистостей.

**4. Інтроекція.** Це символічна інтерналізація (включення) людини чи об'єкта. Дія механізму протилежна проекції. Інтроєкція виконує дуже важливу роль у ранньому розвитку особистості, оскільки на її основі засвоюються батьківські цінності та ідеали. Механізм актуалізується під час жалоби при втраті близької людини. За допомогою інтроекції усуваються різницю між об'єктами любові та власною особистістю. Іноді замість озлобленості чи агресії стосовно інших людей зневажливі спонукання перетворюються на самокритику, самознецінення, тому що відбулася інтроекція обвинуваченого.

**5. Раціоналізація.** Це захисний механізм, що виправдовує думки, почуття, поведінку, які насправді є неприйнятними. Раціоналізація – найпоширеніший механізм психологічного захисту, оскільки наша поведінка визначається безліччю чинників, і ми пояснюємо його найбільш прийнятними собі мотивами, то раціоналізуємо. Несвідомий механізм раціоналізації не слід змішувати з навмисними брехнею, обманом чи удаванням. Раціоналізація допомагає зберігати самоповагу, уникнути відповідальності та провини. У будь-якій раціоналізації є хоча б мінімальна кількість правди, проте в ній більше самообману, тому вона й небезпечна.

**6. Інтелектуалізація.** Цей захисний механізм передбачає перебільшене використання інтелектуальних ресурсів з метою усунення емоційних переживань та почуттів. Інтелектуалізація тісно пов'язана з раціоналізацією і підміняє переживання почуттів роздумами про них (наприклад, замість реального кохання – розмови про кохання).

**7. Компенсація.** Це несвідома спроба подолання реальних та уявних недоліків. Компенсаторна поведінка є універсальною, оскільки досягнення статусу є важливою потребою майже всіх людей. Компенсація може бути соціально прийнятною (сліпий стає знаменитим музикантом) та неприйнятною (компенсація низького зростання – прагненням до влади та агресивністю; компенсація інвалідності – грубістю та конфліктністю). Ще виділяють пряму компенсацію (прагнення успіху в явно програшної області) і непряму компенсацію (прагнення утвердити себе у іншій сфері).

**8. Реактивне формування.** Цей захисний механізм замінює неприйнятні для усвідомлення спонукання гіпертрофованими, протилежними тенденціями. Захист має двоступінчастий характер. Спочатку витісняється неприйнятне бажання, та був посилюється його антитеза. Наприклад, перебільшена опіка може маскувати відчуття відкидання, перебільшена солодка і ввічлива поведінка може приховувати ворожість і т.п.

**9. Заперечення.** Це механізм відкидання думок, почуттів, бажань, потреб чи реальності, які є неприйнятними на свідомому рівні. Поведінка така, наче проблеми не існує. Примітивний механізм заперечення більшою мірою уражає дітей (якщо сховати голову під ковдрою, то реальність перестане існувати). Дорослі часто використовують заперечення у випадках кризових ситуацій (невиліковна хвороба, наближення смерті, втрата близької людини тощо).

**10. Зміщення.** Це механізм спрямування емоцій від одного об'єкта до більш прийнятної заміни. Наприклад, усунення агресивних почуттів від роботодавця на членів сім'ї чи інші об'єкти. Усунення проявляється при фобічних реакціях, коли тривожність від прихованого в несвідомому конфлікту переноситься на зовнішній об'єкт.

##

## Психосоматична особистість та її особливості .

У 50-60 pp. нашого століття склаласяКонцепція профілю особистості. Основна ідея у тому, що кожного психосоматичного розладу характерна певна особистісна структура. До загальних характеристик профілів особистостей за різних психосоматичних розладів відносять:

* наявність хронічних переживань;
* наявність придушення почуттів, тобто. їхнє витіснення;
* прагнення невротичного суперництва (конкуренція), тобто. Невротик порівнює себе з різними людьми і часто не на свою користь.

У психосоматичної медицині передбачається існування препсихосоматического особистісного радикала – особистісних особливостей, які призводять до захворювання, тобто. вогнища психосоматичної імпульсації, фіксованого патопластичного переживання. Він формується в дитячому та підлітковому віці, частіше в осіб холеричного та флегматичного темпераментів. Основною причиною формування цього радикала є утиск фундаментальних домагань особистості, особливо почуття гідності, що з домінуючого інстинкту. При ураженнях мозку та за наявності психофізіологічного дефекту прояви радикалу посилюються.

Для всіх психосоматичних особистостей тією чи іншою мірою характерні загальні ознаки: ущемленість і пов'язана з нею загостреність почуття гідності, егоцентричність, звуження інтересів, обмеженість і спотворення ієрархії цінностей, цілей і потреб, що проявляється в неадекватності домагань, що становлять життєвий задум. Характерна перебільшена мужність, істероїдність, озлобленість.

Психосоматичний суб'єкт відокремлений від свого несвідомого та тісно прив'язаний до навколишнього світу. Психосоматична регресія розцінюється як регресія «Я» на примітивний захисний рівень із тенденціями як соматизації.

Психосоматична структура особистості великою мірою визначається поняттям «алекситимія» (грец. А – відсутність, lexis – слово, thymos – емоції). Припускають, що особливо схильні до психосоматичних ­захворювань алекситимічні суб'єкти (Sifheos PE, 1973). Вони відрізняються бідною життєвою уявою та недостатньою емоційною включеністю в об'єктивну ситуацію, ослабленням співпереживання. Особи з вираженим олекситимічним особистісним радикалом зазвичай не здатні описати тонкі нюанси своїх почуттів і часто взагалі не знаходять слів для самовираження. Вони усвідомлюють своїх емоційних конфліктів, що неспроможні їх вербалізувати, отже психосоматичні розлади може бути результатом накопичення емоційного подразнення.

Для психосоматичних хворих характерні такі ознаки:

* своєрідна обмеженість можливості фантазувати;
* типова нездатність виражати почуття, що переживаються;
* висока пристосованість до товариських відносин, їх зв'язки з конкретним партнером характеризуються своєрідною «порожнечою відносин», вони залишаються лише на рівні конкретного «предметного» використання об'єктів;
* нездатність до справжнім стосункам з об'єктом і до процесу переносу, при цьому відбувається тотальне ідентифікування з об'єктом: психосоматичний хворий існує за допомогою іншої людини, тому втрата цієї «ключової фігури» часто виявляється як провокуюча ситуація на початку хвороби (феномен втрати об'єкта прихильності).

 **Моделі формування психосоматичних розладів.**

## Психодинамічні концепції та «гіпотеза специфічності» психологічних факторів у генезі психосоматозів

### Психоаналітична теорія

У основі психоаналітичної теорії лежать ідеї внутрішньоособистісного конфлікту – наявність у психіці людини двох однакових за силою мотивів, але протилежних за спрямованістю. Як правило, конфлікт закладений у дитинстві та вказує на певний тип особистості. Наприклад: розвиток гіпертонічної хвороби пов'язаний із внутрішньоособистісними конфліктами. При цьому для хворих характерне прагнення соціально-нормативної поведінки з одного боку, з іншого боку – прагнення панувати над оточуючими. Ці два мотиви – протидія, у якому виникає психічна і фізіологічна напруженість, що зумовлює підвищення артеріального тиску. При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки у пацієнта з одного боку: потреба у захисті, опіці, підтримці оточуючих, з другого боку – неприйнятність себе, цієї потреби, витіснення її.

Виникнення багатьох захворювань можна зрозуміти з урахуванням тенденції витісненого потягу, що проявляється через розлад функції органу. Якщо ця тенденція - конверсія на орган - оборотна, то йдеться про невроз (істерія), але якщо ж вона не піддається зворотному розвитку ­і призводить до деструкції органу, то йдеться про психосоматичному захворюванні .

Зв'язок між психологічними феноменами та клінічними симптомами ­отримав назву ***«Гіпотези психосоматичної специфічності ­»*** *.*

Ортодоксальний психоаналіз пояснював виникнення соматичних ­розладів щодо просто: поразка тієї чи іншої системи органів залежить від змісту несвідомого конфлікту. Наприклад ­, артроз сустава пальця виникає після того, як людина набрала номер телефону, очікуючи неприємної розмови, а нервова сверблячка (екзема) є ніщо інше, як еквівалент статевого акту, т.к. є всі його фази: наростає напруга і невдоволення з потребою розряд ­е , потім самі дії (чухання) і подальший спад напруги (схема статевого акту). У будь-якому випадку в несвідомій сфері є сексуальний конфлікт, але невроз чи сублімація не виникали, і в результаті страждали внутрішні органи.

Неофрейдисти (Г. Салліван, Е. Фромм, К. Хорні) розглядали психосоматичне захворювання більш складно - як результат порушення ­біологічних і соціальних механізмів адаптації до загальноприродного ­і соціального середовища. Наприклад, психосоматична специфічність вбачається над сексуальному конфлікті, а неофрейдистском аспекті ­«вибору свободи і відповідальності людини через те, що він вибирає». Е. Фромм, зокрема, стверджує, що симптоми головного болю і ­болів у плечовому поясі є своєрідна символізація емоцій заклопотаності ­людини, вираження труднощів несення «тягарі свободи ».

З 50-х років психосоматична медицина пов'язана з так званою груповою психодинамікою. Груповий конфлікт веде до соціально порушених форм поведінки, неврозів. Якщо немає можливості ­прояву цього несвідомого небажання підтримувати контакт із групою в зазначених формах, то «протест групі» виражається в соматичному ­захворюванні. Симптоми хвороби символізують конфлікти між індивідом і його соціальним оточенням.

### « Теорія психосоматичної специфічності» Ф.Олександера

Лікар та аналітик Франц Александер ( Alexander F. ) запропонував велику і пов'язану теорію пояснення психосоматичних зв'язків. Виникнення та перебіг хвороб управляється трьома групами змінних:

1) особиста диспозиція («психодинамічна конфігурація з ­відповідними процесами психологічного захисту»), яка складається з дитинства.

2) ­провокуюча емоціогенна життєва ситуація *,* коли будь-які переживання та події передують хвороби, пожвавлюючи центральний несвідомий конфлікт.

3) певна конституція - «соматична схильність» або «неповноцінність органу». Цю « ­уразливість» органу іноді називають «конституційним фактором X», що визначає «вибір симптоматики ».

Ф. Александер велике значення надавав «вегетативному ­супроводу» емоцій у виникненні патології органу. Якщо емоція не треагована в діях або в символічній формі (конверсія), це призводить до хронічних вегетативних зрушень і в кінцевому підсумку до деструкції органу. Найчастіше що неспроможні вільно висловлюватися і реалізовуватися ворожі ­, еротичні імпульси, почуття провини і неповноцінності. Їх несвідоме придушення і призводить до хронічної дисфункції ­органів .

### Концепція «особистісних профілів» Ф. Данбар

А мериканський лікар F. Dunbar визначила кореляцію між ­соматичними типами реакцій і постійними особистими параметрами ­. Вона вивчила велику кількість хворих з різними соматичними захворюваннями та помітила значну схожість в особливостях особистості хворих на дну нозологію.

Ф. Данбар описала особистість, схильну до ангінозних скарг та розвитку інфаркту міокарда. Такі люди описуються як витримані ­, сп особливі до діяльності з великою послідовністю і самовладанням, які можуть відмовитися від безпосереднього задоволення своїх потреб задля досягнення віддаленої мети.

Надалі були описані: «виразкова особистість», «артична особистість» тощо, вважаючи, що особисті профілі мають важливе діагностичне, прогностичне та терапевтичне значення. Ф. Данбар ­описує і загальні особливості, властиві всім хворим з психосоматичними розладами. Ці особливості виражаються в інфантильності, сильній здатності до фантазування, в недостатній ­включеності в ситуацію, хворі часто не здатні до словесного опису тонких нюансів своїх почуттів і переживань.

### Модель десоматизації-ресоматизації М. Шура

Розвиток здорової дитини М. Шур характеризує як ­процес «десоматизації». Грудні діти в силу їх недорозвинених, недиференційованих психічних і соматичних ­структур на зовнішні впливи реагують дифузно, соматично і несвідомо. Найраніші дитячі реакції задоволення та невдоволення проявляються у некоординованій м'язовій діяльності. Дитина відповідає ситуації страху рухової бурею, ця тенденція може виявлятися і пізніше. Психічний і соматичний елементи у реакціях вони ще нерозривно пов'язані друг з одним. У міру дорослішання соматичних форм реагування стає менше і дитина починає дозволяти все більш усвідомлені, когнітивні форми опрацювання небезпек і ситуацій страху (вторинні психічні ­процеси, за Фрейдом).

М. Шур розглядав психосоматичну регресію (ресоматизація) як крок назад до початкового рівня, на якому душа та тіло ще реагували як єдине ціле, соматично розряджаючи на ­напругу. Ресоматизація можлива за «слабкості» і нестабільності ­«Я», коли в тяжких ситуаціях активізуються несвідомі ­, невротичні конфлікти і під тиском невпевненості в собі може наступити регрес на інфантильно-соматичні, ­фізіологічні форми реагування .

## Стрес і «неспецифічність» ролі психосоціальних факторів у генезі психосоматозів

Існує альтернативна гіпотеза у тому, що психічні чинники грають неспецифічну роль багатофакторному переплетенні причин хвороб.

### Теорія умовних рефлексів та кортико-вісцеральна ­теорія

Російський фізіолог І.П. Павлов (1849-1936) у межах вищої ­нерівної діяльності розрізняв умовні і безумовні рефлекси. Безумовні (вроджені, підкіркові) рефлекси відповідають з того що розуміється під інстинктами і спонуканнями, і є задоволенню елементарних потреб. Умовні рефлекси є прижиттєвими і є результатом навчання. При побудові ­психосоматичних теорій модель умовних рефлексів виявилася цікавою. Зокрема , експериментально показано, що ­напади бронхіальної астми на введення антигену вдається у тварин умовно-рефлекторно зв'язати з акустичним сигналом вже через кілька підкріплень. А якщо виробити два умовних рефлекси з протилежними реакціями і далі дати відповідні ­подразники одночасно (моделювання т.зв. експериментального неврозу), то піддослідні тварини демонструють поведінкові та вегетативні порушення аж до незворотних органічних уражень (гіпертонія, інфаркт).

Пізніше К.М. Биковим ­та І.Т. Курциним (1960) було створено корт іко-вісцеральна гіпотеза походження психосоматичних захворювань. Виникнення ­останніх пов'язувалося з первинним порушенням кіркових ­механізмів управління внутрішніми органами, зумовленими перенапруженням процесів збудження та гальмування в корі мозку. На тваринах були експериментально створені моделі неврозу серця, судин, шлунка та кишечника.

## Нейрофізіологічні передумови та патогенетичні механізми розвитку психосоматичних розладів

Вчення про тісний взаємозв'язок самого ­почуття з психічним станом індивіда, про соматичний резонанс психічних процесів у вигляді функціональних порушень внутрішніх органів, що минають або хроніфікуються, проходить червоною ниткою через всю історію ­медицини. Внутрішня мова емоцій – це функція органів; кожне психічне ­збудження отримує те чи інше відображення в тілесних відчуттях і процесах, як у нормі, так і в патології. Так, страх (відчуття якоїсь небезпеки, зла) асоціюється з певним і вкрай обтяжливим фізичним ­станом, а спогад про нього супроводжується душевним трепетом, пітом, тремтінням в руках, тяжкістю в шлунку, нудотою і відчуттям задухи.

Надактуальне переживання фіксується, утворюючи настановну домінанту, що є функціональним осередком психічної патологічної імпульсації. Незвичайна імпульсація, що надходить із внутрішніх органів у центральну нервову систему (ЦНС), посилює ці відчуття, що, зрештою, призводить до формування патологічного стану. Негативні емоції вісцерального походження, таким чином, як би підкріплюються особистісними реакціями цих хворих на той чи інший симптом чи стан організму загалом. Повторення психотравмуючих впливів астенізує нервову систему, кора стає чутливою до зовнішніх впливів та інтероцептивних сигналів. Тому поява соматичних відчуттів може бути спричинена не тільки психогенним впливом як таким, а й будь-якою незначною соматичною шкідливістю чи навіть звичайною роботою внутрішніх органів. Вогнище патологічної імпульсації, що сформувався, обростає нейрогуморальними зв'язками з тими чи іншими системами організму.

Центром тяжкості психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму у поданні індивіда. «Вибір органу» свідчить практично про переважну спрямованість захисно-пристосувальних механізмів, що викликають відомий ефект, що пошкоджує, у міру наростання дезінтеграції в стресових ситуаціях.

Ініціатива у виборі органу належить кірковим зв'язкам, які впливають емоційні підкіркові апарати і програмуючим ступінь залучення тих чи інших органів стресову ситуацію. Який саме ефекторний шлях виявиться кращим для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, зрештою, від особливостей даної емоції, від особливостей нервової конституції людини і від усієї історії її життя.

Осередок психічної імпульсації стикується з соматичними системами організму та утворює стійку функціональну систему, патологічну у своїй основі, але водночас і захисну, оскільки вона є частиною механізмів гомеостазу в рамках зміненого хворобою існування та пристосування організму до патопластичного впливу фіксованого переживання.

**Системно-теоретичні моделі.**

Системна концепція розуміє людину як відкриту підсистему в ієрархічному ряду інших відкритих підсистем. Цю думку уточнює Gunthern, який намагається охопити індивіда в цілісної системної концепції і визначає різні рівні організму - фізіологічний, когнітивний, емоційний і трансактний. Зміни на одному з рівнів діють як стимулятори на іншому рівні, викликаючи тим самим соматичні розлади.

**Соціопсихосоматика** .

Поняття "соціопсихосоматика" було введено Schaefer. Delius вважав, що соціопсихосоматика починається тоді, «коли той, хто стурбований станом здоров'я, хто хворий чи почувається хворим, у взаємодії з лікарем чи медичним працівником усвідомлює свою вразливість щодо своїх людських та соціальних проблем». Таким чином, психосоматична хвороба є наслідком неправильного розвитку відносин між індивідуумом та соціальними структурами, до яких він включений.

 **Кора мозку та вегетативна нервова система**

**Механізми взаємозв'язку кори та вегетативних нервових центрів**

Вегетативна нервова система, що забезпечує всю внутрішню різку організму, функціонально тісно пов'язана з центральною нервовою системою, у тому числі і з корою головного мозку. Зв'язок внутрішніх органів з корою головного мозку двосторонній: потік імпульсів йде не тільки від кори до внутрішніх органів, а й від внутрішніх органів, від їх механо-, баро- та хеморецепторів до кори. Немає жодного внутрішнього органу, зв'язок якого з корою мозку не міг би бути продемонстрований методом умовних рефлексів. Здійснення цих зв'язків із корою йде через глибинні структури мозку, ретикулярну формацію та підкіркові ядра. Дослідження у цій галузі мають практичне значення, відкриваючи можливість активного терапевтичного на внутрішні органи шляхом перебудови умовних рефлексів.

Фізіологічною основою діяльності вегетативної нервової системи є рефлекс. Їх відзначається безліч, і в цілому це саморегулюючі пристрої. Механізм деяких з них може бути надзвичайно простим і таким, що розширює встановлені уявлення про рефлекторну дугу. Це псевдорефлекси, що протікають у межах одного аксона без участі будь-якої нервової клітини. Крім того, вузловий характер вегетативної нервової системи забезпечує замикання рефлекторних дуг у вузлах симпатичного прикордонного стовбура, а можливо і в інших периферичних гангліях.

Важливою фізіологічною особливістю вегетативної нервової системи є її здатність реагувати не тільки на суто нервові, а й значною мірою на хімічні та гуморальні подразнення (набагато ширше і більше, ніж це має місце взагалі у нервовій системі). Так, хімічне роздратування адреналіном викликає фізіологічний ефект, що повністю збігається з ефектом, що виникає при подразненні симпатичного нерва. Пілокарпін збуджує периферичні закінчення парасимпатичних нервів, атропін паралізує їх. Місцеве застосування кокаїну збуджує периферичні рецептори симпатичних нервів, те саме дає застосування ефедрину та фенаміну. Морфін викликає гальмування діяльності гіпоталамічних центрів.

Ці факти отримали пояснення у навчанні про медіаторів, тобто хімічні речовини, за участю яких здійснюється передача збудження з нервового волокна на робочий апарат. Таким медіатором у парасимпатичній нервовій системі є широко поширений в організмі ацетилхолін, а в симпатичній нервовій системі – адреналін. Величезна кількість зв'язків у симпатичній нервовій системі та її багата періартеріальна мережа по всіх кровоносних судинах зумовлюють дифузність та поширеність вегетативних реакцій. Саме завдяки цьому ураження в одній частині тіла може призвести до вегетативних розладів в іншій частині, яка безпосередньо не пов'язана з вогнищем ураження. Це явище отримало назву відображення (реперкусії), воно займає чільне місце у патологічних процесах в організмі людини.

***Взаємозв'язок гіпоталамуса з корою та підкірковими структурами***

Вищим вегетативним центром є гіпоталамус, ядра якого знаходяться у стінках III шлуночка та в основі мозку. На нього впливають багато частин мозку: кора, ретикулярна формація та ядра лімбічної системи. У свою чергу гіпоталамус посилає відповідні імпульси в кору, вегетативні центри стовбура та спинного мозку та інші утворення лімбіко-ретикулярного комплексу.

Гіпоталамус є однією з ланок, що беруть участь у регуляції дихання, кровообігу, температури тіла, голоду та насичення, водно-сольового балансу, жирового обміну та статевої діяльності. Дуже суттєвим є вплив гіпоталамуса на вироблення гормонів гіпофіза. Так, великі нейрони ядер гіпоталамуса є секреторними клітинами, що виробляють речовини, які за аксонами надходять у задню частку гіпофіза. Судини, що оточують ядра гіпоталамуса, об'єднуються в мережу, що спускається до передньої частини гіпофіза і живить її клітини. З обох часток гіпофіза тропні гормони по судинах надходять до ендокринних залоз, гормони яких, у свою чергу, крім впливу на периферичні тканини, впливають також на гіпоталамус і передню частку гіпофіза, тим самим, мабуть, регулюючи потребу у виділенні в тому чи іншій кількості різних тропних гормонів.

Особливо велику активність виявляють області гіпоталамуса і гіпофіза, а через них і кора надниркових залоз при стрес-реакції, коли мобілізуються всі сили організму для відбиття нападу або для виходу з ситуації, що важко подолати. У цих випадках стрес-подразник, впливаючи через центральну нервову систему на гіпоталамус, активує його, а він, у свою чергу, стимулює через судинну мережу передню частку гіпофіза, що виділяє адренокортикотропний гормон (АКТГ), що посилює виділення кортикостероїдів наднирниками. Кортикостероїди мають активну дію на весь організм. До цього слід додати, що при будь-якій напрузі включається симпатична нервова система з виділенням адреналіну в кров, який стимулює активуючі механізми ретикулярної формації, а ця остання веде до збудження кори мозку, гіпоталамуса та виділення з гіпофіза АКТГ.

**Класифікація психосоматичних розладів.**

Спочатку під психосоматичними розладами в клінічній практиці розуміли порушення функцій органів і систем організму, у походженні та перебігу яких провідна роль належить впливу несприятливих психотравмуючих факторів: стресу, різноманітних конфліктів, кризових станів, катастроф і т. д. Сучасне тлумачення терміну «психос значно розширилося і вийшло за межі «класичних психосоматозів». Якщо раніше до психосоматичних захворювань відносили сім нозологічних одиниць: есенціальну гіпертонію, тиреотоксикоз, нейродерматит, бронхіальну астму, деякі форми ревматоїдного артриту, виразковий неспецифічний коліт і виразкову хворобу, то в даний час регістр психосоматичного реагування значно розширився. системи, великого числа шкірних і урогенітальних захворювань, мігрені та ін. імпотенцію, запори, рак та ін.

Можна дати таке визначення психосоматичних розладів. **Психосоматичні розлади (ПСР)** - це збірна група хворобливих станів, що виникають при взаємодії соматичних та психічних патогенних факторів. Цим підкреслюється єдність біологічних та соціально-психологічних механізмів «соми» та «психіки» у походженні як власне психопатологічних, так і соматичних розладів. При цьому наголошується, що психосоматичні розлади обов'язково пов'язані із соціально-стресовими факторами. Виходячи з цього, ПСР можуть розцінюватися як психогенно зумовлені (тобто мають психологічні причини) соматичні порушення в організмі або як соматогенні психічні розлади (соматогенії).

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) термін «психосоматичні» не використовується «через відмінності у його використанні різними мовами та за різних психіатричних традицій, а також для того, щоб не малося на увазі, ніби при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення у тому виникненні».

У зарубіжній, а останнім часом та у вітчизняній науковій літературі термін «психосоматичні розлади» активно витісняється сучасним поняттям «соматоформні розлади». Деякі дослідники та практичні психіатри ототожнюють ці два поняття, підкреслюючи наявність конверсійних механізмів, що лежать в основі їхнього походження. При цьому ставиться знак рівності між соматоформними розладами і такими поняттями, як «функціональні порушення», «психовегетативний синдром», «globus hystericus», «синдром хронічної втоми» та ін. частиною найбільшого поняття ПСР.

Нині більшість дослідників виділяють такі групи психосоматичних розладів:

1. Класичні психосоматози ( психосоматичні захворювання на традиційному їх розумінні).

2. Соматизовані нервово-психічні розлади (приховані депресії, соматоформні розлади).

3. Нозогенії - психогенні реакції, що виникають у зв'язку з соматичним захворюванням (останнє виступає в якості психотравмуючої події). Ці розлади пов'язані з суб'єктивно важкими проявами соматичного страждання, уявленнями хворих про небезпеку діагнозу, обмеженнями, що накладаються хворобою на побутову та професійну діяльність. Можливість маніфестації нозогеній та їх психопатологічні особливості багато в чому визначаються клінічними проявами соматичної патології (ІХС, артеріальна гіпертонія, злоякісні утворення, оперативні втручання та ін.).

4. Соматогенія (реакції екзогенного типу або симптоматичні психози). Ці розлади відносяться до категорії екзогенних психічних порушень і виникають внаслідок впливу на психічну сферу масивної соматичної шкідливості (інфекції, інтоксикації тощо) або є ускладненнями деяких методів лікування (наприклад, депресія та мнестичні розлади після операції аортокоронарного шунтування, афективні та астенічні стани) у хворих, які отримують гемодіаліз та ін.).

 **«Великі» психосоматичні захворювання.**

До групи **психосоматозів** , або **психосоматичних захворювань** у вузькому значенні відносяться соматичні хвороби, роль психічного фактора в етіопатогенезі яких є суттєвою, інколи ж головною. Психічний чинник у випадках психосоматичних захворювань виступає як особистісної предиспозиции, виборі специфічних способів переробки конфліктів, і традиційних характерологічних стилів поведінки у фрустрирующих ситуаціях.

До класичних психосоматичних захворювань, званих «святої сімкою» («holy seven»), відносять хвороби:

1) есенціальну гіпертонію;

2) виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки;

3) бронхіальну астму;

4) цукровий діабет;

5) нейродерматити;

6) ревматоїдний артрит;

7) виразковий коліт.

Близько цього полюсу розташовуються такі захворювання як, тиреотоксикоз, ішемічна хвороба серця та деякі ін.

Основними параметрами особистості, схильною до формування *есенціальної гіпертонії,* вважається інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, та почуттям залежності, з іншого. Alexander вважав, що поява гіпертонії обумовлено бажанням відкрито висловлювати ворожість за одночасної потреби в пасивній та адаптованій поведінці. Даний конфлікт можна охарактеризувати, як конфлікт між такими суперечливими особистісними устремліннями як одночасна націленість на прямоту, чесність і відвертість у спілкуванні та ввічливість, чемність та уникнення конфліктів. У разі стресу така людина схильна стримувати власну дратівливість і придушувати бажання відповісти кривднику. На думку В.С.Ротенберга, придушення негативних емоцій у людини в період стресу, що супроводжується природним підвищенням артеріального тиску, здатне погіршити загальний стан людини і навіть сприяти розвитку інсульту.

Інший внутрішньоособистісний конфлікт характер для людей зі схильністю до захворювання *на виразкову хворобу шлунка і 12-палої кишки.* Людина у зв'язку з деякими особливостями виховання в ранньому дитинстві формується своєрідний характер, що призводить до того, що індивід відчуває у дорослому стані постійну потребу у захисті, підтримці та опіці. При цьому в ньому одночасно виховано і повагу до сили, самостійності та незалежності, яких він прагне. В результаті відбувається зіткнення двох взаємовиключних потреб (в опіці та самостійності), що призводить до нерозв'язного конфлікту та виразкової хвороби. Oveibeck та Biebl запропонували типологію виразкових хворих залежно від деяких психологічних параметрів їхньої особистості.

При *бронхіальній астмі* відзначаються протиріччя між «бажанням ніжності» та «страхом перед ніжністю». Такий конфлікт описується як конфлікт «володіти-віддати». Люди, які страждають на бронхіальну астму часто мають істеричні або іпохондричні риси характеру, але вони не здатні при цьому «випустити гнів на повітря», що провокує напади задухи. Крім того, відзначається така якість астматиків, як надчутливість, особливо до запахів, пов'язаних із зниженою акуратністю.

Особистість хворого *на цукровий діабет* описується як обов'язково включає почуття хронічної незадоволеності. Проте, вважається, що на відміну представників інших психосоматичних захворювань немає певного діабетичного типу особистості.

До *нейродерматитів* психосоматичного генезу відносять *екзему та псоріаз.* Пацієнти часто характеризуються пасивністю, їм важко надається самоствердження.

При *виразковому коліті* відмічено виникнення захворювання після переживань «втрати об'єкта» та «катастроф переживання». У хворих відзначається занижена самооцінка, надмірна чутливість до власних невдач і сильне прагнення залежності та опіки. Захворювання часто розглядають як еквівалент смутку.

Для пацієнтів з *ревматоїдним артритом* специфічними вважаються "застигла і перебільшена позиція" пацієнта, демонстрація високого рівня самоконтролю. Характерна також тенденція до самопожертви та перебільшеної готовності допомоги оточуючим. При цьому наголошується на «агресивному забарвленні допомоги».

Слід зазначити, що перелічені особистісні та характерологічні особливості пацієнтів із психосоматичними захворюваннями не слід абсолютизувати. Вони лише відбивають загальні тенденції.

**Непатологічні психосоматичні реакції.**

**Психосоматичні реакції** – це короткочасні зміни із боку різних систем організму. Психосоматичні реакції - своєрідний спосіб реагування людини на своє психологічне неблагополуччя.

До них можна віднести:

а) у серцево-судинній системі – почастішання серцебиття, зміна кров'яного тиску;

б) у системі дихання – його затримку, уповільнення чи почастішання;

в) у травному тракті – блювання, проноси, запори, підвищене слиновиділення, сухість у роті;

г) у сексуальній сфері – посилену ерекцію, слабкість ерекції, набухання клітора та секрецію генітальної області, аноргазмію;

д) у м'язах – реакції мимовільного характеру: м'язова напруга, тремтіння;

е) у вегетативної системі – пітливість, гіперемію тощо.

Ймовірно, до психосоматичних реакцій слід також віднести ряд тимчасових змін, що фіксуються за допомогою біохімічних методів дослідження: зміни цукру в крові, її згортання або імунної активності тощо.

**Принципи профілактики та лікування психосоматичних розладів.**

**Загальні засади традиційної терапії психосоматичних розладів.**

Терапія психосоматичних захворювань потребує індивідуального комплексного підходу.

В даний час лікування цієї категорії хворих в основному зводиться до комбінації фармакотерапії та психотерапії, також доцільно проведення фізіотерапії, бальнеотерапії та курортотерапії як додаткові протирецидивні та профілактичні заходи.

Не можна заперечувати ефекту часом від застосування нетрадиційних методів терапії. Адже лікуванню підлягає особистість хворого загалом, а чи не окремий хворий орган чи система, тому необхідні поєднання різних біологічних і психотерапевтичних способів. У лікувальному процесі потрібна участь як лікаря соматичного профілю, так і психіатра, психотерапевта та психолога.

**Роль лікаря-психіатра у лікуванні психосоматичних хворих.**

Медична допомога при психосоматичних розладах повинна здійснюватися в рамках так званої психіатрії, що взаємодіє (модель інтегрованої медицини, за В. Н. Козирєва). Передбачається тісне співробітництво психіатра-консультанта та лікаря загальної практики. Консультант-психіатр бере участь у діагностиці психічних порушень, вирішує складні диференціально-діагностичні проблеми та визначає спільно з лікарем тактику лікування, а надалі при необхідності повторних консультацій здійснює контроль над терапією. В окремих випадках може виникнути необхідність динамічного спостереження, коли психіатр здійснює спільне з лікарем загальної практики лікування хворого, використовуючи психофармакотерапію або психотерапію. Передбачається, що психіатр, який працює в лікарнях загального типу, не повинен підміняти лікаря іншого профілю і ставати лікарем.

*Призначення психотропних препаратів.*

Вибір психотропних засобів багато чому визначається вираженістю психопатологічних проявів. У випадках психопатологічної незавершеності клінічних розладів (субсиндромальні стани), їх нестійкості та епізодичної маніфестації, як правило, достатнім є призначення препаратів класу транквілізаторів. Поряд з цим можуть використовуватися медикаменти, які традиційно розглядаються як соматотропні, але мають і різко виражений психотропний ефект (препарати групи бета-блокаторів, що виявляють анксіолітичний ефект, ніфедипін і верапаміл, що мають нормотимічні властивості). При психопатологічно завершених формах вибір психотропних засобів визначається структурою синдрому.

Психофармакологічні засоби використовуються в основному з міркувань лікувального характеру в наступних випадках:

- за необхідності подолання вегетативних та функціональних порушень, що підтримуються психічною напругою та конфліктними ситуаціями;

- у тих випадках, коли основне захворювання супроводжується масивними функціональними порушеннями та пацієнт болісно реагує на основне захворювання;

- при так званих психосоматичних захворюваннях;

- коли соматичного захворювання супроводжують виражений стан страху, напруженість, пригнічений настрій, відсутність спонукань, стомлюваність;

- коли вегетативні та соматичні побічні явища, що викликаються психотропними препаратами, можуть бути використані для лікувального впливу на деякі болючі симптоми;

- за так званої адаптації до лікарняних умов.

Основні вимоги до психотропних засобів для терапії психосоматичних розладів можна сформулювати так:

- широкий спектр психотропної активності: ефективний вплив на тривожні, афективні (найчастіше депресивні), іпохондричні, астенічні, алгічні, соматовегетативні розлади;

- сприятливий спектр побічних ефектів із мінімальним, негативним впливом на соматичні функції;

- добрі соматотропні ефекти (терапевтичний вплив на супутню соматичну патологію);

- мала виразність або відсутність седативних ефектів – сонливість у денний час, порушення уваги;

- низька ймовірність небажаних взаємодій із соматотропними препаратами;

- Безпека передозування, простота використання (можливість призначення фіксованої дози препарату або мінімальна потреба в її титрації).

*Психотерапевтичні методики, що використовуються при лікуванні соматичних захворювань.*

Часто застосовувані та загальновизнані методи психотерапії, що використовуються в лікуванні психосоматичних розладів:

1. Методи з використанням біологічного зворотного зв'язку. У основі лежить використання негативної зворотний зв'язок. Суть його в тому, що недоступні в звичайних умовах довільного регулювання функції організму можуть стати контрольованими при використанні спеціальних інструментів, які інформують пацієнта про стан різних органів і систем. Інформація при цьому може стосуватись температури та електричної провідності шкіри, сили м'язової напруги, артеріального тиску, частоти серцевих скорочень тощо. За допомогою біологічного зворотного зв'язку пацієнт навчається здатності регулювати один або кілька таких параметрів, впливаючи цим на симптоми захворювання.
2. Гіпнотерапія. Гіпнотерапія застосовується практично за будь-яких видів хронічних соматичних захворювань. Після того, як пацієнт порине в гіпнотичний сон, слід проводити навіювання, спрямоване на усунення того чи іншого симптому.
3. Релаксація та аутотренінг. Існує безліч методів релаксації та аутотренінгу. За допомогою релаксації досягається зменшення частоти серцевих скорочень, збільшення периферичного кровотоку, поліпшення нервово-м'язової провідності, загальне заспокоєння. Більшість методів релаксації базується на так званій «прогресуючій релаксації». Пацієнт послідовно розслаблює великі м'язові групи, починаючи від стоп у напрямку голови або навпаки. Розслаблення слід поєднувати з самонавіюванням тяжкості та тепла у м'язах. Формули самонавіювання рекомендується вимовляти подумки в ритмі дихання (наприклад, при кожному видиху). Для тренування здатності до релаксації В. Леві рекомендував робити найпростіші рухи (згинання-розгинання) послідовно у всіх суглобах, фіксуючи увагу на різниці у відчуттях скорочення м'язів та їх розслаблення.
4. Систематична десенсибілізація. Метод систематичної десенсибілізації було впроваджено у медичну практику J. Wolpe. Він заснований на принципі контробумовлення, згідно з яким людина може подолати тривогу, пов'язану з тією чи іншою ситуацією або об'єктом, шляхом поступового наближення до ситуації, що лякає, перебуваючи в психофізіологічному стані, що сприяє придушенню тривоги. У ході процедури хворий досягає стану повної релаксації, а потім піддається впливу стимулів, що викликають тривогу, починаючи від найнейтральнішого і закінчуючи найбільш загрозливим. Як правило, хворий не ставиться буквально в ситуацію, що викликає тривогу; лікар просто вселяє йому відповідні сцени. Негативна реакція тривоги пригнічується станом релаксації. Коли пацієнт звикає розслаблятися у процесі навіювання загрозливих сцен, зберігає спокій й у реальної життєвої ситуації.

**Профілактика психосоматичних захворювань**

*Профілактика у дитячому та юнацькому віці*

Очевидним є той факт, що багато захворювань закладаються ще в ранньому дитинстві. Скарги дитини на головні болі, що дуже часто залишаються без належної уваги (особливо в поєднанні з підвищеною стомлюваністю, розладами сну, запамороченнями, гіпергідрозом - підвищеною пітливістю) можуть надалі мати серйозні наслідки аж до настання ранньої інвалідизації. Тому подібні випадки потребують ретельного обстеження дитини за участю окуліста, невропатолога, психіатра та медичного психолога. Якщо така дитина має додаткові навантаження (вивчення мов, заняття музикою, малювання), що не викликають у нього позитивних емоцій, необхідно їх обмежити.

Вимагають уваги різні психопатичні реакції у пубертатному періоді. Наприклад, нестійким особам потрібен позитивний лідер. Астеникам підходять рухливі ігри, шизоїдам - заняття в колективі. Істеричних дітей не можна виділяти із загальної маси. У всіх відповідних випадках необхідно виявлення девіантних рис особистості підлітка та їх коригування, тренування вольових якостей. У ряді випадків виправдана їхня медикаментозна нівелірівка, оскільки без цього втручання можливе подальше спотворення формування особистості підлітка.

*Профілактика у дорослому віці*

У дорослому періоді наявність тих чи інших ознак соматоневрологічної вразливості може негативно позначитися під час роботи за умов впливу професійних шкідливостей: тут чітко виявляється усе, що було запущено; крім того, виявляються соматоформні розлади. Тут на особливу увагу заслуговують питання профілактики перевантажень і порушень техніки безпеки при розумовій роботі (перерви, провітрювання кабінетів, відповідність комп'ютерних моніторів гігієнічним нормам і т. д.). Різні види фізичної діяльності є основним способом усунення фізіологічних механізмів стресу. Придушити емоційну "стресову бурю" можна м'язовою роботою, особливо на свіжому повітрі. Внаслідок м'язової роботи ліквідується надлишок гормонів, що підтримують стан емоційного перенапруги. Це призводить до розширення просвіту дрібних кровоносних судин, покращує роботу серця, вирівнює артеріальний тиск, знижує збудливість нервової системи, нормалізує емоційний стан. Одним із методів профілактики стресових станів є організація раціонального харчування. З їжі в період стресового стану виключаються активатори ЦНС, наприклад, кофеїн, що міститься в каві та чаї. Дуже важливе у період регулярне харчування, оскільки порушення режиму харчування – одне з істотних причин підвищення реакції організму на дію стресора. Досить поширена думка про алкоголь як засіб боротьби зі стресами. Але алкоголь може лише полегшити переживання стресу, знижуючи у своїй здатність людини до опору. Далі сам алкоголь стає стресором і часто спричиняє важкі стреси внаслідок втрати самоконтролю. Не випадково один із давніх вчених зазначив: «У пляшці незадоволеність шукає втіху, боягузтво – мужність, а боязкість – впевненість у собі».

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №39 . Ідеї внутрішньоособистісного конфлікту (наявність у психіці людини двох однакових за силою мотивів, але протилежних за спрямованістю) характерні для наступної психосоматичної теорії:

А) Кортико-вісцеральної

В) психоаналітичної

С) Нейрофізіологічної

D ) Соціопсихосоматики

е) Системно-теоретичної моделі

Завдання №40 . Випробовуваний К., 40 років, що відрізняється високою вимогливістю до себе і навколишнім, славиться дуже серйозною людиною і «трудоголіком» при виборі варіантів поведінки за опитувальником Дженкінс відзначив такі, як характерні для нього: 1-2; 2-1; 3-2; 4-1; 5-2; 6-1; 7-1; 8-2; 9-2; 10-1; 11-1; 12-3; 13-2; 14-2; 15-1; 16-3. У До. виявляється:

А) Коронарна поведінка типу А

В) Коронарна поведінка типу АВ

С) Коронарна поведінка типу В

D ) Акцентуація особистості за застрягаючим типом

Е) Високий рівень олекситимії

Завдання №41. Механізм психологічного захисту, при якому відбувається процес мимовільного усунення в несвідоме неприйнятні думки, спонукання або почуття, називається:

А) Витісненням

В) Регресією

З) Інтроекцією

D ) Раціоналізацією

 E ) Інтелектуалізацією

Завдання №42. Основними параметрами особистості, схильною до формування есенціальної гіпертонії,вважається:

А) Зіткнення двох взаємовиключних потреб (в опіці та самостійності)

В) Інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, та почуттям залежності, з іншого

С) Суперечності між «бажанням ніжності» та «страхом перед ніжністю»

 D ) Почуття хронічної незадоволеності

Е) Пасивність, труднощі у самоствердженні

Завдання №44 . Психофармакологічні засоби використовуються в основному з міркувань лікувального характеру в наступних випадках за винятком:

А) При необхідності подолання вегетативних та функціональних порушень, що підтримуються психічною напругою та конфліктними ситуаціями

В) При так званих психосоматичних захворюваннях

С) Коли соматичного захворювання супроводжують виражений стан страху, напруженість, пригнічений настрій, відсутність спонукань, стомлюваність

D ) Загрози летального результату

Е) За так званої адаптації до лікарняних умов

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

**Психологічні особливості хворих з різними захворюваннями**

Актуальність теми: Однією з особливостей соматичних захворювань є виникнення психологічної реакції у людини, що захворіла, на власну хворобу. Тип реагування на соматическое захворювання пов'язаний, насамперед, з оцінкою пацієнтом його тяжкості. Існує феномен «об'єктивної» та «суб'єктивної» тяжкості хвороби. Так, суб'єктивне ставлення до захворювання називається **"внутрішньою картиною хвороби"** *.* Об'єктивна тяжкість хвороби - інформація про летальність, зумовлену захворюванням, ймовірність інвалідизації та хроніфікації хворобливого процесу. Формування психологічного реагування на захворювання поєднується зі специфічними особливостями психічного стану пацієнтів: реакція на захворювання залежить від особливостей самої хвороби (перебіг, успішність лікування та результат) та від індивідуально-психологічних особливостей хворої людини.

Мета навчання (загальна мета):Вміти розпізнавати особливості психологічного реагування пацієнтів на різні захворювання .

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі – вміти: | Цілі вихідного рівня – вміти: |
| 1. Вибирати з даних анамнезу відомості, що відображають особисті якості пацієнтів до захворювання.
 | 1. Застосовувати навички спілкування з пацієнтами, збирати анамнестичні дані, скарги, проводити об'єктивне обстеження хворих відповідно до принципів медичної етики та деонтології (кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, хірургії, педіатрії, історії медицини, основи права, філософії) |
| 1. Оцінювати об'єктивну тяжкість захворювання на підставі скарг, об'єктивного дослідження та даних консультативних висновків.
 | 2. Проводити психодіагностичне дослідження (курс медичної психології) |
| 1. Виявляти особливості психологічної реакції на захворювання та фактори, що впливають на її формування
 | 3. Визначати тип ставлення до хвороби (курс медичної психології) |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонується виконати такі завдання:

Завдання №45 . Хворий К., 45 л., що страждає на хронічний гастрит, був обстежений методикою для визначення типу ставлення до хвороби і виявлено дисфоричний тип внутрішньої картини хвороби. Лікар, який проводив дослідження, на запитання пацієнта про результати порекомендував звернутися за консультацією до психіатра. Оцініть етико-деонтологічний аспект дій лікаря в даному випадку :

1. Дії лікаря неправильні за формою, змістом та не відповідають деонтологічним принципам
2. Події лікаря неправильні за змістом, але не порушують деонтологічні норми
3. Дії лікаря правильні за змістом та відповідають деонтологічним нормам
4. Дії лікаря неправильні лише в деонтологічному відношенні.
5. ---

Завдання №46 . Пацієнтка, 23 роки. Два місяці тому отримала черепно-мозкову травму, кілька хвилин була непритомна, потім протягом кількох годин відзначалася нудота та одноразове блювання. На наступний день після травми з'явилися судомні пароксизми з частотою раз на тиждень, що протікали зі свідомістю, мимовільним сечовипусканням і дефекацією, прикусом язика. Які додаткові дослідження слід призначити у цьому випадку?

1. ЕЕГ
2. РЕГ
3. КТ
4. МРТ
5. УЗД судин

Завдання №47. Патопсихолог досліджував пацієнта К.25 років з допомогою методики Зунга. Яку психічну функцію досліджував лікар?

1. Емоції
2. Увага
3. Пам'ять
4. Мислення
5. Сприйняття

Завдання №48. Пацієнтка 18 років на прийомі у психіатра з батьками, які стурбовані тим, що дочка більшу частину часу проводить у ліжку, відмовляється відвідувати інститут, грубить ним і періодично буває агресивною. Останнім часом з'явилося нове захоплення: читає лише літературу релігійного змісту, присвячену темі сатанізму, одягається на все чорне із символікою диявола. Якось влаштувала вночі жертвопринесення кошеня у своїй кімнаті. Яку методику Ви використовували б у цьому випадку?

1. Дженкінса
2. Леонгарда-Шмішека
3. Піктограм
4. Зунга
5. Спілбергера

Завдання №49. Пацієнт Ю., 56 л. спостерігається у онколога з приводу раку сигмовидної кишки 4 стадії. Тверезо оцінює свій стан без схильності як перебільшувати його тяжкість, так і без недооцінки тяжкості хвороби. Прагне активно сприяти лікуванню, точно виконуючи всі приписи лікаря. Намагається не обтяжувати своїх близьких тягарем догляду за собою. Визначте тип ставлення до хвороби

1. Тривожний
2. Гармонійний
3. Меланхолійний
4. Сенситивний
5. Анозогнозичний

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996,

стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

 Зміст навчання

У цьому розділі наведено дані про психологічні особливості хворих з різними соматичними захворюваннями, згрупованими за традиційно прийнятими в медицині дисциплінами: хірургічні, терапевтичні, інфекційні, гінекологічні та ін. Враховуючи особливу значущість онкологічної патології, ця група висвітлена окремо.

**Терапевтична патологія .** Захворювання, що належать до терапевтичної групи, поєднують велике коло соматичної патології. У цей розділ включено висвітлення питань психології хворих з власне терапевтичною, а також з ендокринною та неврологічною патологією.

Ситуація наявності **хронічного соматичного захворювання** провокує розвиток психологічної кризи. Об'єктивна ситуація важкого, небезпечного соматичного захворювання, відрив від звичного соціального оточення, можливість операції, що калічать, інвалідність призводять до зміни об'єктивного становища людини в соціальному середовищі. Центральним психологічним механізмом особистісних змін за умов хронічної соматичної хвороби виступає перебудова ієрархії мотивів на кшталт їх перепідпорядкування новому головному сенсообразующему мотиву — збереження життя та відновлення здоров'я, названому А.Ш.Тхостовим «зсувом мети на мотив». При прогресуванні хронічної хвороби змінюється система відносин хворих. Значними стають лише ті події, які не суперечать знову виділився сенсоутворюючому мотиву збереження життя. Внаслідок цього з'являється замкнутість, відчуженість, збіднення контактів з людьми, пасивність. Виділення мотиву збереження життя веде до формування обмежувального поведінки: інертності, зниження активності.

Різні захворювання сприяють формуванню специфічних психологічних змін, зумовлених локалізацією патологічного процесу, тривалістю захворювання, вираженістю больового синдрому тощо. Таким чином, можна говорити про умовну різницю психічних змін при тій чи іншій соматичній патології.

Поряд із загальними закономірностями впливу хвороби на особистість, при **серцево-судинних захворюваннях** має місце феномен, який R.Johnson назвав *«соціокультуральною символікою серця»* , з в'язаним із значенням, що надається серцю. У хворих відзначається інертність, нерішучість, втрата вольової активності та життєвої стійкості, втрата інтересу до праці та життя в цілому, звуження кола інтересів, егоцентричність, а також уразливість та нестриманість. Найбільш частими типами ставлення до хвороби є сенситивний та ергопатичний.

Однією з найважчих **ендокринних патологій** є *цукровий діабет* . У літературі описані такі, що часто зустрічаються у хворих на діабет, наступні особистісні риси: егоцентризм, дратівливість, примхливість і нестриманість. Також є численні свідчення на користь існування певних преморбідних особистісних особливостей у хворих на діабет: поєднання шизоїдних рис характеру з «параноїчною готовністю» (S.Elhardt), явну або приховану тривожність, занепокоєння, риси нервозності.

В останні роки з'явилася велика кількість робіт щодо негативного впливу гіпоглікемії на когнітивну функцію.

Зазначається, що на формування психічних розладів впливають тип цукрового діабету, його тривалість і ступінь тяжкості, а початок захворювання в дитячому та підлітковому віці та тривалий (більше 8-9 років) перебіг хвороби створюють передумови для патологічного розвитку особистості хворих на діабет. Доведеним можна вважати факт, що частота народження психопатологічних синдромів залежить також від типу цукрового діабету. При цукровому діабеті 1 типу (інсулінозалежному) переважно присутній астено-депресивний та істероформний синдроми та істеричний варіант зміни особистості, а при цукровому діабеті 2-го типу (інсуліннезалежному) частіше зустрічаються астенічний та астеноїпохондричний синдроми, а також обсесивний, екссомозивний особи. Важливе місце серед психічних розладів при цукровому діабеті займають *«порушення харчової поведінки»* як анорексії і булімії.

Серед неврологічних захворювань особливе місце займає **остеохондроз хребта** , зв'язок проявів якого з психологічним станом людини є дуже суттєвим. Вважається, що у механізмі розвитку поразок хребта значної ролі грає емоційний стан людини. Страх і тривога призводять до напруги скелетних м'язів та сприяють утворенню м'язового каркасу, який, своєю чергою, може провокувати формування неадекватного рухового стереотипу. У пацієнтів з високим рівнем тривожності та обумовленим їй високим м'язовим тонусом формується поза з напругою м'язів торсу, прямою і «дерев'янілою» спиною. З психологічних особливостей хворих виділяються нетерплячість, метушливість, незібраність і, як наслідок, порушення координації рухів. У структурі особистості людини, яка захворіла на остеохондроз шийного та поперекового відділів хребта, можуть переважати риси сором'язливості, скромності, боязкості та залежності від авторитетів, які зовні проявляються у формуванні постави.

Як правило, у хворих з неадекватним руховим стереотипом при остеохондрозі поперекового відділу хребта виявляється ергопатичний, неврастенічний та тривожний типи реагування на захворювання, при адекватному руховому стереотипі – гармонійний. При цьому спостерігається два різні шляхи впливу психологічних факторів протягом остеохондрозу. Патогенним, з одного боку, виявляється анозогнозично-ергопатична реакція людини з поведінкою, що демонструє малу значимість проявів хвороби, бажання власними силами впоратися з болями та скутістю, «розробити» рухи. З іншого боку, патогенним виявляється перебільшення значущості проявів хвороби з формуванням неадекватного занепокоєння і тривоги. Серед факторів, що визначають тип психічного реагування на остеохондроз, важливим виявляється уявлення про це захворювання як про тяжке страждання. Відзначається високий рейтинг остеохондрозу як серйозної патології порівняно з іншими захворюваннями у пацієнтів із неадекватним руховим стереотипом.

**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 рамках хірургічної патології відзначається вплив « **операційного»** стресу (передопераційного та післяопераційного). Основними проявами операційного стресу виступають емоційні феномени, найчастіше — тривога.

Необхідність проведення оперативного втручання, зазвичай, застигає пацієнта зненацька на відміну ситуації хронічної соматичної патології, до якої поступово адаптується. І якщо необхідність виконання тих чи інших терапевтичних заходів людина може спрогнозувати, то припустити можливість та необхідність операції пацієнт здатний значно меншою мірою. Психологічна готовність хворого до терапевтичних та хірургічних заходів кардинально відрізняється. У пацієнта з хронічним соматичним захворюванням адаптація відбувається умовно кажучи до справжнього статусу, а у пацієнта з гострою хірургічною патологією — до майбутнього.

Особливі реакції очікується від пацієнтів, які піддаються трансплантологічним оперативним втручанням, пов'язані з внутрішньоособистісним конфліктом щодо придбання органів іншої людини. Цей факт впливає самооцінку людини, сприйняття і прийняття ним себе як цілісної особистості після операції.

У хірургічній практиці значним виявляється стратегія вибору пацієнтом методу лікування. Хворий, націлений на психологічну стратегію *«уникнення невдач»,* буде відноситися до оперативного втручання як до останнього засобу зняття хворобливих проявів і погодиться на операцію лише після того, як будуть використані інші паліативні способи. Пацієнт із психологічною стратегією *«прагнення успіху»* самостійно може звернутися за хірургічною допомогою та наполягати на якнайшвидшій операції. Суть психологічних відмінностей цих пацієнтів полягає у прийнятті існуючого патологічного стану та щодо ризику його погіршити в процесі лікування. «Не було б гірше» — принципова психологічна позиція пацієнта, який приймає хворобливі симптоми свого захворювання і намагається адаптуватися навіть до найважчих із них. Він страшиться втратити те, що має і згодом каятися за власне рішення зробити операцію. «Краще нехай буде гірше, ніж терпіти те, що є», — позиція іншої групи пацієнтів, які погоджуються ризикувати та йти на операцію заради кардинального покращення власного стану здоров'я. При цьому перші справжній стан здоров'я може бути кращим, ніж у других.

*Передопераційна тривога* є типовою психологічної реакцією повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції. Вона виявляється у постійному занепокоєнні, непосидючості, неможливості зосередитися у чомусь, порушенні сну. Тривога проектується у майбутнє, відбиваючи очікування якості операції, майбутнього стану, задоволеності тим, що погодився операцію. *Післяопераційна тривога,* яка клінічно може бути ідентичною передопераційною, пов'язана з перенесеним операційним стресом, зі зіставленням очікувань та реальності.

Можна стверджувати, що післяопераційний стан (як психічний, і загальний) багато в чому залежить від психологічного радикала в передопераційному періоді. Особи з помірно вираженою тривогою, які тверезо оцінюють мету оперативного втручання, ймовірність досягнення успіху та позбавлення тих чи інших симптомів хвороби, можливість появи післяопераційних ускладнень психологічно більш адекватно реагують на власний стан. Високий чи низький рівень тривожності, заснований або завищених, або занижених очікуваннях, сприяє формуванню дезадаптаційних психічних станів.

Психофізіологічна та психологічна адаптація людини після пересадки органів та тканин (зокрема, пересадки серця) є однією з найскладніших для пацієнта. Як засвідчили дослідження психологів, після таких операцій нерідко відзначаються серйозні психологічні зміни до «зміни моральних і моральних установок» (M.Buxton).

У сфері **акушерсько-гінекологічних станів та патології** психологічні фактори мають особливе значення при вагітності, безплідності, передменструальному синдромі та клімактерії. Психічний стан жінок має специфічні особливості, що від типових реакцій чоловіків захворювання інших сфер.

Функціональні порушення менструального циклу в гінекологічній практиці надзвичайно поширені та становлять приблизно третину всіх порушень менструального циклу у жінок дітородного віку. Психогенна дисменорея зустрічається, як правило, у емоційно нестабільних, тривожних жінок із чіткою тенденцією до зниження настрою. Безпосередньою причиною цього синдрому стають досить сильні розчарування, засмучення і переживання, що занадто часто повторюються. До розвитку психогенної дисменореї призводять також «тривожні очікування чергової менструації», що виникають після душевного потрясіння чи першої менструації, при страху вагітності чи аборту чи, навпаки, при пристрасному бажанні завагітніти.

Менструальні розлади, і особливо аменорея, що становить близько 2/3 нозологічних форм ендокринно-гінекологічних захворювань, набувають великого соціального значення у зв'язку з тим, що наслідком їх часто є безпліддя. Негативний вплив безпліддя на поведінку та свідомість людини часто пов'язують із дистресом та розвитком т.зв. "Проблемного шлюбу". Психічний стан безплідних пацієнток може вирішальне значення у походження деяких форм безпліддя. Т.Я.Пшеничникова показує, що безпліддя у шлюбі є соціальним, психологічним і найчастіше фізичним неблагополуччям. Всі ці три фактори тісно взаємопов'язані між собою та часто впливають один на одного. Так, психологічні проблеми проявляються підвищенням лабільності нервових процесів чи загальмованістю, зниженням інтересу до навколишнього середовища та роботи, виникненням комплексів неповноцінності, психосексуальних розладів та нестійкістю сімейних відносин. При чоловічому безплідді три чверті дружин психологічно підтримують чоловіків, а за жіночому безплідді лише п'ята частина чоловіків не висловлюються на користь розлучення, причому найбільш загострений характер відносини набувають після 3 років безплідного шлюбу (Е.А.Волкович).

Виділяють кілька етапів емоційного реагування на безплідність DX.Rosenfeld та E.Mitchell: *здивування, горе, агресія, ізоляція, заперечення та злагода.* Початкова реакція — це подив, що переходить у шок, потім настає відновлення, яке можна бачити «після смерті коханої істоти». Цей «жалобний процес» схожий із втратою бажання існувати і посилюється почуттями провини, сорому та соціальної невідповідності. Виникаюче прагнення ізолюватися та зменшити контакти робить подібних хворих важкими для обговорення та лікування.

Одним із важливих питань при діагностиці стану безплідних пацієнток вважають оцінку їхніх мотивів мати дитину. У безплідних подружніх пар існують мотиви, які дещо відрізняються від традиційних мотивів дітонародження, Erikson запропонований термін «генеративність», який відображає не тільки процес відтворення, а й потребу людини у турботі про дитину та відповідальність за її виховання. Є й інші причини мати дитину - "утримати чоловіка", "заповнити порожнечу", підтримати сімейні традиції тощо. Для багатьох пацієнток з безпліддям питання про мотив мати дитину залишалося незрозумілим і неусвідомленим. Ними наводяться раціональні докази про те, що дитина потрібна, наприклад, для «повнішого життя» або для «хорошого партнерства».

Deutsch описані певні типи жінок, які страждають на безпліддя: 1) незрілі, чутливі, розбірливі жінки, по-дитячому примхливі по відношенню до чоловіка і схильні до функціональних розладів; 2) агресивно-домінуючі жінки, які не погоджуються визнавати свою жіночність; 3) матереподібні жінки, які правильно чи неправильно розуміючи свого чоловіка, відчувають, що вони не здатні скопіювати його у дітях і тому переносять свій материнський інстинкт на догляд за ним; 4) жінки, які присвятили себе ідейним та іншим інтересам.

Одним із найбільш відомих у гінекологічній практиці є передменструальний синдром. Клінічні симптоми передменструального синдрому з'являються, як правило, за 2-14 днів до менструації і зникають відразу після того, як вона настане або в перші дні. Поєднання симптомів може бути різним, але супроводжуються рясною вегетативною симптоматикою. Характерними є дратівливість, знижений, іноді гнівливий настрій, плаксивість і сльозливість, легка ранимість, емоційна лабільність, порушення сну, головний біль і запаморочення, нездатність зосередитися на роботі, швидка стомлюваність. Крім цих симптомів нерідко зустрічається сверблячка всього тіла, тахікардія, різноманітні болі та неприємні відчуття в ділянці серця, підвищення температури тіла, озноби, нагрубання молочних залоз та інші. Залежно від кількості симптомів, тривалості та інтенсивності їх проявів передменструальний синдром поділяється *на легку та тяжку форми.* Тяжкість вегетативно-судинних симптомів при передменструальному синдромі не завжди знаходиться в прямій залежності від психічного стану. Діенцефальні кризи, які вважаються найбільш тяжким проявом вегетативної дисфункції гіпоталамічної області, частіше поєднуються з тяжкою формою передменструального синдрому, хоча й за легкої форми вони можуть мати місце.

Під час появи хворобливих симптомів передменструального синдрому жінка створює множинні конфліктні ситуації вдома і на роботі, що призводить до емоційних переживань як самих хворих, так і рідних і знайомих, що їх оточують. Якщо в першу половину менструального циклу хворі, як правило, добродушні, доброзичливі, витримані, спокійні, їх поведінка впорядкована і відповідає стереотипу, що склався, то з наближенням менструації все частіше можна відзначити появу у них неадекватних реакцій і поведінки. Слід зазначити, що особистісні та характерологічні якості в першій половині менструального циклу все ж таки іноді мають тенденцію до загострення.

За легкої форми передменструального синдрому жінка самостійно звертається до лікаря, шукає допомоги, розуміє хворобливий характер симптомів захворювання. При важкій формі в міру перебігу хвороби з'являються симптоми, що зачіпають особистісний рівень реагування. При цьому на передній план починають виступати егоїзм, прискіпливість, демонстративність, бажання отримати зиск від свого становища, зниження самокритичності. Хворі вимагають до себе підвищеної уваги з боку родичів, змушуючи останніх виконувати будь-які їхні забаганки.

Нерідко при передменструальному синдромі зустрічаються іпохондричні симптоми, які можуть бути представлені і при легкій, і важкій формах. Виявляються вони у підвищеній недовірливості хворих за своє здоров'я, перебільшенням тяжкості наявних симптомів. При цьому деякі жінки стають настирливими, готовими скаржитися на своє самопочуття кожному зустрічному. Слід зазначити, що з важкої формі передменструального синдрому частіше самі хворі звертаються до лікарів, а родичі, помітили зміни у поведінці жінок, наводять їх у лікування, що може розцінюватися тими, як образу.

**Клімактеричний період** у житті жінки пов'язаний із віковою перебудовою гіпоталамічної області, що призводить до порушення циклічності менструацій та припинення репродуктивної здатності. На думку В.М.Дильмана, клімакс є водночас і нормою, і хворобою: нормою тому, що клімакс у жіночому організмі явище закономірне, а хворобою тому, що це стійке порушення регуляції, що призводить в кінцевому підсумку до зниження життєздатності організму.

Критеріями фізіологічності перебігу клімаксу слід вважати адаптаційні процеси як на рівні соми, так і психіки. Поняття патологічного клімактерію у свою чергу включає різні патологічні прояви інволюційного процесу, що порушують як соматичне, так і психічне здоров'я.

На частоту та вираженість симптомів клімаксу можуть суттєво впливати біологічні, а також культуральні та соціально-економічні фактори. До останніх відносяться: а) соціальне значення, яке у певних етнічних групах надають менструації та звільненню від стигми менструації після настання менопаузи; б) соціальне значення бездітності; в) соціальний стан жінок у період постменопаузи; г) ставлення чоловіка до своєї дружини під час постменопаузи (наприклад, як до сексуального партнера); д) ступінь соціально-економічної депривації, що зазнає в цей період; е) ступінь зміни ролі жінки в цей період та можливість виконання нею нових або альтернативних функцій; ж) доступність медичної допомоги у зв'язку із симптомами перименопаузи.

Картина **клімактеричного синдрому** складається з психопатологічних, вегетативних та ендокринних симптомокомплексів. Розглядаючи психічний стан хворих жінок з позиції вчення В.М. собі стають у цьому віці недовірливими, тривожними, легко вразливими, невпевненими, нерішучими, які сумніваються у всьому. Особливо значно змінюється система відносин особистості напрямі заниження власних можливостей, зникнення життєвих перспектив, що з перебільшенням тяжкості хворобливих відчуттів. У клімактеричному віці у жінки з'являється безліч додаткових психогенних факторів, які до цього не завдавали їй занепокоєння. Це звані умовно-патогенні психічні травми, пов'язані саме із зміною системи відносини особистості. Умовно-патогенними стають такі прояви клімаксу, як зміна зовнішнього вигляду (сиве волосся, зниження тургору шкіри, поява зморшок), зміна лібідо, значимість яких у цьому віці різко зростає. Все це відбувається при порушенні адаптації, при появі рис ригідності, «застрягання» на найменших неприємностях, що у свою чергу призводить до своєрідного «звуження особистості». Іноді такий стан, що розвивається у зв'язку з патологічно поточним клімаксом, як зміна особистості, призводить зрештою до своєрідного «дефекту», що проявляється патологією емоцій і спонукань. На перший план при цьому виступають прогресуюча млявість, пасивність, байдужість до тих сторін життя, які нещодавно представляли інтерес, викликали емоційний резонанс.

Три аспекти патологічного клімаксу зустрічаються в даний час у групах жінок, які бачать своє єдине завдання в народженні та вихованні дітей і раптом стикаються з «втратою функцій»: 1) висока значущість клімактеричного періоду для особистості як «повороту в житті»; 2) фіксування уваги на фізіологічних процесах та 3) негативне сприйняття цих ситуацій. Раптом позбавлені цієї мети, вони відчувають, що їхнє подальше життя не має сенсу.

Вважається, що в тих випадках, у яких у жінки до інволюційного віку залишаються невирішені проблеми (серед яких на першому місці стоїть самота), клімакс сприймається як катастрофа, як подія, що руйнує залишки надій на сприятливе вирішення життєвої ситуації. У цьому можливі різні варіанти поведінки жінки, що з климаксом (Н.Prill): 1) байдуже (аперсональное) поведінка; 2) пристосування; 3) розвиток невротичної поведінки; 4) активне подолання.

Здатність людини адаптуватися до всіляких життєвих стресових ситуацій пов'язана з різними факторами, серед яких мають значення структура її особистості і стереотип реагування на фруструючі події. З цієї точки зору, клімактеричний період у житті жінки можна порівняти з екстремальними умовами, в які потрапляє особистість. Все це пред'являє до організму та особистості жінки в перехідний віковий період підвищені вимоги, які для багатьох з них важко розв'язати у зв'язку з порушеннями адаптивних можливостей в інволюційному віці. Жінки зі сприятливою мікросоціальною обстановкою (благополучна сім'я, дбайливі діти, онуки) переживають клімактеричний період щодо благополучно, «нейтралізуючи» значущість клімаксу за допомогою переключення інтересів на сім'ю чи іншу діяльність. В інших у перехідному віці залишається багато невирішених проблем (самотність тощо), які визначають їхнє ставлення до клімаксу як до катастрофи.

У жінок, які намагаються «захиститися» від старіння, часто розвиваються гіперкомпенсаторні реакції, що випливають із «протесту» (наприклад, надмірна турбота про власну зовнішність, підвищений інтерес до косметичних засобів). Подібні реакції можна позначити терміном *«містифікація дійсності»,* так як хворі усвідомлено або несвідомо не хочуть помічати об'єктивних ознак старіння, що настає, заперечуючи його всім своєю навмисною поведінкою.

Особливості **психічного стану жінки під час вагітності** багато років привертають увагу фахівців. У цьому відзначається як емоційно негативна роль вагітності, і позитивна. Про сприятливий вплив вагітності на різні психічні розлади писав Гіппократ: «Істеричним дівчатам я наказую заміжжя, щоб вони вилікувалися вагітністю».

Різні особливості психологічного стану жінки під час вагітності можна розглядати як прояв адаптації організму і особистості жінки до вагітності і оцінювати ці прояви з позиції різних рівнів адаптації. На біологічний рівень адаптації у першу половину вагітності помітний вплив має один із яєчників, у другу — матка. Тонус вегетативної нервової системи з розвитком вагітності підвищується стрибкоподібно, виявляючи існування своєрідних критичних періодів для материнського організму. Так, у терміни до 12 тижнів переважає тонус симпатико-адреналової системи, у другу половину – 28-30 тижнів – посилюється тонус обох відділів, але з деяким переважанням холінергічних реакцій. З позицій аналізу нейродинамічних процесів емоційний стан вагітних характеризується тим, що за наявності позитивного емоційного фону останні місяці вагітності має місце активація кіркових процесів, що призводить до збільшення порога больової чутливості. Внаслідок негативних емоцій, перенапруги центральної нервової системи слабшає функціональна активність кори, знижується поріг до больових відчуттів. Як правило, ці стани залежать від очікування бажаної чи незапланованої дитини, позитивного чи негативного настрою.

Зазначається типова динаміка психологічних проявів під час вагітності. Зазвичай у *перші місяці* вагітна почувається невпевнено, залишається амбівалентною щодо майбутнього материнства. Страх перед невідомістю може призвести до пригніченості. Вагітній подобається (більш-менш усвідомлено) її стан, їй хочеться бути предметом уваги та турбот, водночас вона відчуває, що дорослішає, у ній борються дві тенденції – інфантильності та дорослішання. Ця двоїстість, що часто викликає тривогу, може стати причиною зміни настрою не завжди зрозумілою оточуючим. У *другому триместрі* спостерігається відносний спокій у стані вагітної. Основна риса *третього триместру -* «занурення в дитину», дитина стала осередком помислів, інтересів та занять майбутньої матері. Безпосередньо *перед пологами* наростає тривога, проявом якої може бути гіперактивність вагітної, яка бажає прискорити події.

Важливою проблемою є **гестози** **вагітних** . Відомо, що у жінок із вираженим небажанням мати дитину частіше спостерігається важка форма токсикозу, на відміну від жінок із бажаною та запланованою вагітністю. Представники зарубіжної медицини, користуючись концепцією символічної мови органів (A.Adler), інтерпретують блювання вагітних як символічний вираз небажання вагітності та народження дитини. Інші вчені, ґрунтуючись на принципах вчення З.Фрейда, розглядають ранні гестози вагітних як наслідок «ослаблення волі до материнства у зв'язку з розвитком цивілізації» або як прояв несвідомої відрази до чоловіка.

Перед пологами здоров'я майбутньої дитини хвилює переважна більшість жінок. При цьому у більшості вагітних занепокоєння станом дитини має тенденцію до наростання в міру наближення пологів. Багато вагітних схильні турбуватися про можливий вплив ліків, а частина жінок про методи знеболювання. Описано *феномен пренатальної тривоги* та її вплив на результат вагітності. У вагітної, як правило, виявляється кілька видів тривоги: 1) генералізована; 2) фізична, коли жінка тяжко переносить фізичні аспекти вагітності; 3) страх за долю плода; 4) страх перед необхідністю догляду за новонародженим; 5) страх перед пологами; 6) страх перед годуванням новонародженого; 7) психопатологічні феномени тривоги. Тривога з приводу майбутнього материнства характерніша для старших жінок.

**Онкологічна патологія** Онкологічний процес виступає для психічної діяльності у двох важливих аспектах. З одного боку (психогенної), діагноз захворювання, зазвичай зараховуваного до групи невиліковних і, як наслідок, підвищено значимих, перетворює лише факт захворюваності на серйозну психічну травму, здатну сформувати психічні порушення психогенно-реактивного характеру. З іншого боку (соматогенної), 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 та формує соматогенні психічні розлади.

Найбільш емоційно насиченими для пацієнтів є момент постановки та верифікації діагнозу, початок лікування та виявлення пролонгації захворювання. Ще В.М. Герасименко наголошував на особливостях психологічного стану онкологічно хворого залежно від періодів захворювання. **Перший** з них – поліклінічний чи діагностичний, який починається від моменту першого контакту хворого з онкологічною службою: направлення на консультативний огляд онкологом, вирішення питання про необхідність спеціалізованого протипухлинного лікування у стаціонарних умовах. Цей етап є для пацієнтів найбільш психотравмуючим. Типовим є загальне занепокоєння, виражена тривога, відчуття повної безнадійності, безперспективності існування, думки про неминучу швидку і болісну смерть. Іноді спостерігаються спалахи люті, гніву, злості, що супроводжуються агресією, спрямованою на найближче оточення. Як правило, на цьому етапі проведення психотерапевтичних заходів важко у вигляді стану пацієнтів – вони практично недоступні для будь-якого виду психотерапевтичного втручання.

**Другий етап** – вступ до онкологічного стаціонару – полягає в адаптації пацієнта у відділенні, знайомство з умовами перебування, режимом відділення, медичним персоналом та іншими пацієнтами. На цьому етапі спостерігається деяке зниження інтенсивності переживань. Це, перш за все, пов'язано з формуванням у пацієнтів психологічного захисту: пацієнт припускає думку про наявність у себе важкого соматичного захворювання, можливо навіть онкологічного, заспокоюючи себе тим, що перебуває у спеціалізованому стаціонарі під наглядом кваліфікованих фахівців, які зроблять все, щоб допомогти. Формування таких установок, їх стимулювання та підтримка є на цьому етапі найважливішим моментом психотерапевтичного впливу. Велику роль грають розмови роз'яснювального характеру лікаря з пацієнтом, огляди, призначення та проведення різних досліджень, консультативні огляди іншими фахівцями. Це створює в пацієнта враження активного, ретельного, багатостороннього, а головне інтенсивного вивчення стану його здоров'я, що у свою чергу є найважливішою передумовою успішності терапії. У разі, коли пацієнт якийсь час наданий сам собі і не задіяний у діагностичному процесі, погіршується психічний стан, ускладнюється ступінь наявної психогенії. Це пов'язано, головним чином, із зміною змісту переживань: страх неминучої і тяжкої смерті змінюється нетерпінням, бажанням якнайшвидше піддатися радикальному лікуванню, і пролонгація діагностичного етапу здається пацієнту «злочинною тратою дорогоцінного часу», оскільки може бути втрачено унікальний момент – час, коли пухлина може бути вилучена радикально. Найважчими для пацієнта є перші дні перебування в стаціонарі, коли відбувається адаптація до умов, що змінилися.

**Третій етап** - передопераційний або передтерапевтичний - охоплює період від моменту інформування пацієнта про день початку протипухлинної терапії (день оперативного втручання, початку хіміотерапії та променевої терапії) до настання власне цього дня. При отриманні інформації про дату операції у деяких хворих виникає негативне ставлення до неї: з'являються думки про недостатньо реалізовані інші види протипухлинної терапії. Подібні переживання мимоволі провокуються вже прооперованими пацієнтами, які мають наслідки, що калічать, від подібного роду терапії. Основним завданням психотерапевтичного на даному етапі є заспокоєння пацієнтів шляхом індивідуальної раціональної психотерапії, спрямованої на корекцію життєвих установок.

**Четвертий етап** - післяопераційний (у пацієнтів, яким проводилося оперативне втручання) - від завершення операції до відновлення здатності до самообслуговування. Характерною особливістю цього етапу є редукція виразності всіх негативно забарвлених емоційних переживань пацієнтів. Для більшості пацієнтів операція є тимчасовим психологічним полегшенням стану – свого роду переломним моментом, після якого на пацієнта чекає одужання. Психотерапевтична корекція цьому етапі спрямовано формування та підтримку позитивних психологічних установок пацієнта.

**П'ятий етап** – витяг – від моменту підготовки пацієнта до виписки та охоплює подальше перебування вдома. Цей етап справляє оманливе враження найлегшого з усіх етапів перебування пацієнтів в онкологічному стаціонарі, оскільки пацієнти відчувають полегшення, коли після стільки емоційних потрясінь вони виписуються додому. Однак більшість пацієнтів також відчувають невпевненість у своєму майбутньому, сумнівним є відновлення колишньої трудової діяльності, тривожна перспектива повернення додому як інвалід. Найвищою мірою психотравмуючими є припущення пацієнтів про неповне, часткове одужання, про відсутність ефективних радикальних засобів лікування, необхідність подальшого спостереження онкологами та продовження протипухлинної терапії шляхом ад'ювантної хіміо- та променевої терапії. Подібна інформація повинна подаватися пацієнту максимально щадно з дотриманням психотерапевтичної спрямованості розмови лікарем.

Загальною рисою виділених періодів є невизначеність результату ситуації та тривожне очікування особистістю майбутніх подій. Таку ситуацію пацієнт неспроможна сам вирішити, оскільки її результат йому непідвладний.

На будь-якому етапі лікування у хворого є психологічні захисні ресурси, що допомагають адаптуватися до ситуації, що склалася, і вони повинні бути використані в психотерапевтичній роботі з цими пацієнтами. Фактори, які допомагають психологічній адаптації або перешкоджають їй, були вивчені та оцінені у дослідженнях Maguire & Howell . Серед них – фактори адаптації, зумовлені хворобою, хворою людиною, суспільством, та фактори, що привертають до поганої адаптації. До факторів адаптації, зумовлених хворобою, належать, перш за все, стадія захворювання, локалізація пухлини, основні клінічні симптоми та прогноз захворювання; необхідне лікування, побічні ефекти терапії та можливі ускладнення; зміна структури та функції тіла. До факторів адаптації, обумовлених самою хворою людиною, можна виділити такі: інтраперсональні (емоційні, філософські, релігійні впливи та переконання); соціальні (людина у суспільстві, суспільний стан, сімейний статус, наявність дітей); інтерперсональні (сім'я та внутрішньосімейні взаємини, друзі, соціальна підтримка); психологічні взаємини із медичним персоналом. До чинників адаптації, зумовленим суспільством, належать такі: відкрите обговорення діагнозу чи його секретність; знання можливості та варіантів лікування та прогнозу. Серед факторів, що перешкоджають адаптації, необхідно відзначити соціальну ізоляцію, низький соціально-економічний статус, песимізм щодо життя, відсутність надії на одужання, нещодавні втрати, стреси, психологічні травми, ригідність пристосовуваності, супутні психічні захворювання, вживання психоактивних речовин.

спостереженнями Е. Kübler - Ross у поведінці онкологічних хворих можна виділити кілька етапів психологічної переробки тієї життєвої ситуації, в якій вони опинилися . Встановлено, більшість хворих проходить через п'ять основних стадій психологічної реакції: заперечення чи шок; гнів; "торгівля"; депресія та прийняття.

**Перша стадія** (заперечення чи шок) дуже типова. Пацієнт не вірить, що має потенційно смертельну хворобу. Заперечення діє як психологічний захисний механізм, що оберігає свідомість від нестерпних думок та переживань. Пацієнт починає ходити від фахівця до фахівця, перевіряючи ще раз отримані дані, робить аналізи в різних клініках. В іншому варіанті пацієнт може відчувати шокову реакцію і взагалі більше не звертається до лікарні.

**Друга стадія** (гнів) характеризується вираженою емоційною реакцією, зверненою на лікарів, суспільство, родичів. Хворого охоплює гнів: він може вилитись у лють, обурення чи заздрість до тих, хто здоровий.

**Третя стадія** — це спроби «виторгувати» якнайбільше днів життя у різних інстанцій, спроба укласти угоду з долею.

На **четвертій стадії** пацієнт розуміє весь тягар своєї ситуації. Як правило, настає депресія: впадає у відчай і жах, у нього опускаються руки, перестає боротися, втрачає інтерес до життєвих проблем, залишає свої звичайні справи, віддаляється від людей, закривається вдома та оплакує свою долю.

**П'ята стадія** — це найбільш раціональна психологічна реакція, але далеко не кожен до неї доходить. Хворі мобілізують свої зусилля, щоб, незважаючи на захворювання, продовжувати жити з користю для близьких. Лише небагатьом хворим вдається дожити до заключної стадії- **прийняття** .

Слід зазначити, що перелічені вище стадії не завжди йдуть у встановленому порядку. Хворий може зупинитись на якійсь стадії або навіть повернутися на попередню.

Внаслідок поєднання перерахованих патогенних для психіки факторів у онкологічно хворих різко зростає ризик суїцидальних тенденцій. Кількість суїцидальних спроб при онкологічних захворюваннях значно перевищує подібний показник при інших соматичних захворюваннях, оскільки жодне з існуючих захворювань не несе в собі настільки потужного навантаження, що стресує, як злоякісна пухлина, що в свою чергу обумовлює специфічні психологічні особливості пацієнтів з онкологічною патологією.

Сімейна підтримка є найважливішим і важливим фактором у пристосуванні хворих з онкологічною патологією. Роль сімейних взаємин зростає у випадках появи в онкологічно хворих психологічних проблем та психічних розладів. Адаптація хворих до нового їм статусу онкологічно хворого ефективніше проходити у сім'ях, що будуються за принципом згуртованості. Причому, особи, які отримують хіміотерапію, потребують «теплішого відношення в сім'ях» порівняно з пацієнтами, які перенесли оперативне втручання з приводу пухлин. При мастектомії у дружин істотна роль психологічної допомоги з боку чоловіка хворої. Відзначено значущість сексуально-естетичного чинника, здатного викликати неадекватні реакції чоловіка та спровокувати появу психогенних психічних порушень. Однак чоловіча роль виявляється найчастіше суттєвою лише як підтвердження негативних очікувань хворих, заснованих на рефлексивному стилі мислення, властивому онкологічним хворим, що базується на змінах самооцінки у зв'язку із захворюванням.

Особливий інтерес представляє питання вплив психічних переживань, розладів і преморбідних характерологічних особливостей людини протікання онкологічного процесу. HJEysenck у роботі «Рак, особистість та білки» наводить дані про зв'язок особистості з виникненням або запобіганням раку. Ризик розвитку раку, на його думку, пов'язаний з такими особливостями особистості, як емоційна лабільність, екстраверсія, аномальне вираження емоцій (надмірне придушення почуттів), а також депресія та безнадійність. Як вважає H.Eysenck, тривога та нейротизм захищають від раку. Гострий стрес, знижуючи ефективність імунної системи, сприяє виникненню раку. Збільшення рівня кортикостероїдів, що має місце при депресії, знижує клітинний імунітет та сприяє розвитку раку. АКТГ, пов'язаний із тривогою та нейротизмом, навпаки, сприяє зміцненню захисних сил організму. Особливо наголошується на тому, що індивідуальні відмінності та генетичні фактори можуть істотно впливати на прояв відповідних показників.

Меланхолія та депресія, на думку P.Revidi, сприяють виникненню злоякісних пухлин. Існує психологічна «підготовленість ґрунту» до розвитку раку. За образним висловом автора, рак молочної залози нерідко представляє «пасивне самогубство» внаслідок почуття провини та депресії. Стриманість прояву емоцій, придушення статевих інстинктів може бути віднесено до етіологічних чинників розвитку раку молочної залози. Анорексія, безсоння, невпевненість у собі, психічні травми можуть призвести до розвитку раку від 1 до 15 років. Рак, підкреслює P.Revidi, можна розглядати як хворобу адаптації до стресу та імунодепресії. Раку молочної залози часто передують тривалі депресії. Ці хворі частіше бездітні й у сексуальному плані загальмованіші.

Резюмуючи, слід сказати, що онкологічні захворювання та психічний стан пацієнтів мають двоканальний зв'язок. З одного боку, онкологічна патологія провокує появу різноманітних психічних переживань (від донозологічних до виражених клінічних психопатологічних), з іншого боку, у появі онкологічних захворювань, і навіть ймовірності лікування них істотна роль психологічного преморбіду і типів психічного реагування захворювання.

**Дефекти тіла та органів чуття .** В силу особливої значущості для будь-якої людини істотних і помітних змін зовнішності людини можна говорити про типовість та специфічність психологічних девіацій при косметичних дефектах, дефектах зору, слуху та мови. Психологічні особливості осіб із різноманітними дефектами схожі між собою і відмінні від реакцій інші захворювання. Це зумовлено декількома причинами, серед яких виділяється значущість соціального статусу людини з будь-яким дефектом та ставленням до неї в суспільстві, а також зміни особистості у зв'язку з порушенням пізнавальних процесів при дефектах органів чуття.

Серед косметичних дефектів найбільш значущими є зміни та деформації особи або окремих її складових. На думку Н.ДЛакосіної та Г.К.Ушакова, людина, яка втратила руку чи ногу, страждає від того, що на його дефект звертають увагу оточуючі. У нього рідше, ніж при іншій патології, виникає почуття огиди до себе. Порівняно з ними люди з зневажливими змінами особи реагують переважно самозневажливо. Вони стають уразливими, дратівливими, чутливими, уникають з'являтися на людях, різко обмежують контакти з оточуючими, нерідко розмірковують про самогубство. У випадках шкірних змін і деформацій обличчя у пацієнтів до перелічених психологічних проявів приєднується почуття сорому, гидливості та побоювання, що оточуючими уникатимуть їх через страх заразитися.

**Заїкуватість** є своєрідним видом дефекту, який може призводити до значних психологічних наслідків, здатних змінити характер та спрямованість формування особистості. З появою заїкуватості починає порушуватися вся система особистісних відносин (В.М.Шкловський). Найбільш частою клінічною ознакою стає *страх мови (логофобія).* Він порушує комунікативний бік життя людини, призводить до патологічної замкнутості, небажання спілкуватися з оточуючими. Людина намагається переключити свої інтереси на діяльність, що виключає часте та тривале спілкування.

Психологічні особливості **сліпих і глухих людей** зумовлюються порушенням однієї зі сфер пізнавальної діяльності. Пацієнти з подібними дефектами органів чуття стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються ідеї неповноцінності, що поєднуються з такими якостями особистості як принциповість, справедливість, законослухняність, високий рівень моральних вимог щодо себе та оточуючих. У пацієнтів із приглухуватістю частіше зустрічаються ідеї відношення, уразливість, підвищена тривожність. Вони стають підозрілими, сором'язливими, намагаються приховати свій дефект.

Особливу групу становлять **особи, які перенесли радикальні хірургічні операції, що відносяться до так званих «калекативних операцій»** : мастектомію, гістеректомію, оваріектомію, цистектомію тощо. Психологічні реакції на такі операції обумовлені функціональною та нерідко символічною значимістю віддалених органів. Радикальні гінекологічні операції суттєво впливають на самооцінку жінок. При мастектомії у хворої можуть виникати тривожні побоювання щодо зміни відносини з боку чоловіка або близьких через *естетичний дефект,* при гістеректомії та оваріектомії через *сексуальний дефект.* Багато жінок, які перенесли овари- і гістеректомію намагаються приховувати від близьких справжній сенс операції, випереджаючи негативну реакцію з боку чоловіка та його можливий вихід з сім'ї.

Багато пацієнтів **сексологічного профілю** , говорячи про прояви власної патології, часто вживають термін «дефект». Суть «сексуального дефекту» полягає у різкому зниженні самооцінки людиною, у якої з'явилися симптоми сексологічних розладів (аноргазмії, фригідності, імпотенції). Як правило, у таких пацієнтів з'являються два види реакцій. В одних знижується настрій, з'являються ідеї нікчемності, неповноцінності, самозвинувачення та домінує інтрапунітивний тип реакцій. Інші стають дратівливими, запальними, буркотливими, висувають претензії до сексуального партнера — екстрапунітивний тип реагування. Типовим є спроба приховувати наявність симптомів сексуальних проблем через їхню не престижність і сорому.

Близьким до вищеописаного є **«психічний дефект»** (зокрема інтелектуальний). Виникнення «комплексу неповноцінності» у зв'язку з психологічними проблемами можливе лише за непсихотичного рівня психічних розладів. Такий «дефект» з'являється у хворих з невротичними та особистісними розладами. Через необхідність лікування у психіатрів пацієнти стають замкнутими, звужують контакти, відчувають сором'язливість і боязкість у спілкуванні, намагаються приховувати наявні проблеми та факти відвідування фахівців. При інтелектуальному дефекті реакції пацієнтів спостерігаються набагато рідше порівняно з реакціями близьких родичів, які вважають, що дефект одного із членів сім'ї стає дефектом усієї сім'ї. Внаслідок цього родичі намагаються обмежити коло спілкування, живуть у добровільній ізоляції.

**Вікові особливості** людини також суттєві при формуванні суб'єктивного ставлення до хвороби та становлення певного типу реагування на неї. Відомо, що для кожної вікової групи існує свій *реєстр тяжкості захворювань —* своєрідний розподіл хвороб із соціально-психологічної значущості та тяжкості. **Для дітей, підлітків та молоді** найважчими у психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, роблять її непривабливою. Пов'язано це з системою цінностей, розстановкою пріоритетів, що є у молодої людини, для якої найвищу цінність набуває задоволення основної потреби — «задоволеність власною зовнішністю». Таким чином, найбільш тяжкі психологічні реакції можуть викликати хвороби, що не мають з медичної точки зору загрози життю. До них відносяться будь-які хвороби, що негативно, з точки зору підлітка, що змінюють зовнішність (шкірні, алергічні), травми, що калічать, і операції (опіки). У жодному іншому віці немає таких важких психологічних реакцій людини на появу в нього на шкірі обличчя фурункулів. **Особи зрілого віку** важче психологічно реагуватимуть на хронічні інвалідизуючі захворювання. Це пов'язано також із системою цінностей, і відображає спрямованість людини зрілого віку задовольняти такі соціальні потреби, як потреба у добробуті, добробуті, незалежності, самостійності та ін. Саме задоволення подібних потреб може бути заблоковане появою будь-якої хронічної або хвороби, що призводить до інвалідності. Психологічно важкими особам зрілого віку є такі хвороби як онкологічні, хронічні соматичні хвороби тощо. Другий підвищено значимої групою захворювань для зрілого людини вважаються звані соціально неприйнятні хвороби, яких зазвичай відносять венеричні і психічні захворювання. Психологічна реакція на них зумовлена не завжди оцінкою їх, як загрозливих здоров'ю, а пов'язана з переживаннями з приводу того, як зміниться соціальний статус і авторитет хворого на такі хвороби у разі, якщо про це стане відомо навколишнім. Список подібних захворювань не вичерпується венеричними та психічними, до цієї групи також можуть бути віднесені захворювання, які мають відтінок суб'єктивної «не престижності»: проктологічна патологія, переривання вагітності.

**Для людей похилого віку та людей похилого віку** найбільш значущими є хвороби, які можуть призвести до смерті. Інфаркт, інсульт, злоякісні пухлини страшні їм не тим, що можуть призводити до втрати працездатності, а тим, що асоціюються зі смертю.

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №50 . Пацієнт К. 48 л., страждає на важке соматичне захворювання. Який критерій включає поняття «об'єктивна тяжкість хвороби»?

1. Летальності
2. Психологічної значущості
3. Больовий характеристики хвороби
4. Внутрішньої картини хвороби
5. Нозології

Завдання № 51. У відділенні інтенсивного сестринського догляду знаходиться пацієнтка 72 років, яка страждає на рак молочної залози в термінальній стадії, з вираженим больовим синдромом. Поріг больової чутливості нижче:

A ) У жінок

B ) У чоловіків

C ) Відмінностей не виявляється

D ) У жінок з переважанням фемінінних властивостей

E ) У жінок з підвищеною маскулінізацією

Завдання №52 . На консультації у дерматолога мати з 12-річною дівчинкою, яка страждає на вугрову хворобу. Мати стурбована тим, що дочка відмовляється ходити до школи, бо однокласники її дражнять, не хочуть спілкуватися з нею. Настрій дитини знижений, заявляє, що вона "потворна". Яка патологія для підлітків є найважчою у психологічному відношенні:

A ) Сексуальні розлади

B ) Захворювання, що змінюють зовнішність

C ) Онкологічні захворювання

D ) Інфаркт

E ) Інсульт

Завдання №53 . Пацієнтка Ф. 43 л, протягом останніх 2-х місяців регулярно відвідує хірурга, наполягаючи на проведенні оперативного втручання з приводу патології шлунка, не дивлячись на аргументований висновок лікарського консиліуму про недоцільність проведення даного виду лікування. Постійне та непереборне бажання людини піддаватися хірургічним операціям з приводу уявних проявів хвороби називається:

A ) симуляцією

B ) аграційним синдромом

C ) іпохондричний синдром

D ) синдромом Ашафенбурга

E ) синдромом Мюнхаузена

Завдання №54 . Пацієнтка С., 17 л., звернулася до психотерапевта з приводу страху мови. Логофобія зустрічається при:

A ) шизофренії

B ) цукровому діабеті

C ) заїкання

D ) гіперкінетичному синдромі

E ) аутизм

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ, СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, ТАНАТОЛОГІЇ ТА ЕВТАНАЗІЇ**

Актуальність теми : Проблема залежної поведінки в результаті вживання психоактивних речовин, патологічної схильності до надцінних захоплень, порушення харчової поведінки, суїцидальна поведінка, танатології та евтаназії є однією з основних медико – соціальних проблем сучасного світу.

Найбільш значущими факторами, що зумовлюють зростання залежної поведінки, є процеси урбанізації, стресогенні події, підвищення середньої тривалості життя, міграція населення тощо. Залежне поведінка тягне у себе наслідки як медичного, а й соціального порядку.

Висока поширеність цієї патології, мало вивчені чинники залежності, залучення у залежне поведінка осіб молодого віку, значне зниження якості життя та соціального функціонування цієї категорії пацієнтів, зумовлює актуальність вивчення цієї теми.

Загальна мета : вміти аналізувати психологічні аспекти та визначати основні форми залежної, суїцидальної поведінки, танатології та евтаназії.

|  |  |
| --- | --- |
| Конкретні цілі: вміти | Цілі вихідного рівня |
| 1. Аналізувати психологічні аспекти залежність від психоактивних речовин. | 1.Виявляти анатомічні утворення головного мозку та біологічно активні речовини, що відповідають за формування емоцій та поведінку людини (кафедра анатомії, кафедра фізіології). |
| 2. Визначати основні види надцінних захоплень (гемблінг, комп'ютерна залежність, Інтернет – залежність), аналізувати психологічні аспекти формування. | 2. Визначати з погляду філософії поняття «буття», «смерть», «самовбивство» тощо. |
| 3. Виявляти основні форми залежності харчової поведінки (нервова анорексія, булімія, ненажерливість), а також основні психологічні фактори їх виникнення. | 3. Проводити анамнестичне та клінічне дослідження хворих із соматичною патологією (кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб). |
| 4. Виявляти ознаки суїцидальної поведінки, знати різновиди суїцидальної поведінки, мотиви та цілі суїциду. Своєчасно розпізнавати суїцидальні думки та наміри. Визначати роль соціальних служб за суїцидальних тенденцій. Визначати особливості суїцидальної поведінки у соматичних хворих (при злоякісних пухлинах, ВІЛ – інфекції, СНІД, уроджених та набутих фізичних дефектах). | 4. Проводити патопсихологічне дослідження емоцій за допомогою опитувальника рівня тривожності Спілбергера-Ханіна та рівня депресії Зунга (кафедра загальної психології) |
| 5. Визначати психологічні аспекти вмирання та смерті. Визначати морально – етичні, юридичні аспекти евтаназії. | 5. Визначати обсяг необхідних додаткових клінічних та інструментальних методів дослідження та інтерпретувати отримані результати (кафедра променевої анатомії) |
|  | 6. Визначати механізм дії та точки застосування психотропних лікарських засобів (кафедра фармакології) |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонується виконати такі завдання:

Завдання №55. Пацієнтка Л., 30 років на прийомі у психотерапевта скаржиться на знижений настрій, відчуття туги та смутку, суїцидальні висловлювання, зниження працездатності, порушення сну. Що є анатомічним субстратом формування негативних емоцій у цієї пацієнтки?

А) Лімбічна система

В) Ретикулярна формація

С) Чорна субстанція

D) Екстрапірамідна система

Е) Довгий мозок

Завдання №56. Хворий 30 років. На прийом до терапевта доставлено батьками. За їхніми словами у хворого протягом місяця спостерігається безсоння, депресія. При огляді: зіниці розширені, на світло не реагують, відзначається сльозотеча, нежить і чхання, гусяча шкіра, м'язи напружені. Консультація якого спеціаліста допоможе уточнити діагноз:

А) Психіатра

В) Невролога

З) Інфекціоніста

 D ) Нарколога

Е) Реаніматолога

Завдання №57. Для лікування нервової анорексії хворого було призначено флуоксетин. До якої групи лікарських препаратів належить цей засіб:

А) Транквілізатор.

В) Антидепресант.

С) Антипсихотик.

 D ) Психостимулятор.

Е) Ноотроп.

Завдання №58. Хворий Т. 55 років знаходиться на лікуванні в кардіологічному відділенні з приводу ІХС: стенокардії напруги ФК II . Напередодні у хворого зник апетит, порушився сон, став млявим, з'явилася байдужість та апатія до всього, виникли думки провини. Лікар за рекомендацією психотерапевта призначив амітриптілін. Назвіть механізм дії цього препарату:

А) Пресинаптична стимуляція викиду серотоніну та норадреналіну

В) Інгібування зворотного захоплення серотоніну

С) Інгібування зворотного захоплення норадреналіну

D) Необоротне інгібування ферменту моноаміноксидази (МАО)

Е) Стимуляція ферменту моноаміноксидази (МАО)

Завдання №59. Хворий 40 років. Зловживає алкоголем 20 років. Неодноразово лікувався у психіатричній лікарні. Через пияцтво втратив роботу, сім'ю. Рік тому намагався зробити суїцидальну спробу. Хворий знаходиться в терапевтичному відділенні з діагнозом: хр.гепатит, виразкова хвороба 12-палої кишки, хр.панкреатит. На момент огляду фон настрою знижений, рухова активність різко обмежена. Висловлює суїцидальні думки. Ваша тактика щодо цього хворого.

А) Невідкладна госпіталізація до психіатричного стаціонару

В) Планове лікування у наркологічному стаціонарі

З) Амбулаторне лікування під наглядом дільничного психіатра

 D ) Планове лікування у терапевтичному відділенні після консультації психіатра

Е) Амбулаторне лікування під наглядом дільничного нарколога

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996,

стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

ЗМІСТ НАВЧАННЯ

Граф логічної структури теми «Психологічні аспекти залежної, суїцидальної поведінки, танатології та евтаназії» представлено на наступній сторінці.

 **Психологічні аспекти залежності від психоактивних речовин**

Проблема залежності від психоактивних речовин (ПАР) є однією з гострих медико-соціальних проблем сучасного світу. За оцінками зарубіжних дослідників використовують ПАР та відчувають залежність від них близько 13% населення. Більшість ПАР можуть за її прийомі викликати різні соматичні, неврологічні, психічні порушення, що зумовлює соціальної дезадаптації. Медичні наслідки залежності від ПАР визначаються, головним чином, скороченням тривалості життя внаслідок високої смертності.

На даний момент існують різні психологічні теорії розвитку, залежно від ПАР (психоаналітична, теорія дитинства, соціокультуральна, особливості будови особистості). Великий внесок у вивчення психологічних аспектів залежності від ПАР зробили психоаналітично орієнтовані дослідники, які вважали, що причини виникнення залежності визначаються з порушенням

Граф 6

дитячого розвитку Найчастіше вони пов'язували наркоманію з фіксацією (збої у розвитку інстинктів) на оральної стадії психосексуального розвитку. Така фіксація могла статися через специфічні відносини дитини та матері на першому році життя. Мати такої дитини не в змозі задовольнити її потреби, і, отже, дитина постійно перебувала у стані фрустрації. Надалі така дитина починає вдаватися до вживання ПАР для захисту свого ЕГО, причому доступ до своїх почуттів у нього закритий, а отже, внутрішня напруга дуже висока.

З погляду психоаналізу залежність від ПАР — це латентний суїцид, тобто це спроба накласти на себе руки, розтягнута в часі. ПАР у такому разі використовується як засіб самознищення. Сам же суїцид — це спроба уникнення хвороби або прагнення подолати внутрішні протиріччя.

Ще один аспект, якому приділяють увагу психоаналізі — це ідентичність. Складнощі у формуванні власної ідентичності, її порушення можуть стати додатковим фактором ризику формування залежної поведінки.

Психологічна теорія дитинства вивчає обстановку у ній, стиль сімейних відносин, які були визначальними для формування залежності від ПАР. Аналіз стилю виховання, побудови кордонів сім'ї, комунікацій у сім'ї, сімейних ролей дозволяє зробити припущення про фактори ризику розвитку нервово-психічних захворювань, залежностей тощо. сім'ї з несприятливими умовами, самі створюють таку саму сім'ю.

p align="justify"> При формуванні залежності від ПАР велике значення мають особистісні особливості людини. Одна з індивідуальних характеристик, що має велике значення по відношенню до прийому ПАР, — це пошук відчуттів чи потреба у різних, нових, складних відчуттях і переживаннях і здатність піддаватися фізичному та соціальному ризику задля пошуку цих відчуттів. Існує чотири різні аспекти пошуку відчуттів: пошук «збудження» пригод, потреба у новому досвіді, розгальмовування та «нудьга» сприйняття. Пошук відчуттів є одним із джерел відмінності у сприйнятті наркотику різними людьми, також він відображає високий ступінь чутливості людини до приємних ефектів ПАР.

Соціокультуральна теорія пов'язує поширення девіантних форм поведінки (залежність від ПАР) з явищем соціальної аномії - стану відсутності соціальних цінностей, «безнормність», властиві перехідним періодам, коли старі цінності не існують, а нова система і цінностей ще сформована. Аномія негативно впливає на процеси розвитку суспільства, вона посилюється в період реорганізації суспільства, а саме у зв'язку як з суспільними регресіями, так і з швидкими прогресивними процесами.

Останнім часом у суспільстві відбуваються дуже різкі зміни, тому людям стає складно оцінювати ситуацію, особливо молоді. На цьому тлі відбувається швидка наркотизація окремих осіб, що ще раз доводить вплив макросоціальних факторів на ризик виникнення залежності від ПАР.

Через війну різких змін у суспільстві починається руйнація соціальних взаємовідносин, у тому числі найважливішим є сімейні відносини. Дезінтеграція сім'ї — це наслідок громадських процесів, а й причина майбутнього стану суспільства, оскільки сім'я найбільше відповідає за соціалізацію дитини. Ослаблення функції сім'ї може спричинити формування девіантної поведінки, зокрема і залежність від ПАР.

Через ослаблення суспільних відносин зросли роль та значення молодіжних груп. По суті, вони перетворилися на середовище первинної соціалізації, але при цьому вони не здатні засвоювати суспільні норми повністю та адекватно вимогам соціуму. Молодіжна субкультура часом має дезінтегруючий характер і сприяє формуванню девіацій.

Негативний соціокультурний вплив молодіжних об'єднань проявляється у таких формах:

1. все більшого впливу набувають групи, що утворюються спонтанним шляхом у безконтрольному оточенні (вулиця, місця розваг тощо);
2. у молодіжній групі часто домінує система відносин приятельського рівня (все далі відтісняється «дружба» у її традиційному розумінні), групи набувають значних розмірів, що виключає переживання інтимності, довірливості;
3. внутрішньогрупові зв'язки амбівалентні або нейтральні; у спонтанно утворених, досить багатолюдних групах багато підлітків, які реалізують «общинну самотність», чи самотність у натовпі;
4. молодіжні групи часто побудовані ієрархічно та охоплюють людей різного віку, що сприяє вибудову системи влади та підпорядкування; негативні звички та поведінка старших стає нормою для всіх, що призводить до прискорення девіантної «кар'єри» молодших;
5. життя молодіжних груп насичене конфліктами, як усередині, так і за її межами; часто конфлікти між групами переростають у агресію; міжгруповим відносинам високою мірою притаманні явища відкидання, нетерпимості, спосіб мислення, заснований на упередженні та дискримінації;
6. характерним для молодіжних груп є питання кохання; при виборі особистого партнера не береться до уваги його причетність до будь-якої форми девіації, отже, швидко поширюється секс, що, своєю чергою, негативно впливає в емоційному, психічному та соціальному плані.

Критичним моментом для залучення до ПАР є перехід від підліткового віку до юнацького. Саме в цей час пробують наркотики та алкоголь майже половина всіх залежних від ПАР особистостей. Навпаки, у 20 років зловживають ПАР майже 9/10 всіх хоча б одного разу пробували їх.

Важливим фактором формування залежності від ПАР є цінність здоров'я. За даними соціологів, громадська цінність здоров'я досить висока: з 10 життєвих цінностей «здоров'я» — третє, після «роботи» та «сім'ї». Однак здоров'я цінується як засіб досягнення життєвих цілей та матеріальних благ, а не як засіб прожити якнайдовше і повноцінніше. Відносно високий рейтинг здоров'я ще не означає обов'язкової самозбережної поведінки.

Існують переконливі докази, що алкоголізм не зустрічається у сім'ях, де дітей привчають пов'язувати випивку (зазвичай вино) з особливими обставинами. Діти таким чином навчаються пити з належною помірністю. У таких сім'ях пияцтво не розглядається як ознака сили та мужності, а зневажається як слабкість. У той же час безкомпромісне неприйняття алкоголю матір'ю або батьком може сприяти розвитку алкоголізму, оскільки не дозволяє «навчити» дітей належного використання та вживання алкоголю.

Однією з причин залежності від ПАР є гіпо-або гіперопіка дитини батьками. У разі гіпоопіки батьки практично не цікавляться своєю дитиною. У таких дітей знижена самооцінка, наявні комплекси неповноцінності, вони переживають почуття помсти та ненависті до дорослих. Відкидання, холодність, відсутність тепла і ласки з боку батьків спочатку травмують дитину, а потім запекли її, підштовхують до пошуку «іншого життя», іншого суспільства. Дуже часто такі діти звертаються до ПАР або ж намагаються накласти на себе руки, оскільки не можуть зрозуміти причини холодного ставлення батьків.

У разі гіперопіки за дитиною, батьки постійно наглядають за нею, приділяють надмірно багато уваги, відмовляють у самостійності. Життя гіперопікуваного дитини повністю контролюється його батьками, а коли він починає дорослішати, така надтурбота стає йому в тягар. Дитина намагається здобути самостійність будь-яким доступним способом, тому вона свідомо йде на конфлікти з сім'єю, демонстративно порушує норми поведінки, які йому наказують. Для такої дитини ПАР може стати єдиним аспектом життя, над яким, як йому здається, він має повну владу.

Ще одним наслідком гіперопіки є інфантилізм. Інфантильна дитина легко підпадає під вплив більш досвідчених товаришів, її легко умовити спробувати алкоголь та наркотики, а також підбити на якусь витівку.

Інший варіант гіперопеки - це загальний улюбленець, об'єкт загального поклоніння та захоплення, єдина дитина у великій родині. Для такої дитини звичні вседозволеність, необмежена влада над дорослими, які її ніколи не покарають і не сварять. Дуже часто такі діти демонстративні, намагаються справити сильне враження на оточуючих, для них характерне бажання бути кращим за всіх, що в свою чергу може призвести до наркотизації чи алкоголізму (наприклад, за бажання всіх перепити чи спробувати).

Ще одним психологічним фактором, що провокує розвиток залежності, може бути вплив середовища проживання та наявність доступу до наркотичних речовин. Для підлітків при долученні до ПАР найбільше значення має досвід однолітків. Важливим компонентом може бути і мода на вживання наркотичної речовини (наприклад, мода на екстазі та галюциногени у клубній хаус-культурі).

Дуже важливим мотивом вживання ПАР є очікування від вживання наркотику чи алкоголю чогось, тобто передчуття наркотичної речовини. Ці очікування базуються на попередніх враженнях від ефектів будь-яких ПАВ, що застосовувалися. Ці враження можуть бути прямими (якщо людина сама вживала ПАР) або непрямими (якщо людина дізналася про дію речовини та її ефекти з інструкції, від друзів, що пробували, по телевізору, з книги і т.д.). Часто очікування людей щодо ПАР є визначальними у їх сприйнятті та ставлення до наркотику. В окремих випадках це може впливати навіть сильніше, ніж фармакологічна дія ПАР (у деяких випадках введення наркоману плацебо призводило до полегшення чи навіть повного зняття симптомів синдрому відміни). Передчуття ефекту ПАР виявляється більш помітним у поведінці чи емоціях, які суспільство не відносить до звичайних відчуттів, наприклад, агресії, підвищеної сексуальності, ейфорії. Наприклад, люди, які вірять у те, що героїн дає розслаблюючий ефект, почуття м'якості, спокою, будуть відчувати ці ефекти швидше завдяки тому, що вони очікують на це, ніж специфічний вплив опіатів. Повернення після тривалої помірності до обстановки, що асоціюється із вживанням наркотиків, може спровокувати появу симптомів абстиненції та поведінки, спрямованої на пошук ПАР.

Дослідження психологічних причин виникнення залежності від ПАР внаслідок особливостей будови особистості людини переважно пов'язане з його преморбідними особливостями. Існує особливий тип особистісної конституції, психічні аномалії, що є передумовою формування залежної поведінки при першому знайомстві з ПАР. Було показано, більшість осіб, які вживали опіоїди до формування залежності від ПАР, відповідають психопатичним чи акцентуированным особам.

У деяких збудливих особистостей це нерідко штовхає їх до наркотиків і алкоголю, або до самогубства. Інший тип акцентуації характеру, який може бути чинником ризику, — це демонстративний. Демонстративні особистості насамперед характеризуються дуже високою здатністю до витіснення. Тому, з одного боку, вони часто добре пристосовані до навколишнього світу, з другого — істеричні риси сприяють формуванню асоціальної поведінки. Демонстративні та істеричні особистості схильні витісняти неприємні думки, які могли б спонукати їх до активних роздумів, оскільки вони не бажають нічим обтяжувати себе. Саме ця риса може сприяти розвитку наркоманії у тяжкій формі, тому що аж до останнього моменту демонстративна особистість робитиме все для того, щоб уникнути усвідомлення свого захворювання.

Люди з акцентуацією характеру циклоїдного типу особливості поведінки залежить від фази. У гіпертимній фазі вона нічим не відрізняється від поведінки гіпертимних підлітків. У субдепресивній фазі можлива суїцидальна поведінка. У емоційно-лабільних підлітків найбільш значимі афективні реакції. Вони використовують ПАР, як засіб уникнути проблем.

Для шизоїдних підлітків існує певний ризик формування залежності. Особливо привабливі для них ті речовини, які сприяють аутистичного фантазування або полегшують контакти з однолітками. Епілептоїдна акцентуація сама по собі визначає ризик самодеструктивної (адиктивної) поведінки. Від перших сп'янінь може прокинутися бажання напиватися до «відключення». ПАР часто бояться, але якщо починають їх приймати, то патологічний потяг до них проявляється швидко та сильно. Тому серед підлітків-наркоманів та токсикоманів епілептоїди становлять значну частину. Істероїдні підлітки схильні до демонстраційних акцій, тому, бажаючи продемонструвати вміння багато пити або вживання модних наркотичних препаратів, можуть стати залежними (за умови частого повторення такої поведінки). При нестійкому типі акцентуації характеру головною життєвою установкою є пошук задоволення завжди та скрізь. Саме ця гедоністична установка створює високий ризик формування наркоманії та алкоголізму.

Для людей з підвищеним ризиком залежно від ПАР характерні такі особистісні риси, як емоційна холодність, егоцентризм, низький самоконтроль та ворожість. У них є тривога, стрес, викликані небажаними обмеженнями чи заборонами: індивід опирається тиску ззовні, хоче вільно слідувати своїм бажанням і подолати відчуття порожнечі та розриву з іншими людьми. У них виражена гедонічна мотивація, схильність до захоплень, успіху, насиченого цікавого життя.

Таким чином, психологічні причини розвитку залежності від ПАР полягають у неправильному розвитку у дитячому віці. Очевидно, порушення розвитку дитячому віці грають вирішальну роль формуванні будь-якої форми дезадаптивного поведінки, зокрема і залежність від ПАР. При цьому все зростаюча соціальна нестабільність посилює ці порушення та негативні тенденції розвитку особистості. Ймовірно, із цим пов'язане зростання залежності від ПАР у нашій країні в останнє десятиліття.

 **Надцінні захоплення**

**Гемблінг**

*Гемблінг (лудоманія, ігроманія)* – це патологічна схильність до азартних ігор. Поширеність цього розладу становить близько 1%. Патологічна схильність до азартних ігор зазвичай розвивається в ранньому підлітковому віці у чоловіків (пізніше у жінок) і має хронічний прогресуючий перебіг з періодами утримання від ігор і з рецидивами, що чергуються. В даний час схильність до азартних ігор найбільш поширена серед чоловіків. Жінки зазвичай починають захоплюватися азартними іграми у старшому віці, ніж чоловіки, але вони швидше формуються пов'язані з нею проблеми.

Азартна гра - поширене, соціально прийнятне та легальне заняття у більшості культур світу. Це може бути гра зі ставкою на щось цінне (зазвичай гроші) або те, що станеться подія, результат якої непередбачуваний і зумовлюється випадковістю. Різні типи азартних ігор, зазвичай доступні в нашій країні, - це національна лотерея, скретч-карти, азартні ігри по Інтернету, ігри в казино, ставки під час спортивних змагань, бінго, гральні автомати та укладання парі в приватному порядку.

Для переважної більшості людей азартна гра – це рекреаційне заняття без несприятливих наслідків. Однак для значної меншості вона прогресує до патологічної схильності до азартних ігор, яка визначається в МКБ-10 як "стійка і рецидивна дезадаптивна поведінка, яка порушує виконання особистих, сімейних або професійних обов'язків".

Участь в азартних іграх у цій групі має сильний зв'язок зі зловживанням ПАР, а також депресією. Крім того, отримані дані про зв'язок між раннім початком участі в азартних іграх та більш тяжкою подальшою схильністю до них та більш несприятливими наслідками. До інших популяцій ризику відносяться етнічні меншини, особи з низьким соціально-економічним статусом, а також особи з психічними порушеннями або проблеми, пов'язані зі зловживанням ПАР.

 Гемблінг може мати несприятливі наслідки для індивіда, сім'ї та суспільства, крім того, при цьому розладі спостерігаються високі показники супутніх психічних захворювань. Раннє виявлення та належне лікування можуть обмежувати віддалені несприятливі наслідки та покращувати результат.

 Ігроманія несприятливо впливає на індивіда, сім'ю та суспільство. Серед азартних гравців відзначається висока частота різних психосоматичних розладів та порушень у психічній сфері, наприклад афективні та тривожні розлади, зловживання ПАР та розлади особистості. Надмірно виражена схильність до азартних ігор може суттєво впливати на фінансове становище індивіда, часто призводячи до великих боргів, злиднів і навіть до банкрутства. Щоб “фінансувати” свою згубну звичку, деякі вдаються до кримінальної діяльності, починаючи від крадіжок, проституції та закінчуючи злочинами із застосуванням насильства із явними юридичними наслідками. Схильність до азартних ігор може також несприятливо впливати на міжособистісні стосунки азартного гравця та призводити до проблем у взаєминах, ігнорування сім'ї, домашнього насильства та жорстокого поводження з дитиною. Встановлено, що у дітей батьків із патологічною схильністю до азартних ігор підвищений ризик порушень у поведінці, розвитку депресії та зловживання ПАР. Тягар, який несе суспільство через осіб, схильних до азартних ігор, включає витрати, зумовлені кримінальною поведінкою азартних гравців, та різні витрати на медичну та соціальну допомогу.

У ігроманів відзначається високий інтелект, велика енергія при вузькому колі інтересів, трудоголізм, авантюризм, максималізм, надмірна критичність по відношенню до близьких і друзів, водночас схильність уникати серйозних конфліктів за допомогою спотворення фактів і брехні. Вони відрізняються жаданням гострих відчуттів, сильною потребою у визнанні оточуючих, непокірливістю, забобонністю.

Азартні гравці нудьгують у звичайній компанії і часто після роботи продовжують ділові переговори телефоном. Ці люди – добрі організатори, але погані виконавці, вони генерують ідеї, але не втілюють їх. Вони не збирають грошей, а витрачають їх, якщо займають - то в максимальних кількостях і з частотою, що наростає. Їм властива фетишизація грошей, які вони сприймають як джерело своїх проблем і в той же час як спосіб їх вирішення. Фетишем може стати улюблений ігровий автомат - "мій", "чесніший", "який колись віддасть вкладені гроші".

Виділяються такі ознаки, характерні для гемблінгу, як різновиду адиктивного типу девіантної поведінки:

1. Постійне залучення, збільшення часу, що проводиться в ситуації гри.

2. Зміна кола інтересів, витіснення колишніх мотивацій ігрової діяльності, постійні думки про гру, переважання в уяві ситуацій, пов'язаних із ігровими комбінаціями.

3. "Втрата контролю", що виражається в нездатності припинити гру як після великого виграшу, так і після постійних програшів.

4. Поява станів психологічного дискомфорту, дратівливості, занепокоєння (т.зв. «сухої абстиненції») через короткі проміжки часу після чергової участі у грі з важкою подоланням бажання приступити до гри («ігровим драйвом»).

5. Збільшення частоти участі у грі та прагнення все більш високого ризику.

6. Наростання зниження здатності чинити опір спокусі («зниження ігрової толерантності») відновити гру.

**Комп'ютерна залежність**

Залучення до цього виду гемлінгу починається з дитячого віку шляхом відеоігор. У відеоіграх виграшем є кожен бонус, що дає "додаткове життя", успішне проходження одного рівня дає гравцеві перепустку на наступний рівень, а вдале завершення всієї гри - звання переможця. При цьому гроші поки що не потрібні, ризик лише віртуальний за рахунок ідентифікації з героєм. І батьки задоволені - вулицею дитина не тиняється, та й до техніки долучається - стане в нагоді.

У 65% дітей розвивається феномен "уявного друга" (однолітків, тварин, неживих істот), при цьому реальне спілкування зводиться до мінімуму. Вони присвячують своєму захопленню весь вільний час, витрачають кишенькові гроші на купівлю чергового компакт-диска або модернізацію комп'ютера. Під час бесіди діти пожвавлюються лише при торканні тем, пов'язаних з комп'ютером, при цьому стають екзальтованими, подовгу і з багатьма подробицями описують якусь відеогру, ніби граючи в неї в цей момент. Спроби дорослих обмежити час, що проводиться дитиною за комп'ютером, викликають у нього бурхливий протест; вимушений простий супроводжується почуттям нудьги та спустошеності. Дитина запускає навчання, починає пропадати у знайомих, які мають комп'ютер, незважаючи на зростаюче невдоволення господарів та заборону своїх батьків.

У дорослих користувачів при роботі на комп'ютері виявлено емоційні стани, характерні для спілкування зі значущою іншою людиною: азарт, зосередженість, рішучість, цікавість і зацікавленість, полегшення, задоволення, задоволення, радість, захоплення та захоплення, гарний настрій, подив, розгубленість та замішання хвилювання і занепокоєння, невпевненість, розчарування, засмучення, незадоволеність і невдоволення, злість, тривога та переляк.

Приємні переживання частіше спостерігаються у підлітків та юнаків. У молодих людей з'являються зосередженість, хвилювання та занепокоєння.
У походження комп'ютерної залежності важливу роль відіграє віртуальна реальність, що забезпечує тотальне насичення зорового, слухового та кінестетичного аналізаторів і таким чином, що становить потужну конкуренцію істинної реальності. Причому межа між цими реальностями розмивається завдяки діям, спрямованим на сам комп'ютер та навколишні об'єкти. Крім того, робота на комп'ютері пов'язана з додатковою емоційною напругою через часті збої, зумовлені змістом роботи, управлінням комп'ютером або недосконалістю існуючих технічних пристроїв.

**Інтернет – залежність**

Останніми роками у зв'язку з розвитком Інтернету виникла нова залежність – Інтернет - адикція. Вона розвивається у 25% користувачів протягом першого півріччя, у 58% – протягом другого півріччя.

Найчастіше використовують чати (37%), MUDs (28%), телеконференції (15%), e-mail (13%), WWW (7%), інформаційні протоколи (ftp, goper) (2%). Інтернет – незалежні користуються переважно тими аспектами Інтернет, які дозволяють їм збирати інформацію та підтримувати раніше встановлені знайомства. Інтернет - залежні переважно користуються тими аспектами Інтернету, які дозволяють їм зустрічатися, соціалізуватися та обмінюватися ідеями з новими людьми у віртуальному просторі. Тобто більшість Інтернет-залежних користується сервісами, пов'язаними зі спілкуванням.
Інтернет-залежні особи користуються мережею для отримання соціальної підтримки (за рахунок приналежності до певної соціальної групи: участі у чаті або телеконференції); сексуальне задоволення; можливості створення віртуального героя (створення нового "Я"), що викликає певну реакцію оточуючих, отримання визнання оточуючих. Багато користувачів мережі починають відчувати азарт, перебуваючи в Інтернеті. Бажання завести якомога більше знайомих або завантажити якнайбільше цікавої інформації змушує їх перебувати у віртуальному просторі всю ніч (інтернет у цей час коштує дешевше і, як правило, гарний зв'язок). Існує чотири ознаки інтернет-залежності: нав'язливе бажання перевірити e-mail;
2) постійне бажання наступного виходу до Інтернету; 3) скарги оточуючих на те, що людина проводить надто багато

часу в «інтернет»

4) скарги оточуючих на те, що людина витрачає надто багато грошей на інтернет.

Припинення або скорочення часу, що проводиться в Інтернет, призводить користувача до поганого самопочуття, яке розвивається протягом декількох днів до місяця і виражається двома або більше факторами: емоційне і рухове збудження, тривога, нав'язливі роздуми про те, що зараз відбувається в Інтернет, фантазії та мрії про Інтернет, довільні чи мимовільні рухи пальцями, що нагадують друкування на клавіатурі.

**Залежність харчової поведінки**

Харчова поведінка людини оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна залежно від безлічі параметрів, зокрема, від місця, що займається процесом прийому їжі в ієрархії цінностей індивіда, від кількісних та якісних показників харчування, від естетики. Суттєвим є вплив етнокультуральних факторів на вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу. Одвічним питанням про цінність харчування стає питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («є, щоб жити або жити, щоб їсти»), врахування ролі харчової поведінки оточуючих для становлення деяких особистісних характеристик (наприклад, гостинність).

Під **харчовим поведінкою** розуміється ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у звичайних умовах й у ситуації стресу, орієнтація образ свого тіла та діяльність із його формуванню.

Враховуючи значний вплив на оцінку адекватності харчової поведінки транскультуральних особливостей людини, вкажемо, що значущість їжі в різних культурах і у людей різних національностей різниться. Так, відповідно до диференціально-аналітичної концепції, харчування є однією з основних складових східної психологічної моделі цінностей, в рамках якої виробляється власний образ краси тіла (як правило, привабливіше і здоровіше розглядається повна, вгодована людина з добрим апетитом) і ставлення до того, як і скільки їсть дитина чи доросла. Нормальною поведінкою під час стресу розглядається підвищення апетиту та посилене харчування («спочатку співаєш — потім поговоримо про проблеми») тощо. *феномен «заїдання стресу».* На рівні побутових відносин оцінка найвищого ступеня гостинності пов'язана з наданням великої кількості продуктів харчування. У західній психологічної моделі цінностей харчування саме собою не є цінністю і гостинність не включає обов'язково процес харчування. Цінністю є контроль за прийомом їжі, орієнтація на інші стандарти краси та естетики - стрункість, худорлявість, спортивність на противагу вгодованості в рамках східної моделі. У зв'язку з подібними транскультуральними різночитаннями девіантна харчова поведінка обов'язково має враховувати етнокультуральний стереотип харчової поведінки оточення людини.

Основними порушеннями харчової поведінки вважаються: *нервова анорексія та нервова булімія.* Спільними для них є такі параметри, як:

• стурбованість контролюванням ваги власного тіла

• спотворення образу свого тіла

• зміна цінності харчування у ієрархії цінностей.

Основну роль розвитку порушення харчового поведінки грають різні психологічні чинники.Однією з гіпотез поширення порушень харчової поведінки є величезний вплив суспільства на норми та цінності індивіда. Останні десятиліття наше суспільство віддає перевагу худорлявості. Під впливом західної культури у свідомості людей міцно закріплений стереотип про те, що бути худим означає бути успішним, здоровим, привабливим і дисциплінованим. Повнота асоціюється з непривабливістю, лінощами, некомпетентністю. Худоба сприймається як показник успішності людини, тоді як зайва вага символізує відсутність самоповаги.

Існує думка, що збільшення кількості харчових розладів за останні 40-50 років пов'язане з дедалі більшим поширенням у суспільстві ідеалу худорлявості. Ця думка ґрунтується на зайвому занепокоєнні пацієнтів з булімією та анорексією своєю вагою та тілом. Однак практично кожній людині властиво турбуватися про свій зовнішній вигляд. Наше суспільство загалом, і які страждають на булімію зокрема, приділяють велику увагу зовнішньої привабливості. Соціум схильний оцінювати людей на їхній зовнішній вигляд, не приділяючи уваги внутрішньому світу людини, якщо нас не приваблює його зовнішність.

Звідси випливає припущення, що саме через прийняті в суспільстві ролі та стереотипи, харчовими розладами страждають в основному жінки, тоді як чоловіки схильні до [трудоголізму](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC) . Пріоритети в суспільстві такі, що жінка має бути привабливою зовні для успішної взаємодії з чоловічою статтю, тоді як чоловік повинен бути насамперед реалізований соціально, у суспільстві та на роботі. Обидва ці захворювання можна розцінювати як гіперболізацію прийнятих у соціумі цінностей.

Однак, як і при розгляді гіпотези порушення метаболічного обміну як основна теорія виникнення порушень харчової поведінки, критика даного підходу зумовлена, перш за все одним питанням — чому ж, якщо зовнішньою привабливістю стурбований кожен індивід, і кожна жінка прагне бути бажаною для протилежної статі, далеко на кожна хворіє на анорексію чи булімію? Очевидно, що на перший план виступають особистісні особливості хворих, які страждають на розлад харчової поведінки.

Дослідженню особистісних особливостей людей, які страждають на порушення харчової поведінки, а також специфіку їх життєвої ситуації присвячено безліч робіт. Розлади харчової поведінки значно частіше зустрічаються у жінок (у порівнянні з чоловіками як 6:1 - 10:1), що пояснюється деякими дослідниками як результат більшої частоти раннього використання дієт.

Багато дослідників підкреслюють особливості дитячої та сімейної ситуації осіб, які страждають на порушення харчової поведінки. Жінки, які страждають на булімію та нервову анорексію, як правило, описують відносини з обома батьками негативно. Було виявлено, що пацієнтки з порушенням харчової поведінки здебільшого відзначають низький рівень батьківського піклування. Батьки, як правило, описувалися як емоційно стримані та відкидають. Матері характеризувались як домінуючі, цвіркуючі та схильні до перфекціонізму. У дитинстві пацієнтки отримували від батьків «подвійну інформацію» про своє ставлення до дочки. З одного боку, їх підтримували, з іншого боку, підривали впевненість у собі. Внаслідок такої взаємодії у дівчаток з'являлося почуття роздвоєння, невідповідності очікуванням батьків.

Однією з провідних проблем відносин із батьками у пацієнток із порушенням харчової поведінки є проблема відокремлення від сім'ї та становлення незалежності. Жінки, які страждають на порушення харчової поведінки, реагують на передбачуване відділення від близьких дуже бурхливо, навіть неадекватно, в порівнянні з людьми, які не страждають на порушення харчової поведінки. Також вони описують своїх батьків як дочок, що не підтримують спроби бути незалежними. Ті, хто страждає на анорексію, схильні до залежності від батьків, прагнення стати якнайгірше розцінюється як спроба повернутися дитячий інфантильний стан. Як правило, анорексія є етапом булімічної симптоматики, і обидва захворювання хіба що перешкоджають становленню зрілої дорослої особистості, виникаючи у свою чергу на ґрунті знову ж таки недостатньої особистісної зрілості та незалежності.

Згадуючи своє дитинство, пацієнти з анорексією говорять про себе як дуже слухняних, зразкових дітей. Вони намагалися робити те, чого від них чекали оточуючі. Життя пацієнтки, що страждає на анорексію, пронизане прагненням зробити все так, щоб оточуючі це схвалили. Завжди є тривога про те, що якщо щось зробити не так, як цього очікують інші, то шанси бути коханою і шановною дуже малі. Багато дорослих відчувають подібні тривоги, але для пацієнтів з анорексією ці переживання визначають усе їхнє життя. Анорексія - це спосіб залишатися залежною дитиною, позбавляючи своє тіло можливості набувати дорослих обрисів, а тим самим і відповідальності, яка неминуче приходить у міру дорослішання.

Батьки хворих на анорексію часто описуються як вкрай вимогливі, з одного боку прагнучи мати ідеальну дитину, з іншого — не надаючи їй достатньої підтримки і не висловлюючи любові та прихильності. Дитина не відчуває любові до себе як особистості. Але він бачить, що за якісь досягнення його хвалять та заохочують. Однак жодна успішність не призводить до формування стабільної самооцінки та контакту з батьками.

Анорексія дозволяє привернути до себе увагу, довести собі свою силу та здатність контролювати своє життя. Таким чином, жінки, у яких у дитинстві мали місце конфлікти, що стосуються дорослішання, сепарації, сексуальності, самооцінки та труднощів у регуляції психічної напруги, можливо, більш схильні до розвитку харчових порушень.

Для пацієнток, які страждають на булімію, також вкрай актуальною є тема залежності від позитивної оцінки оточуючих. Для стабілізації власної самооцінки, страждаючим булімією необхідно бути впевненими у схваленні оточуючих. Вони намагаються поводитися так, щоб відповідати очікуванням людей навколо них, власні бажання придушуються, відходять на друге місце, перше ж міцно займає бажання зробити щасливими оточуючих. Вони думають, що для того, щоби бути коханими, їм треба бути досконалими. Один із аспектів досконалості — це худорлявість. Їм важко приймати себе не такими, як очікується, і це ускладнює їхнє адекватне самосприйняття та взаємини. Так як пацієнти з булімією хочуть подобатися оточуючим, вони вважають за краще приховувати свої емоції; висловити злість означає образити когось, не сподобатися йому. Тому вони роблять багато того, чого б не хотіли робити, звідси низький рівень самовираження. Така поведінка, безсумнівно, сягає корінням в раннє дитинство.

Таким чином, ще однією характерною рисою хворих, які страждають на порушення харчової поведінки, є прагнення до перфекціонізму. Недостатньо теплі стосунки з батьками та проблеми з відокремленням від них призводять до нестійкості самооцінки та труднощів при формуванні зрілої, дорослої особистості. Звідси схильність до перфекціонізму, залежність від схвалення оточуючих. Часто пацієнтки з порушенням харчового описують себе як невдахи, які роблять все «недостатньо добре». Навіть багато працюючи чи навчаючись, вони ніколи не бувають задоволені собою в достатньому для задоволення зробленим ступенем, впевнені у власній цінності та значущості.

Бажання бути досконалими йде з недостатнього сформованого та незалежного образу себе. Неможливість бути кращою у всіх сферах життя викликає у пацієнток із порушенням харчової поведінки страх і тривогу, і єдиною ареною, на якій можливі реальні зміни – це тіло. Контролюючи свою вагу, пацієнтка з порушенням харчової поведінки каже собі — я контролюю своє життя, я — не невдаха!

У хворих булімією бажання досконалості приймає інший напрямок, коли справа стосується їжі — якщо я не можу бути гарною у сфері підтримки дієти, то нехай я буду огидна. Саме через перфекціонізм хворих з порушенням харчової поведінки спосіб корекції ваги через дієту так мало ефективний у більшості випадків: як правило, довго протриматися на дієті не вдається, і збій у режимі приймання їжі призводить до посилення почуття провини та дискомфорту, які усуваються тільки за допомогою їжі, через що коло «їжа — вина — їжа» замикається.

У багатьох пацієнток, які страждають на порушення харчової поведінки, протягом життя відбувалися тяжкі втрати, травми, щодо яких у них жінок зберігалася невирішеність ситуації. Вищеперелічені проблеми та особливості хворих, які страждають на порушення харчової поведінки, походять з дитячої ситуації. Тому необхідним є розгляд психоаналітичного підходу до цієї проблеми, як найбільш спрямованого на особливості дитинства пацієнтів.

У психоаналітичній концепції порушення харчової поведінки розглядаються як оральний регрес, процес їди інтерпретується як повернення до стану спокою та тепла біля матері. Більшість пацієнток описують процес їжі як «відчуття первинної гармонії», стан спокою, блаженства — схожий на стан немовляти після насичення молоком матері, що годує його. Прийняття їжі - це своєрідне повернення до ссання материнських грудей.

Таким чином, їжа сприймається як оральний спосіб компенсації. За спостереженнями клініцистів, більшість пацієнток з порушенням харчової поведінки або рано відібрано від грудей, або мали інші проблеми грудного вигодовування.

Оральна фіксація має відношення до формування різних особистісних структур, особливо гіпоманіакальної та істеричної. Вивчення цієї сфери порушення харчової поведінки необхідне виявлення схильності до розладів апетиту.

Когнітивна парадигма також визнає роль дитячої ситуації у розвитку порушення харчової поведінки, проте фокус досліджень у даному контексті спрямований на встановлення специфіки когнітивного рівня хворих на порушення харчової поведінки. Когнітивні порушення визнані одним із головних аспектів порушення харчової поведінки.

Нервова анорексія

Нервова анорексія ( [лат.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *anorexia nervosa* ) — розлад, що характеризується навмисним зниженням ваги, що викликається та/або підтримується самим пацієнтом.

Фактори ризику:

1. *Генетичні чинники.* Аналіз зчеплення генів у межах геному не виявив локусів для широкої діагностичної категорії нервової анорексії, проте аналіз родоводів як мінімум однієї пари родичів з обмежувальним типом нервової анорексії визначив зчеплення з хромосомою 1р34. Прагнення худоби і нав'язливість найбільш тісно пов'язані з нервовою анорексією, обумовлюючи нові генетичні локуси на хромосомах 1 для змішаного показника і 13 для прагнення худобі. Дослідження щодо вивчення зв'язків сфокусовані на вивченні генів, що мають відношення до специфічних нейрохімічних факторів харчової поведінки. Одним із таких кандидатів є НТR2A-ген серотонінового рецептора 5-НТ2А.

Ген мозкового нейротрофічного фактора (BDNF) також задіяний як ген сприйнятливості нервової анорексії. Цей білок бере участь у регулюванні харчової поведінки на рівні гіпоталамуса, у тому числі й у регулюванні рівня [серотоніну](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%BD) , зниження якого викликає депресію. Генетична вразливість, ймовірно, полягає у схильності до певного [типу особистості](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B8%D0%BF_%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8) , до психічного розладу ( [афективний розлад](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) або тривожний розлад) або дисфункції нейромедіаторних систем. Отже, генетична схильність та вразливість можуть проявитися у несприятливих умовах, наприклад, при неправильній дієті або після емоційного стресу.

2. *Біологічні чинники* - надмірна маса тіла та ранній наступ першої менструації. Крім того, причина захворювання може критися в дисфункції регулюючих харчова поведінка [нейромедіаторів](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80) , таких як серотонін, [дофамін](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD) , [норадреналін](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%BD) . Дослідження наочно продемонстрували дисфункцію всіх трьох зазначених вище медіаторів у пацієнтів із розладами харчової поведінки.

3. *Сімейні фактори* - більше шансів виникнення розладу харчової поведінки у тих, хто має родичів або близьких, які страждають на нервову анорексію, нервову булімію або [ожиріння](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B6%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) . За наявності члена сім'ї або родича, який страждає [на депресію](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F) , [зловживання алкоголем](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC) або [наркотиками](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA) або залежність від них, також підвищується ризик виникнення розладу.

4. *Особистісні фактори* . До психологічних чинників ризику ставляться перфекціоністсько-обсесивний тип особистості, особливо обмежувального типу нервової анорексії. Низька самооцінка, почуття власної неповноцінності, невпевненості та невідповідності вимогам є факторами ризику розвитку нервової анорексії.

5. *Культуральні чинники* . До них належать проживання в індустріально розвиненій країні, акцент на худорлявості як головній ознакі краси. Стресові події, такі як смерть близького родича чи друга, сексуальне чи фізичне насильство, також можуть бути факторами ризику розладу харчової поведінки.

6. *Антропологічні чинники* . Нервова анорексія пов'язана з пошуковою активністю людини. Головним спонукальним мотивом відмови від їжі є активна боротьба з перешкодами, з тим викликом, який кидає дівчатам їхній власний апетит і всі, хто хоче змусити їх нормально їсти. У цій боротьбі проявляється пошукова активність, і процес при цьому, як завжди, важливіший за результат. Безпорадність — це відмова від пошуку, капітуляція і капітуляція перед викликом, який у всіх важливих для них сферах диктує їм життя, робить для них особливо значущою ту сферу, в якій вони не капітулюють і залишаються активними. Анорексія — це повсякденне подолання, боротьби, своєрідної пошукової поведінки, і саме цим цінна хворим. Ця відчайдушна боротьба, що триває, сприяє відновленню самооцінки, зниженій попередніми капітуляціями. Страх повернутися до нормального прийому їжі - це не страх втрати контролю, це страх втрати виклику, що робить життя повноцінним. Кожен нез'їдений шматок їжі це перемога, і вона тим цінніша, ніж у більш напруженій боротьбі здобута.

Для достовірного діагнозу потрібні такі ознаки:

а) вага тіла зберігається на рівні як мінімум на 15% нижче за очікуване (вищий рівень був знижений або так і не був досягнутий), або індекс маси тіла Квітолету становить 17,5 або нижче (цей індекс визначається співвідношенням ваги тіла в кілограмах до квадрата зростання за метри). У препубертатному віці може виявитися нездатність набрати вагу у період зростання;

б) втрата ваги викликається самим пацієнтом за рахунок уникнення їжі, яка "повнить", і одного або більше прийомів з числа наступних: викликання у себе блювоти, прийом проносних засобів, надмірні гімнастичні вправи, використання засобів, що пригнічують апетит та [/ або діретиків](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%83%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BA) ;

в) спотворення образу свого тіла набуває специфічної психопатологічної форми, при якій страх перед ожирінням зберігається як нав'язлива і/або [надцінна ідея](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D1%8F&action=edit) і хворий вважає допустимим для себе лише низьку вагу;

г) загальний ендокринний розлад, що включає вісь гіпоталамус-гіпофіз-статеві залози і що виявляється у жінок аменореєю, а у чоловіків втратою статевого потягу та потенції; можуть бути підвищеними рівні гормону росту та [кортизолу](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%BB) , зміни периферичного метаболізму [тиреоїдного гормону](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%BD) та аномалії секреції [інсуліну](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%BB%D0%B8%D0%BD) ;

д) при початку у препубертатному віці прояви пубертатного періоду затримуються або навіть не спостерігаються (припиняється зростання, у дівчаток не розвиваються грудні залози та має місце первинна аменорея, а у хлопчиків залишаються ювенільними статеві органи); при одужанні підлітковий період часто завершується нормально, але пізно настає перша менструація.

Стадії нервової анорексії:

1. *Дисморфоманічний* - переважають думки про власну неповноцінність та ущербність, у зв'язку з уявною повнотою. Характерно пригнічений настрій, тривога, тривалий розгляд себе у дзеркалі. У цей період виникають перші спроби обмежувати себе у їжі, пошук ідеальної дієти.

2. *Аноректичний* – виникає на фоні стійкого голодування. Досягається зниження ваги, що супроводжується ейфорією та посиленням дієти, "щоб схуднути ще більше". Через активний розпад тканин пригнічується апетит.

3. *Кахектіческій* - період незворотної дистрофії внутрішніх органів. Настає через 1,5-2 роки. У цей час хворі втрачають 20—50 % своєї маси. Цей етап зазвичай не звернемо. Дистрофічні зміни призводять до недостатності всіх систем та органів та смерті.

Вихід :

1. Одужання.
2. Рецидивуючий (відновлюваний) перебіг.
3. Смерть внаслідок незворотних змін внутрішніх органів.

**Нервова булімія**

*Булімія* - різке посилення [апетиту](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BF%D0%BF%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%82) , що настає зазвичай у вигляді [нападу](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF&action=edit) і супроводжується почуттям болісного голоду, загальною слабкістю, болями в надчеревній ділянці. Булімія зустрічається при деяких захворюваннях центральної нервової системи, ендокринної системи, психічних. Часто булімія призводить до [ожиріння](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B6%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) . Розрізняють булімію двох типів:

1) Класичний (очисний): хворий регулярно провокує блювання або зловживає [проносними](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BB%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5&action=edit) , діуретиками або [клізмами](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC%D1%8B) .

2) Булімія як друга стадія [анорексії](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F) : хворий застосовує іншу компенсуючу поведінку, наприклад, голодує або активно займається спортом, проте не провокує блювання регулярно і не зловживає проносними діуретиками або клізмами.

**Суїцидальна поведінка**

**Суїцид. Різновиди суїцидальної поведінки. Мотиви та цілі**

*Самогубство , суїцид* (від [лат.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *sui caedere* - вбивати себе) - добровільне, самостійне та цілеспрямоване позбавлення себе життя. За визначенням ВООЗ «суїцид» - дія з фатальним результатом, яка була розпочата та реалізована померлим у свідомості та очікуванні такого результату. Суїцидальна спроба (замах на самогубство) – аналогічний акт, який не має фатального результату. Суїцид нині є однією з основних проблем охорони здоров'я у багатьох країнах і зустрічається за даними ВООЗ у 15,1 випадків на 10000 осіб, для чоловічого населення – 24,1 на 10000, серед жінок – 6,8 на 10000. Таким чином, серед чоловіків самогубство спостерігається у 3,5 рази частіше, ніж у жінок.

Суїцид займає одне з перших місць серед причин смерті серед населення віком від 15 до 35 років. У світі щорічно самогубство вчиняє 1 млн. чоловік, 10 – 20 млн. людей чинять суїцидальні спроби.

Суїцидальні фактори:

1. Стресова ситуація робить людей сприйнятливішими до самогубства. Саме тоді щось відбувається як усередині, і навколо них. У кризових обставинах вони втрачають усі перспективи та орієнтири, і під загрозою виявляється їхнє виживання. Прогнози на майбутнє здаються похмурими та безнадійними.

2. Ризик суїциду високий у людей із нещодавно виявленою прогресуючою хворобою. Фактор прогресування захворювання є більш значущим для суїцидального ризику, ніж його тяжкість чи втрата працездатності. Пацієнти, що відчувають біль, часто адаптуються до свого стану, якщо воно є стабільним. Однак хвороба, яка змушує людину постійно пристосовуватися до нових несприятливих змін, призводить до значно більшого стресу; в цих умовах ряд хворих вирішують скоріше вчинити самогубство, ніж дозволити хворобу самої поставити крапку.

3. Економічні негаразди, з якими стикається людина. Безперечно, вони породжують проблеми, пов'язані з їжею, одягом або з фінансовими колотнечами. Зіткнувшись із подібними проблемами деякі особи гостро почуваються невдахами, життя яких не вдалося. Майбутнє здається їм вкрай невизначеним, а самогубство сприймається як прийнятне вирішення ситуаційної дилемы.

4. Смерть близької людини. Зі смертю близької людини життя вже ніколи не стане колишнім. Руйнується звичний стереотип життя. Можливому суїциду, як правило, передує затяжне сімейне горе. Протягом багатьох місяців після похорону спостерігається заперечення реальності, соматичні дисфункції, панічні розлади, дедалі більше охоплююче почуття провини, ідеалізація втрати, апатія, а також вороже ставлення до готових допомогти друзям і родичам. Людина відмовляється бачити самотність та порожнечу у житті. У цих умовах суїцид може здаватися звільненням від нестерпного психічного болю або способом з'єднання з тим, хто був коханим і назавжди пішов. Його можуть розглядати як покарання за уявні та реальні вчинки, допущені стосовно покійного. За багатьма обставинами розлучення та сімейні конфлікти можуть сприйматися як події важчі, ніж смерть. Якщо людина вмирає, то цьому існують раціональні (“У нього був рак”) чи релігійні (“Бог дав, Бог узяв”). При розлученні розумні та надприродні трактування здаються позбавленими підстав. Вони особливо не задовольняють, якщо в ситуацію залучаються діти та виникають проблеми з їхньою опікою та вихованням, які доводиться вирішувати на тлі несвідомого почуття провини, поразки чи помсти. Виникаючі проблеми мають глибокий психотравмуючий вплив, як на батьків, так і на дітей. Дослідження показують, що багато людей у результаті кінчають із собою, виховувалися у неповній сім'ї.

5. Емоційні порушення. Більшість потенційних самогубців страждають від депресії. Депресія часто починається поступово, з'являється тривога та зневіра. Люди можуть не усвідомити її початку. Вони тільки помічають, що останнім часом стали пригніченими, сумними та “нудьгують”, майбутнє виглядає тьмяним і вони вважають, що його не можна змінити. Часто вони приходять до думки, що хворі на рак, психічне або невиліковне захворювання. Перед суїцидом вони починають думати про смерть. Їм стає важко виконувати навіть прості обов'язки, ухвалити найпростіше рішення. Вони скаржаться на млявість, нестачу життєвої енергії та втому. Ознакою депресії та обумовлених нею суїцидальних думок може бути зниження сексуальної активності, вони скаржаться так само на безплідність та імпотенцію. Інтимні зв'язки не приносять їм задоволення.

Ознаками емоційних порушень є :

- втрата апетиту або імпульсне обжерливість, безсоння або підвищена сонливість протягом принаймні останніх днів;

- часті скарги на соматичні нездужання (на болі в животі, головні болі, постійну втому, сонливість);

- надзвичайно зневажливе ставлення до свого зовнішнього вигляду;

- постійне почуття самотності, марності, вини чи смутку;

- відчуття нудьги при проведенні часу у звичному оточенні або виконанні роботи, яка раніше приносила задоволення;

- ухиляння від контактів, ізоляція від друзів та сім'ї, перетворення на людину поодинці;

- Порушення уваги зі зниженням якості виконуваної роботи;

- зануреність у роздуми про смерть;

- Відсутність планів на майбутнє; раптові напади гніву, що часто виникають через дрібниці.

6. Сімейні чинники. Для розуміння мотивів суїциду іноді потрібно добре знати сімейну ситуацію, оскільки вона відбиває емоційні порушення членів сім'ї. Було виявлено, що при більшості суїцидів у підлітків їхні батьки були пригнічені, думали про самогубство, або вже робили спроби саморуйнування.

7. Прийом психоактивних речовин. Кокаїнова абстиненція вважається особливо небезпечною щодо суїцидів. Головний симптом зазначеної вище абстиненції – важка дисфорія з похмурістю, озлобленістю, дратівливістю, афективними спалахами, руховим занепокоєнням та пригніченим настроєм. Безсоння і сонливість можуть чергуватись або навіть поєднуватися один з одним (сонний вигляд і неможливість заснути). Характерним вважається порушення сну, коли короткочасні періоди сну перериваються кошмарними сновидіннями. На тлі абстиненції можуть спалахувати як окремі маячні ідеї переслідування та відносини, так і з'являтися суїцидальні думки. Кокаїнова абстиненція вважається особливо небезпечною щодо суїцидів.

8. Психічні захворювання: біполярний афективний розлад, депресивні та невротичні розлади, шизофренія тощо.

Суїцидально небезпечна група

1) молодь: з порушенням міжособистісних відносин, "одинаки", що зловживають алкоголем або наркотиками, що відрізняються девіантною або кримінальною поведінкою, що включає фізичне насильство;

2) гомосексуалісти;

3) ув'язнені у в'язницях;

4) ветерани воєн та локальних конфліктів;

5) лікарі та представники інших професій, які перебувають у розквіті своєї кар'єри, надкритичні до себе, але часто зловживають психоактивними речовинами або страждають від нещодавно випробуваних принижень або трагічних втрат;

6) люди зрілого віку, які фрустровані невідповідністю між очікуваними успіхами в житті та реальними досягненнями;

7) люди похилого віку, які страждають від хвороб або покинуті оточенням.

Класифікація суїцидальної поведінки

Становлення різних концепцій самогубства супроводжувалося висуванням відповідних класифікацій. Класифікація суїцидальної поведінки представлена нами побудована на основі психологічної теорії діяльності та концепції суїциду як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах конфлікту.

Цю класифікацію можна подати у вигляді схеми:

**1) Антивітальне переживання**

**2) Внутрішня суїцидальна поведінка**

А. Пасивні суїцидальні думки.

В. Суїцидальні задуми.

Г. Суїцидальні наміри.

**3) Зовнішні форми суїцидальної поведінки**

А. Підготовка до суїциду.

В. Суїцидальна спроба.

Г. Завершений суїцид.

**4) Типи особистісного сенсу**

А. Протест, помста.

В. Призов.

Г. Уникнення (покарання, страждань).

Д. Самопокарання.

Е. Відмова.

**5) Постсуїцидальний стан.**

*По відношенню до суїциду:*

1. Критичний.

2. Маніпулятивний.

3. Аналітичний.

4. Суїцидально-фіксований.

*За часом:*

1. Найближчий постсуїцид – 1 тиж.

2. Ранній постсуїцид – до 1 міс.

3. Пізній постсуїцид – до 5 міс.

*Антивітальні переживання -* роздуми про відсутність цінності життя, які виражаються у формулюваннях типу: "жити не варто", "не живеш, а існуєш", де ще немає чітких уявлень про власну смерть, а є заперечення життя.

*Пасивні суїцидальні думки -* характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, але не на тему позбавлення життя. Прикладом є висловлювання: ”добре було б померти, заснути і не прокинутися” тощо.

*Суїцидальні задуми –* активна форма суїцидальності, продумуються способи суїциду, час та місце дії.

*Суїцидальні наміри* припускають приєднання до задумів вольового компонента.

Період виникнення суїцидальних думок до спроб реалізації називається пресуїцидом. Він може бути гострим та хронічним.

*Суїцидальна спроба –* це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не закінчилося смертю. Вона проходить у 2 фази. Перша – оборотна, коли об'єкт сам може припинити спробу, друга – незворотна.

Поява суїцидальної мети та подальше її перетворення на самостійний мотив, що володіє спонукальною силою, обумовлюється ситуацією конфлікту у дезадаптованих осіб, тобто перешкодою для задоволення актуальної потреби.

1. “Протестні” форми суїцидальної поведінки виникають у ситуації конфлікту, коли об'єктивне його ланка вороже чи агресивно стосовно суб'єкту, а сенс у негативному вплив на об'єктивне ланка. "Помста" - конкретна форма протесту, завдання шкоди ворожому оточенню. Передбачається наявність високої самооцінки та самоцінності, активну чи агресивну позицію особистості з механізмом трансформації гетероагресії в аутоагресію.

2. При поведінці типу “заклику” сенс полягає у активації допомоги ззовні з метою зміни ситуації. У цьому позиція особистості пасивна.

3. При суїцидах ”уникнення” суть конфлікту у загрозі особистісному чи біологічному існуванню, якій протистоїть висока самоцінність. Сенс - уникнення нестерпної ситуації шляхом самоусунення.

4. "Самопокарання" можна визначити як "протест у внутрішньому плані особистості" конфлікт при своєрідному розширенні "Я" інтеріоризації та співіснуванні 2х ролей: "Я - судді" і "Я - підсудного", знищення в собі ворога.

5. При суїцидах “відмови” мотивом є відмови від сущесвования, а метою - позбавлення життя.

Постсуїцид є “результуючою” таких складових, як конфліктна ситуація, сам суїцидальний акт (з його “психічним” та соматичним компонентами), особливості його переривання та реанімації, соматичні наслідки, нова ситуація та особистісне ставлення до неї.

Після скоєння спроби самогубства у найближчому постсуїциді виділяються 3 головні компоненти:

1. Актуальність конфлікту.

2. Ступінь фіксованості суїцидальних тенденцій.

3. Особливості ставлення до скоєної спроби.

На цій підставі прийнято виділяти 4 типи постсуїцидальних станів:

*1. Критичний.*

1. Конфлікт втратив своє значення, суїцид призвів до розрядки напруги.

2. Суїцидального мотиву немає.

3. Ставлення до досконалої спроби - почуття сорому та страху. Розуміння, що це змінює становища, не дозволить ситуації. Імовірність повторення – мінімальна.

*2. Маніпулятивний.*

1.Актуальність конфлікту зменшилася через сприятливий вплив на оточуючих.

2. Суїцидальних тенденцій немає.

3. Ставлення – легке почуття сорому та страх перед смертю. Виразне закріплення цієї поведінки задля досягнення своїх цілей. Імовірність повторення висока.

*3. Аналітичний.*

1. Конфлікт, як і раніше, актуальний.

2. Суїцидальних тенденцій немає.

3. Ставлення – каяття. Пошуки інших шляхів розв'язання. Імовірність повторення зростає, якщо інший шлях вирішення конфлікту не буде знайдено.

*4. Суїцидально – фіксований.*

1. Конфлікт актуальний.

2. Суїцидальні тенденції зберігаються.

3. Ставлення до суїциду позитивне.

Принаймні ліквідації соматичних ускладнень першому плані висуваються: ліквідація конфліктної ситуації, вироблення адекватних установок, підвищення толерантності до психогенним впливам, ліквідація психопатологічної продукції.

Наведені раніше теоретичні положення дозволили висунути концепцію, згідно з якою суїцидальна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що переживається.

Суїцидальна поведінка є одним із видів загальноповедінкових реакцій людини. У всіх суїцидентів виявляються об'єктивні та суб'єктивні ознаки соціально-психологічної дезадаптації особистості, а також внутрішня чи зовнішня конфліктна ситуація.

Можна виділити 5 найбільш часто зустрічаються типів особистісних реакцій, які мають потенційну суїцидонебезпечність:

1. Егоцентричне перемикання.

2. Душевний біль.

3. Негативні інтерперсональні відносини.

4. Негативного балансу.

5. Реакції змішані та перехідні.

Слід зазначити, що виділені типи не є психопатологічними симптомами, а служать виразом нормальних, хоч і акцентуйованих особистісних реакцій в екстремальних ситуаціях.

1. Реакції егоцентричного перемикання.

Як правило, це гострі, короткочасні реакції на конфлікти, які починаються з афективних переживань, але швидко генералізуються, охоплюючи всі рівні психічної діяльності. Ідея суїциду з'являється у свідомості раптово, не підлягає обговоренню, набуваючи непереборної спонукальної сили. Навколишня реальність змінює свій змістовий зміст. Своєрідної трансформації піддається і самосвідомість: охопленість суїцидальним спонуканням передбачає відсутність болю і смерті, тілесні відчуття витісняються зі свідомості. Внаслідок егоцентричного перемикання свідомості недовраховуються обставини замаху, який нерідко при глибині та істинності наміру накласти на себе руки на очах у оточуючих, що дозволяє їм вжити екстрених заходів до порятунку суїцидента. Спроби перервати суїцидальний акт часто не приносять успіху, викликаючи агресію та посилення. З початку реалізації повертається критичність, виникають почуття каяття і сорому за скоєне при зменшенні актуальності суїцидального конфлікту. Пам'ять на минуле зберігається, але обсяг обмежений.

2. Реакції психології.

Суть цих афективних реакцій полягає у відчутті ”душевного болю”, при цьому не відбувається жодних трансформацій свідомості, біологічних потреб та вітальних проявів, зберігається здатність до диференціації зовнішніх стимулів. Спостерігається звуження мотиваційної сфери та обмеження спілкування. Своєрідно змінюється проживання часу. Характерною є стінична поведінка, пошук або перехід до нових стратегій поведінки, спрямованих на позбавлення від страждання. Відповідно модальності афекту психалгії поділяються на тугі, тривожні, дратівливі.

3. Переживання негативних інтерперсональних відносин.

Стану, які супроводжуються болісною зосередженістю на уявленнях і судженнях, спрямованих негативним ставленням, що різко змінилося, до суб'єкта високозначних для нього осіб. Дані реакції виникають у ситуації міжособистісних конфліктів із фіксацією на “значному іншому”. Виникає так звана ланцюгова реакція, коли прагнучи відірватися від джерела болю, людина ще сильніше притягується до нього. При реакціях негативних інтерперсональних відносин пресуїцидальний період буває більш тривалим, ніж при реакціях егоцентричного перемикання та психології.

4. Реакції від'ємного балансу.

Це пресуїцидальні стани, змістом яких є раціональне підведення життєвих підсумків, оцінка пройденого шляху, визначення реальних перспектив існування, порівняння позитивних і негативних моментів продовження життєдіяльності. Подібні механізми поведінки спостерігаються в осіб із невиліковними соматичними захворюваннями, в одиноких осіб похилого віку. "Підведення балансу" передбачає високий рівень критичності, чіткість і реалістичність суджень, збереження особистісного ядра, а поведінка в пресуїциді свідчить про відсутність афективної напруженості. Підготовка має ретельно прихований характер, вибирається найбільш летальний спосіб суїциду. У разі невдачі наміри зберігаються і насилу піддаються зворотному розвитку.

**Особливості суїцидальної поведінки у соматично хворих**

При хронічних соматичних захворюваннях основний суїцидальний ризик пов'язаний не тільки з коморбідними депресивними розладами, але і з психотравмуючим нозогенним впливом хвороби. Наприклад, знерухомленість або часткова втрата рухливості в осіб із вродженим та набутим фізичним недоліком, для яких фізична активність необхідна у професійній діяльності. Це особливо важливо для жінок та осіб юнацького віку. Виражений хронічний больовий синдром при злоякісних новоутвореннях, що посилює тілесні страждання, невиліковність захворювання та пов'язана з ним соціальна ізоляція.

У клінічній картині психічних порушень на тлі онкологічної патології, ВІЛ – інфекції, вроджених та набутих фізичних дефектів, домінують уявлення про невиліковність соматичної хвороби та її незворотні наслідки, тривога за своє життя. Нерідко ці хворі перебільшують ступінь вітальної загрози, пов'язаний з перебігом цих захворювань, що супроводжується напруженим очікуванням фатального результату, нездатністю до адекватної оцінки власних адаптаційних можливостей та значущості життєвих завдань. Результатом стає «капітуляція перед хворобою» із прагненням шляхом добровільного відходу з життя уникнути подальших страждань, позбавити близьких від обтяжливого догляду (суїцид як реакція патологічного виходу із патогенної ситуації).

При онкологічних захворюваннях 86% випадків суїцидальних спроб посідає термінальні стадії захворювання. Найчастіше суїциди при злоякісних пухлинах спостерігаються у хворих на рак легені, шлунка, підшлункової залози. Найчастіше факторами суїцидального ризику у хворих із поширеними формами злоякісних новоутворень є хронічний больовий синдром, психогенна депресія, повідомлення родичам про свої суїцидальні наміри. Резистентність злоякісних пухлин, приєднання стійкого безсоння, зловживання лікарськими засобами та психоактивними речовинами – ще один предиктор суїцидального ризику.

При ВІЛ – інфекції та СНІД як фактор суїцидального ризику можуть розглядатися тривожні та афективні розлади, що супроводжуються прогресивним зниженням маси тіла, тривогою, появою страху можливої смерті, відчуття провини та нікчемності з розвитком депресивного епізоду. В останній стадії захворювання у пацієнтів розвиваються значні нейрокогнітивні порушення. Для ВІЛ – інфікованих та хворих на СНІД пацієнтів як суїцидальний фактор враховуються психосоціальні ускладнення (зловживання ПАР, гомосексуальні контакти, культурально – етнічні особливості).

**Психологічні аспекти вмирання та смерті**

*Смерть* - незворотне припинення життєдіяльності [організму](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC) . Для одноклітинних живих форм, завершенням [життя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C) окремого організму може бути як смерть, і [мітотичний](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B7) поділ [клітини](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B0) . Смерть завжди мала відбиток таємничості та містичності. Непередбачуваність, неминучість, несподіванка і часом незначність причин, які призводять до смерті, виводили саме поняття смерті межі людського сприйняття, перетворювали смерть на божественну кару за [гріховне](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B5%D1%85) існування чи божественний дар, після якого на людину чекає вічне і щасливе [життя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C) . У багатьох народів існували уявлення про смерть як момент, коли [безсмертна](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%B5) душа людини розлучається з тілом і прямує до душ предків. Також були й обряди поклоніння смерті.

Говорячи про вивчення смерті, академік [В. А. Неговський](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9%2C_%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80_%D0%90%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87) в «Нарисах з реаніматології» писав: *"... хід природознавства зупинився перед вивченням смерті. Повіками це явище було настільки складним і незрозумілим, що, здавалося, знаходиться за межами людського пізнання. І лише поступово боязкі, що накопичуються, і спочатку досить елементарні спроби оживити людину і випадкові успіхи при цьому зруйнували цю непізнавану стіну, що робить смерть «річчю в собі».*

Кінець 19 століття внесли у проблему смерті докорінні зміни. Смерть перестала нести у собі відбиток містики, але таємниця її збереглася. Смерть, будучи закономірним завершенням життя, стала таким самим об'єктом наукових досліджень, як і саме [життя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C) . Один із засновників експериментальної [патології](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) , що стояв біля витоків танатології, знаменитий француз [Клод Бернар](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%80%2C_%D0%9A%D0%BB%D0%BE%D0%B4) у «Лекціях з експериментальної патології» писав: *«…щоб знати, як живуть організми тварини і людини, необхідно бачити, як багато їх помирає, бо механізми життя можуть бути розкриті і виявлено лише знанням механізмів смерті.*

Зміна наукового ставлення до смерті, зведення смерті до природного [фізіологічного](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) процесу, що вимагає кваліфікованого фізіологічного аналізу та вивчення, мабуть, особливо рельєфно виявилося у висловлюванні [І. П. Павлова](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%BE%D0%B2%2C_%D0%98%D0%B2%D0%B0%D0%BD_%D0%9F%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87) : *«…яке велике і плідне поле розкрилося б для фізіологічного дослідження, викликаної хвороби або через неминучу смерть експериментатор шукав з повним знанням справи спосіб перемогти ту й іншу».*

 Таким чином, вже на початку [XX століття](http://ru.wikipedia.org/wiki/XX_%D0%B2%D0%B5%D0%BA) смерть з містичної «речі в собі», можливо поки що тільки в умах вчених, перетворилася на об'єкт наукового пошуку, що вимагає спеціальних досліджень та аналізу. Об'єкт, який дозволяє не тільки зрозуміти причини припинення життя, а й подібно до Геракла вступити в непримиренну боротьбу зі смертю і навіть вивчити саме [життя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C) , зрозуміти першооснови, що відрізняють живі об'єкти від неживих .

 [Життя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C) і смерть, живе і неживе, [виживання](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D1%8B%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5&action=edit) і невиживання — це дві сторони єдиної навколишньої природи. Нам [Землі](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B5%D0%BC%D0%BB%D1%8F) відомий лише одне варіант життя — життя [білкових макромолекул](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BA) . З іншими варіантами ми стикаємося лише при читанні фантастичної літератури, де можна зустріти життя на основі [кремній-органічних сполук](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D1%81%D0%BE%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F) , енергетичних полів тощо. Спроби вчених визначити важливі відмінності живого і неживого робляться досить давно.

У минулому столітті француз [Танглю](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A2%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D1%8E&action=edit) визначав смерть як загальну властивість всіх живих. Один із основоположників танатології [М. Ф. Біша](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D1%88%D0%B0%2C_%D0%9C%D0%B0%D1%80%D0%B8_%D0%A4%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%B0_%D0%9A%D1%81%D0%B0%D0%B2%D1%8C%D0%B5) говорив, що [життя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C) - це сукупність явищ, що противляться смерті. Класики діалектичного матеріалізму піддали ці уявлення критиці за їх [метафізичний](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%B0%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BA%D0%B0) підхід до вирішення складної проблеми і [Ф. Енгельс](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%2C_%D0%A4%D1%80%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%B8%D1%85) в «Анти-Дюрінгу» написав: *«Життя є спосіб існування білкових тіл, і цей спосіб існування полягає по суті в постійному оновленні їх хімічних складових частин шляхом харчування та виділення»* і далі *«Жити означає вмирати»* . Але якщо ми порівняємо уявлення Енгельса та його опонентів, яких він критикував, то виявиться, що принципових відмінностей між ними не існує. Більше того, всі вони підходили до трактування життя тільки з позицій єдиної відомої ним білкової форми, і визначали її по відношенню до її протилежності - смерті.

В останні роки з'явилися [гіпотеза](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%B7%D1%8B&action=edit) про існування не тільки білкової форми життя і не в інших [галактиках](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%28%D1%81_%D0%BC%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B9_%D0%B1%D1%83%D0%BA%D0%B2%D1%8B%29) , а поряд з нами. В основі цієї гіпотези лежить так звана [лептонна теорія](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F) , яка пояснює відомі випадки прояву незвичайних знань у людей після важких [стресових](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81) ситуацій або [травм](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0) , дослідження з моніторингу [маси](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B0) тіла людини в процесі вмирання, при якому нібито встановлено, що відразу після припинення діяльності [головного](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3) мозку є настання [смерті мозку](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D1%8C_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3%D0%B0) , маса тіла померлого зменшується на 50-60 р. Це може бути пов'язано з тим, що під час агонії посилюється потовиділення. Ряд джерел повідомляють, що зміна в масі тіла відбувається в результаті використання клітинами адезинтрифосфорної кислоти (АТФ) при анаеробному (без кисню) харчуванні.

Слід зазначити, що сучасна наука заперечує можливість (у нормальних умовах) зміни маси будь-якого об'єкта без втрати ним речовини. [Закон збереження маси](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD_%D1%81%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%BC%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%8B) у [хімічних реакціях](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F) був експериментально доведений [М. В. Ломоносовим](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B2%2C_%D0%9C%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%B8%D0%BB_%D0%92%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87) .

Смертність людини вплинула на людське [суспільство](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) , ставши однією з найважливіших причин появи та розвитку [релігій](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D1%8F) . Значну роль релігій історія нашої [цивілізації](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) нічого очікувати заперечувати ніхто, релігійні діячі всіх часів і народів оголошували війни ( [хрестові походи](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%B4%D1%8B) , [газоватів](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D1%82) ), виправдовували загарбницькі війни релігійними цілями, стояли в ієрархії управління над правителями [держав , визначали особисте життя покупців,](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) безліч направляли розвиток [культури](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0) [архітектура](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%85%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0) , [живопис](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%81%D1%8C) , [музика](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D0%B7%D1%8B%D0%BA%D0%B0) , [освіта](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) ). Усі релігії засновані на [страху](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85) перед невідомим, насамперед на страху перед смертю. Таким чином, спираючись на страх перед смертю, обіцяючи [потойбічне життя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%B3%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B6%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C) , релігії впливали і продовжують впливати на розвиток соціуму.

Неминуча загибель і віра в потойбічне життя призвели до появи проблеми позбавлення тіл померлих або зберігання цих тіл. Різні релігії в різні епохи вирішували це питання по-різному. [Християнство](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) вимагає поховання тіл внаслідок того, що, згідно з християнськими [догмами](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%B3%D0%BC%D0%B0) , людям судилося воскреснути у власних тілах, і для цього їх необхідно зберігати. Такі уявлення призвели до виникнення особливих територій, призначених для поховання — цвинтарів.

У багатьох інших релігіях тіло не має такого важливого значення, і допускаються інші способи рятування, наприклад, спалення - кремація. Віра в потойбічне життя породила всілякі колективні ритуали, покликані супроводити померлого в останній у цьому світі шлях, такі як урочистий похорон, жалоба та багато інших.

"Смерть для того поставлена наприкінці життя, щоб зручніше до неї приготуватися", - казав Козьма Прутков. Але як готуватися до неї, якщо сама тема вважається непристойною для обговорення? Набагато охочіше міркують про безсмертя, якого поки що немає, ніж про смерть, яка сьогодні обов'язково присутня. Клініці вмирання майбутніх лікарів не навчають у медичних інститутах та університетах, інтернатурі, і немає повноцінних курсів із цієї проблеми у післядипломній освіті.

Це, однак, не означає, що тема ставлення людини до смерті занедбана у світі. Проходять спеціальні симпозіуми, наприклад у Нью-Йорку - "Значення смерті" (The meaning of Death) або "Смерть і особистість" (Death and Identity), випускаються збірки, наприклад "Ставлення людини до смерті" (Man's Concern with Death, London) , На сторінках останнього зустрілися історик, теолог, психіатр, судовий медик, журналіст і парапсихолог, тобто фахівець з телепатії та ясновидіння (A. Toynbee at al., 1968).

І все ж таки розмова про смерть як про універсальне явище природи, яке рано чи пізно торкнеться кожного з нас, ведеться рідко, і навіть словниковий запас до теми «смерть» дуже бідний. Людина є єдиною живою істотою, яка знає неминучість смерті. Однак, згідно з безліччю психологічних спостережень, і сама людина по-справжньому не може усвідомити цього. Зазвичай, говорячи про смерть, використовують такі висловлювання, як «пішов», «відійшов в інший світ», «втратив дружину чи чоловіка», «поставився», «віддав богу душу», «пішов у кращий світ» та ін. exitus, що означає "смерть", походить від слова "йти", "виходити".

Людство створило багато міфів про смерть. Центральним питанням більшості віросповідань є питання життя в потойбічному світі, життя після смерті. Люди, які відчувають страх перед смертю, шукали заспокоєння думки про те, що життя не припиняється і після смерті, що його продовження в якійсь формі можливе. Віруючим релігія в такий спосіб дає заспокоєння від страху перед смертю. Віруючі стверджують, що той, хто в житті вірив у Бога чи хоча б на смертному одрі був звернений у віру, вмирає легко, заспокоєним.

В результаті нових психологічних досліджень були отримані цікаві спостереження, проведені над великою кількістю вмираючих: людина зазвичай помирає так, як жила. Усі ті сили, почуття, думки, образ поведінки, які були характерні для його життя, притаманні його смерті. У людей зі здоровою нервовою системою зазвичай немає змін особистості перед смертю. Помилковим є те твердження, що людина завжди і безумовно хоче жити. Змучений нестерпними болями, виснажений хронічними захворюваннями хворий, якому вже не допомагають жодні болезаспокійливі засоби, часто чекає смерті як рятування, як виходу з лещат нестерпного захворювання. Жага смерті опановує таких хворих.

Людей, які щиро бажають померти поділяють на три категорії.

1. Найщасливіші – це ті, які усвідомлюють, що прожили доброчесне життя, і хочуть померти, дякують Богові та природі і не створюють тяжкого настрою собі та близьким. Вони дожили до глибокої старості, зберегли свій інтелект, нехай навіть трохи потьмянілий, але втомилися жити і йдуть у мирі та спокої. На жаль, таких щасливців, як вже зазначалося вище, не так вже й багато, і це до них належало слов'янське вираження почити в Бозі (померти з Богом).

2. Гірше тим, для кого смерть — бажане порятунок від страждань будь-якого роду: хвороби, мук совісті, життєвих тягарів і безглуздих турбот.

3. Найстражденніша категорія людей, які бажають померти, - це хворі, які вмирають від хвороби, з якою медицина поки не вміє справлятися. Ці люди найчастіше знають про майбутній кінець, і зазвичай найважчим для них виявляється очікування цього кінця.

Саме в останній категорії безнадійних хворих спостерігаються психопатологічні реакції вмираючих. У зв'язку з цим виділяється 10 психологічних (психопатологічних) типів реакцій у вмираючих хворих, які можна класифікувати за такими основними синдромами.

1. Тривожно-депресивний синдром - зустрічається найчастіше і проявляється занепокоєнням і страхом перед безнадійним захворюванням, пригніченістю, думками про близьку смерть, болісний кінець. У стеничних у преморбіді особистостей переважає тривога, астенічні — депресивна симптоматика. У більшості хворих виявляється суїцидальна поведінка. Хворі, близькі до медицини, можуть вчинити суїцид. У тих, хто відмовився від операції, після того як вони усвідомили свій онкологічний діагноз, наслідки операції, інвалідність, відсутність гарантії рецидиву, відмову від лікування можна трактувати як пасивний суїцид. Більшість пацієнтів виконує рекомендації медперсоналу, «тримаються, стиснувши зуби», не даючи виплеснутись емоційній напрузі. В результаті у деяких хворих, взятих на операцію, ще до її початку виявляється то зупинка серця, то порушення мозкового кровообігу, викликане емоційними перевантаженнями.

2. Дисфоричний синдром із тужливо-злісно-похмурим забарвленням за частотою посідає друге місце. У хворих відзначається дратівливість, невдоволення оточуючими, пошук причин, що призвели до захворювання, звинувачення на адресу медпрацівників або родичів у недостатній оперативності. За фасадом агресивності часто фіксуються пригнічені тривога та страх, що певною мірою робить цю реакцію компенсаторною. Дисфоричний синдром, що показує наявність найсильнішої емоційної напруженості, спостерігається в осіб з переважанням у преморбіді характеристик збудливості, вибуховості, епілептоїдності.

3. Тривожно-іпохондричний синдром стабільно посідає третє місце. При ньому відзначається менший ступінь напруженості, ніж за перших двох. У клінічній картині переважають зниження загального фону настрою, інтровертованість, зверненість він, емоційна напруженість із фіксацією уваги своєму здоров'я, страхами перед операцією, її наслідками, ускладненнями тощо.

4. Обсесивно-фобічний синдром проявляється у формі нав'язливостей та страхів. Спостерігається у тривожно-недовірливих осіб з наявністю психастенічних характеристик характеру. Хворі відчувають гидливість до своїх сусідів по палаті, нав'язливий страх забруднення, зараження «раковими мікробами», болючі уявлення про смерть під час операції та після неї, тривогу з приводу можливості випромінювання газів, калу, нетримання сечі тощо.

5. Апатичний синдром свідчить про виснаження компенсаторних механізмів емоційної сфери. У хворих спостерігаються млявість, деяка загальмованість, байдужість, відсутність будь-яких інтересів, навіть щодо перспектив та життя. Цей синдром найчастіше зустрічається у астенічних особистостей порівняно зі стіничними. Апатичний синдром - етап у динаміці реакцій, які доцільно адаптують пацієнта до змінних умов. І тут потрібно дати організму силу для відновлення.

6. Астено-депресивний синдром характеризується пригніченістю, тужливістю з переживаннями безнадійності свого захворювання, ранньої чи пізньої, але приреченості. Цій симптоматиці супроводжує депресивне тло. Цей синдром зустрічається найчастіше в осіб із циклоїдним складом характеру.

7. Астено-іпохондричний синдром зустрічається у післяопераційному періоді. На передній план виступають страх ускладнень, тривога з приводу загоєння операційної рани, занепокоєння у зв'язку з наслідками операції, що калічать.

8. Деперсоналізаційно-дереалізаційний синдром зустрічається у так званих істеро-стигматизованих хворих. Хворі скаржаться на втрату почуття реальності, що не відчувають ні навколишнього, ні навіть свого тіла, вимагають снодійних, хоча засинають і без них, наголошують на зникненні смакових відчуттів, апетиту, а разом із цим — задоволеності від здійснення тих чи інших фізіологічних актів загалом.

9. Параноїдний синдром спостерігається рідко і визначається в маревному трактуванні навколишнього, що супроводжується ідеями відношення, переслідування, одиничними обманами сприйняття, агресивністю по відношенню до оточуючих. Характерна зв'язок цього синдрому з шизоїдними особливостями особистості преморбіді.

10. Ейфоричний синдром виникає за механізмом реакції "надії", "полегшення", "успіху", нерідко ейфорія з'являється на післяопераційному етапі. Ейфоричний синдром проявляється у підвищеному настрої, переоцінці свого стану та можливостей, що здається невмотивованою радістю. Безсумнівна його зв'язок із групою циклоїдного ряду.

**Евтаназія: за та проти**

*Евтаназія* ( [грец.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) ευ — добре + θάνατος — [смерть](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D1%8C) ) — практика припинення (або скорочення) життя людини або тварини, яка страждає на невиліковне захворювання, що зазнає нестерпних страждань, на задоволення прохання без медичних показань у безболісній або мінімально болючій формі, для скорочення страждань. Термін «евтаназія» вперше вжито Ф. Беконом у [XVII столітті](http://ru.wikipedia.org/wiki/XVII_%D0%B2%D0%B5%D0%BA) для визначення «легкої смерті».

Проблема евтаназії в Україні не стоїть ще так гостро, як на Заході через нейтральну громадську думку, християнські традиції та моральні засади лікарів. Але завдяки прогресу медицини кількість людей, які страждають від страшного болю чи самого стану хвороби через продовження життя, постійно збільшується.

У 60-ті роки ХХ століття проблема евтаназії знову була піднята перед суспільством вже в зовсім іншому аспекті. Зауважимо, що сам термін "евтаназія" відрізняється крайньою суперечливістю, що ускладнює однозначне тлумачення, спричиняє термінологічну плутанину. Залежно від визначення терміна змінюється підхід до проблеми.

У теорії виділяються два види евтаназії: пасивна евтаназія (навмисне припинення медиками підтримуючої терапії хворого) і активна евтаназія (введення вмираючому лікарських засобів або інші дії, які тягнуть за собою швидку смерть). До активної евтаназії часто відносять і самогубство з лікарською допомогою (надання хворому на його прохання препаратів, що скорочують життя).

Пасивна евтаназія (або як її ще називають "метод відкладеного шприца") виражається в тому, що припиняється надання спрямованої на продовження життя медичної допомоги, що прискорює настання природної смерті - що на практиці досить часто трапляється і в нашій країні.

Пасивна евтаназія практикується майже в усіх країнах. Згідно з відомостями, опублікованими в Міжнародному медичному журналі, 40% всіх смертей хворих настає або в результаті ухвалення спільного з медиками рішення про припинення життя, або в результаті відмови від лікування, або за допомогою ліків, які прискорюють настання смерті.

Активна евтаназія може виражатися у таких формах:

1) "Вбивство з милосердя" - відбувається у тих випадках, коли лікар, бачачи болючі страждання безнадійно хворої людини і будучи не в силах їх усунути, наприклад, вводить йому наддозу знеболювального препарату, внаслідок чого настає бажаний смертельний результат.

2) "Самовбивство, що асистується лікарем" - відбувається, коли лікар тільки допомагає невиліковно хворій людині покінчити з життям.

3) Власне активна евтаназія – може відбуватися і без допомоги лікаря

Пацієнт сам включає пристрій, який призводить його до швидкої та безболісної смерті, як би сам накладає він руки. За даними Американської медичної асоціації, більшість хворих, які вмирають у лікарнях США, йде з життя добровільно за допомогою медперсоналу. Вважається, що негласно існує подібна практика і в Україні, при тому, що активна евтаназія різко і беззастережно засуджується не тільки в нашій країні, а й в інших державах.

Таким чином, суть проблеми активної евтаназії полягає в спробах виправдати навмисне заподіяння лікарем смерті хворому зі співчуття або на прохання вмираючого або його близьких.

Евтаназія та закон: де і чому її дозволяють

Переважна більшість лікарів і юристів вважають евтаназію абсолютно неприпустимою, більше того, кримінально карається, навіть якщо вона робиться виключно "зі співчуття", на наполегливу вимогу хворого, який у будь-якому разі має невдовзі померти. Проте є країни, в які евтаназія отримала навіть юридичні права. Чим і як це було зумовлено?

Проблема евтаназії, добровільного залишення життя невиліковно хворої людини широко, обговорюється у країнах з кінця 50-х. Вважається, що однією з причин цього стало розголос практики американського лікаря-патологоанатома Джека Кеворкяна. У 1958 році доктор Кеворкян опублікував у пресі низку статей, в яких закликав безболісно позбавляти життя злочинців, засуджених до страти, а їхні тіла використовувати для наукових дослідів окремі органи для пересадочних операцій.

Пізніше, ставши свідком безглуздо-жорстоких самогубств, він прийшов до думки, що зневіреним, безнадійно хворим людям, які вирішили покінчити з життям, необхідна в цьому допомога. Від словесних та газетних виступів Кеворкян перейшов до справи та запатентував свій винахід, названий згодом журналістами "машиної смерті". За допомогою цього пристосування у вигляді крапельниці можна швидко і безболісно вбивати людей. В апараті було передбачено і спеціальний пристрій для переривання процедури, якщо доброволець несподівано змінить своє рішення. Надалі він удосконалив "суїцидальну" (вбивчу) машину, забезпечивши її маскою з автоматичною подачею смертельної дози вуглекислого газу. Вже багато безнадійно хворих людей скористалися цим апаратом у присутності його автора і за його консультації.

У це викликало обурення громадськості. Занепокоєння це пов'язано, перш за все, з тим, що колишній патологоанатом одноосібно, без консиліуму лікарів-фахівців визначає фатальність хвороби та асистує у подібних справах.

За чверть століття Джек Кеворкян припинив життя 130 хворих. Багаторічний позов його з судами штату Мічиган, який кілька разів його виправдовував, закінчився його засудженням. Ще раніше професійна асоціація американських медиків позбавила його звання лікаря. Сам він отримав назву "лікар-смерть".

Піонером у сфері легалізації добровільної смерті стали Нідерланди. Сприятливі умови для евтаназії існували ще з 1984 року, коли Верховний суд країни визнав добровільну евтаназію прийнятною. Якщо за евтаназії лікар дотримувався пунктів інструкцій, складених Королівською медичною асоціацією, він міг не боятися кримінальної відповідальності. До 1998 року, згідно з дослідженнями Роттердамського Університету Еразма, добровільну евтаназію підтримувало 92 відсотки населення Голландії. І, незважаючи на аргументи релігійного характеру, що часто висуваються, на користь можливості припинення життя пацієнта за власним бажанням висловлювалася значна більшість віруючих, у тому числі 96 відсотків католиків.

Мабуть тому, незважаючи на опір опозиції, восени 2000 року закон про легалізацію деяких форм активної евтаназії пройшов у нижній палаті парламенту з легкістю. Тепер, за рішенням суду у кожному конкретному випадку, лікар, який умертвив або сприяв самогубству свого пацієнта за певних обставин, не визнається винним.

Встановлено три основні умови:

1. евтаназія має бути добровільною,

2. тільки лікар може надавати допомогу або здійснювати евтаназію, та

3. стан пацієнта має бути з медичної точки зору незадовільним.

До евтаназії спокійно ставляться у Голландії. Хоча закону про легалізацію евтаназії у більшості країн немає, практика умертвіння безнадійно хворих пацієнтів застосовується лікарями у багатьох регіонах світу.

Після Голландії другою країною, яка узаконила евтаназію, стала Бельгія в 2002 році. У Швейцарії, де евтаназія в принципі заборонена, насправді людина, яка, не маючи власної вигоди, допомогла іншому піти з життя, не може бути засуджена. За оцінками експертів, щороку у Швейцарії таким прощаються із життям близько 100 осіб.

У 1997 році Конституційний суд Колумбії ухвалив, що лікар, який виконав бажання безнадійно хворого пацієнта про добровільну смерть, не несе за це відповідальності перед судом.

В американському штаті Орегон дозволено так зване "самогубство за допомогою іншої особи". Про нього говорять, коли лікар прописує хворому смертельні пігулки. Але в той же час там не дозволено давати пацієнтам наркотики. У двох інших місцевостях США (рішеннями Апеляційних Судів Другого Округу (Нью-Йорк та ін.) та Дев'ятого Округу (Каліфорня, Орегон та ін.), які позбавляють сили встановлені законом заборони) лікар може виписувати пацієнту, але не давати сам препарати, що викликають смерть .

У Каліфорнії після довгих років обговорень на референдумах у 1977 році було прийнято закон "Про право людини на смерть", за яким невиліковно хворі люди можуть оформити документ з бажанням відключити реанімаційну апаратуру.

Однак досі цим законом офіційно нікому не вдалося скористатися, оскільки однією з умов здійснення евтаназії має бути висновок психіатра про осудність пацієнта (а Американська асоціація психіатрів забороняє своїм членам участь у подібних процедурах), а інша обов'язкова умова полягає в тому, що проводити евтаназію повинен лікар, що також неможливо, оскільки Американська медична асоціація прийняла рішення про заборону своїм членам участь у евтаназії, висунувши гасло: "Лікарі не повинні бути кати". Позиція Ватикану з цього питання помітно пом'якшилася в 2002 році, коли Папа Римський Іоанн Павло II заявив, що використання медичного обладнання для порятунку життя хворого в деяких випадках може бути "безкорисним та неповажним по відношенню до пацієнта"

У 1998 році евтаназія була узаконена на Північних територіях (адміністративна одиниця Австралії) - там лікар міг допомогти пацієнтові піти з життя, прописавши відповідні ліки або зробивши ін'єкцію. Однак через півроку цей закон скасували.

Разом з тим під приводом забезпечення прав людини в багатьох країнах тією чи іншою мірою вільно застосовується евтаназія навіть усупереч існуючим нормам закону. Так, у Швеції та Фінляндії пасивна евтаназія шляхом припинення марної підтримки життя не вважається протизаконною. Однак основою для прийняття лікарем рішення про припинення лікування є вільне та усвідомлене волевиявлення пацієнта. Аналогічні прохання від найближчих родичів пацієнта, що у несвідомому стані, є юридично недійсними.

13 квітня 2005 року Сенат Франції – верхня палата парламенту – схвалив закон про право на смерть. Однак, як зазначив міністр охорони здоров'я Філіп Дуст-Блазі, новий закон не означає, що у Франції буде дозволено евтаназію. "Надане лікарям право дати людині можливість померти не рівносильно праву на умертвіння хворого", - наголосив міністр. Закон передбачає, що у тих випадках, коли вживані заходи лікування стають "некорисними, непропорційними або не мають іншого ефекту, крім штучного продовження життя", вони "можуть бути скорочені або припинені". А поки влада намагається визначитися у своєму ставленні до ідеї евтаназії, один із головних її прихильників, лікар Філіп Нітч, заявив, що купить зареєстрований у Голландії корабель і надаватиме такі послуги, перебуваючи у міжнародних водах і тим самим обминаючи закон.

Письменник Едуард Лимонов у своїй фантастичній книзі "316, пункт B" довів ідею евтаназії до логічного абсурду: у США евтаназії зазнають усі пересічні громадяни, які досягли 65-річного віку, щоб не платити їм пенсію. Згадується ще розповідь Джека Лондона "Закон життя" про старого індіанця, якого плем'я залишило замерзати біля багаття, фільм "Каскадери", де герой фільму відключив друга від системи життєзабезпечення. У публікаціях та телепередачах широко висвітлюються випадки застосування медикаментозної евтаназії, що здійснюється близькими на прохання змученого болями хворого. Їх ніхто не засуджував, не було й роз'яснення щодо цього з погляду права.

Жебрацький стан вітчизняної охорони здоров'я - важливий об'єктивний фактор популярності евтаназії. Воно формує думку, що медично дозволена смерть і припинення життя виглядають гіднішими за болісне споглядання того, як помирають безнадійні хворі, яким суспільство не в змозі допомогти. Це сприяє поширенню в суспільстві цинізму, нігілізму та моральної деградації в цілому, що неминуче при відмові від дотримання заповіді "не вбивай". Кваліфікований лікар повинен враховувати, що прохання хворого на смерть може бути зумовлене його депресією, позбавляючи можливості правильно оцінювати своє становище. Важко провести кордон між самогубством із сторонньою допомогою та вимушеною евтаназією.

Слід враховувати і те, що сьогодні людей, які страждають на онкологічні захворювання, багато, і страждання їх страшні. Як не парадоксально, але пов'язано це з тим, що за останні десятиліття боротьба з раком досягла безперечного прогресу. Людина не гине, як це було раніше, на ранніх стадіях захворювання і навіть у тих випадках, коли лікування не призводить до одужання чи ремісії. Він "дотягує" до такого розвитку хвороби, яке в минулому було принципово недосяжним. Коли організм вже вражений метастазами, людина страждає від виснаження та жахливого болю. Раніше до цієї стадії хвороби доживали одиниці, тепер - це доля більшості хворих на рак. В результаті, евтаназія стає все більш частим рішенням "проблеми болю", впоратися з якою, виявляється, не в змозі ні самі хворі, ні їхні родичі, ні лікарі. Це здається жахливим, але фахівці, які практикують евтаназію, отримують від родичів своїх пацієнтів листи подяки, на захист евтаназії виступають і самі хворі, які втомилися від хвороби.

Сьогодні все частіше говорять про те, що людина повинна мати можливість скористатися "правом на смерть" у разі смертельної хвороби, яка все одно призведе до неминучої загибелі за тиждень, два, три. Прихильники евтаназії наводять, хай не зовсім доречне, але точне порівняння. Якщо ліки дано на прохання хворого, якщо між хворим та лікарем існує згода та домовленість, то евтаназія так само відрізняється від вбивства, як згвалтування від любовного зв'язку.

У той самий час противники евтаназії не втомлюються повторювати, що сучасна цивілізація виправдовує самогубство, що " допомогу у скоєнні самогубства " - неприпустима.

З медичної та морально-етичної точок зору суперечливі погляди на евтаназію породили й суперечливу юридичну оцінку цього явища, що відбилося у законодавствах низки країн. Так, у Швеції та Фінляндії пасивну евтаназію не вважають протизаконною. В основі рішення лікаря про припинення лікування лежить вільне та усвідомлене волевиявлення пацієнта. Аналогічні прохання найближчих родичів пацієнта, що у несвідомому стані, є юридично недійсними. У 1990 році в Австралії в штаті Вікторія було прийнято доповнення до закону 1988 про призначення спеціального агента для вирішення питань від імені приреченого хворого про припинення життя. Активна евтаназія карається законом у всіх країнах, хоча практично застосування законів спостерігається рідко. У зв'язку з цим на 44-й Всесвітній медичній асамблеї в Іспанії в 1992 році була прийнята спеціальна Заява про допомогу лікарів при самогубствах. У ньому наголошувалося, що "...випадки самогубства при пособництві лікаря стали останнім часом предметом пильної уваги з боку громадськості. Самогубство при пособництві лікаря, подібне до евтанзії, є неетичним і підлягає засудженню медичною громадськістю".

Багато вчених вважають, що формулювання "право на смерть" у законодавствах зарубіжних країн, - невдала, оскільки людина, яка має право на смерть, наполягатиме на виконанні свого бажання третіми особами, що фактично легалізує вбивство з милосердя, а це, у свою чергу, може спричинити та певні зловживання. Пропонується використовувати вислів "право людини - померти гідно". І з цим важко не погодитись.

У 1978 році на 39-й Всесвітній медичній асамблеї було прийнято "Декларацію про евтаназію", де, зокрема, сказано: "Евтаназія як акт навмисного позбавлення життя пацієнта, навіть на прохання самого пацієнта або на підставі поводження з подібним проханням його близьких, - Неетична. Це не виключає необхідності поважного ставлення лікаря до бажання хворого не перешкоджати перебігу природного процесу вмирання в термінальній фазі захворювання.

Коли йдеться про безнадійно хворих людей, які переживають нестерпні муки, перед лікарем постає моральний вибір: продовжувати терапію, що підтримує, і тим самим прирікати хворого на подальші фізичні страждання або перервати таке життя? Чи може лікар у такому разі брати на себе функції воротаря долі? Звичайно, це питання має вирішуватися не лише з морально-етичних позицій, але й отримати правову оцінку, оскільки зловживання і навіть злочини в таких випадках не виключені.

Слід зазначити, що в Україні немає традиції правдиво інформувати хворого про тяжкість захворювання, лікарі намагаються щадити його психіку. Зазвичай обмежуються інформуванням його родичів, хоча пацієнт має право знати свій діагноз. Саме сильні болі і змушують хворого просити лікаря прискорити настання смерті. Лікар має протистояти цим проханням, пропонуючи знеболювальні засоби, вибір яких сьогодні досить широкий. Інша річ, коли, наприклад, людина тривалий час перебуває в стані коми, коли шансів повернути її до тями вже немає, а прогресивні медичні технології дозволяють проводити тривалу підтримуючу терапію.

Багато вчених побоюються, що формальний дозвіл евтаназії може стати певним психічним гальмом для пошуку нових, більш ефективних засобів діагностики та лікування тяжкохворих, а також сприяти несумлінності у наданні медичної допомоги таким хворим. Реанімаційна допомога вимагає не лише великих матеріальних витрат, а й величезної напруги фізичних та душевних сил медперсоналу, що обслуговує.

Саме відсутність належного лікування та догляду стимулюють вимоги хворого прискорити смертельний результат, що дозволить лікарю повністю припинити будь-яке лікування та догляд за ним. І в цьому є ще одна причина необхідності правового регулювання цього питання.

Право життя, дане людині з його народження Землі, може бути відірвано з його права на гідну смерть. Кимось було сказано: "Страшніше помилки в якомусь конкретному випадку може бути тільки думка, правильна сьогодні, але помилкова завтра. Це та помилка, яку не можна виявити в теперішньому". Ці мудрі слова можна повністю зарахувати і до проблеми евтаназії. Рішення її – спільне завдання лікарів та юристів, філософів та богословів, одним словом, науковців усього світу, у тому числі й українських. Останнє слово завжди має залишатися за законом.

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №60. При якому типі акцентуації особистості найчастіше формується залежність від психоактивних речовин:

 A ) Збудливий

 B ) Демонстративний

 C ) Застрягає.

 D ) Гіпертимний.

 E ) Екзальтований.

Завдання №61. З чим пов'язана соціокультуральна теорія залежність від психоактивних речовин:

 A ) Порушенням раннього дитячого розвитку

 B ) Вивченням соціальної аномії

 C ) Явищами гіпо-або гіперопіки

 D ) Впливом середовища проживання

 E ) Вивченням стилю сімейних відносин

Завдання №62.Які преморбідні риси особи належать до факторів ризику розвитку нервової анорексії:

 A ) Гіпертимний

 B ) Обсесивно-фобічний

 C ) Шизоїдний

 D ) Демонстративний

 E ) Екзальтований

Завдання №63.З чим пов'язаний розвиток комп'ютерної залежності:

 A ) Наявність віртуальної реальності

 B ) Наявність феномена «уявного друга»

 C ) Порушення соціальної адаптації

 D ) Розвиток психічної патології

 E ) Високий суїцидальний ризик

Завдання №64.Суїцидальна поведінка, пов'язана з кризовими ситуаціями в житті та особистими трагедіями, називається:

A ) психогенним

B ) егоїстичним

C ) альтруїстичним

D ) дистимічним

E ) анемічним

Завдання №65. Який психопатологічний тип реакції найчастіше зустрічається у хворих, що вмирають:

A ) Дисфоричний

B ) Обсесивно - фобічний

C ) Апатичний

D ) Астено – депресивний

E ) Тривожно – депресивний

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

ПСИХОГІГІЄНА. ПСИХОПРОФІЛАКТИКА. ПСИХОТЕРАПІЯ

Актуальність теми : Життя у суспільстві характеризується дедалі зростаючим темпом, величезною кількістю нової інформації, несприятливими екологічними умовами. Це призводить до катастрофічного зростання станів психоемоційного напруження, наслідком яких нерідко стають психогенні психічні розлади та психосоматичні захворювання. Соматичні та психічні захворювання дедалі частіше хроніфікуються, формуючи у хворого специфічну «внутрішню картину хвороби» та нерідко призводячи до розвитку нозогенних психічних розладів. Збільшується кількість сімейних проблем та проблем з підростаючим поколінням. Своєчасне використання принципів психогігієни, психопрофілактики та реабілітації, широке використання психотерапевтичних методів можуть допомогти сучасній людині набути душевної рівноваги, гідно справлятися із щоденними навантаженнями, будувати благополучне сімейне життя, ростити здорове потомство.

Мета (загальна): вміти проводити основні заходи щодо психогігієни та психопрофілактики у загальномедичній практиці, визначати показання до основних психотерапевтичних втручань.

|  |  |
| --- | --- |
| *Цілі конкретні:* 1. Освоїти та вміти застосовувати на практиці основні психогігієнічні підходи. | *Цілі вихідного рівня:*1. Вміти використовувати гігієнічні норми у повсякденній діяльності (кафедра гігієни, кафедра епідеміології); |
| 2. Опанувати та вміти застосовувати на практиці методи первинної, вторинної, третинної психопрофілактики та реабілітації. | 2. Вміти використовувати профілактичні заходи у повсякденній діяльності (кафедра гігієни, кафедра епідеміології); |
| 3. Вміти проаналізувати основні сучасні методи психотерапії (психодинамічний, когнітивно-поведінковий та екзистенційно-гуманістичний напрями). | 3. Вміти використовувати основні теорії особистості у роботі з хворими (кафедра філософії); |
| 4. Опанувати методики раціональної психотерапії, сугестії у стані неспання, ауторелаксації. | 4. Виявляти скарги, збирати анам-нестичні дані, будувати бесіду з хворим відповідно до принципів медичної етики та деонтології (кафедра ОЗО з циклом історії медицини); |
| 5. Вміти визначати показання до інших методів психотерапії (індивідуальної та групової, психодинамічної, гештальт-терапії, НЛП, арт-терапії). | 5. Вміти визначати особливості надання медичної допомоги у екстремальних ситуаціях (кафедра медицини катастроф). |
| 6. Опанувати навички психологічної допомоги при кризових станах. |  |
| 7. Вміти надавати психологічну допомогу в екстремальних ситуаціях. |  |

Для оцінки вихідного рівня знань пропонується виконати такі завдання:

Завдання №66. Навчання дітей правилам поведінки на воді відноситься до заходів:

А) Профілактики

B ) Гігієни

C ) Пропаганди

D ) Загальної медицини

E. ) Психотерапії

Завдання №67. Уважне вислуховування скарг хворого та співчуття до його проблем ґрунтується на теорії особистості:

А) Гуманістичної

B ) Психодинамічній

C ) Когнітивний

D ) Поведінкової

E .) –

Завдання №68. Хворий К., 34 роки. Звернувся до терапевта зі скаргами на головний біль, дратівливість, знижений настрій. Сомато-неврологічно – у межах вікової норми. Процес постановки діагнозу має бути розпочато з:

А) Збір анамнезу

B ) Консультації невропатолога

C ) Консультації психіатра

D ) МРТ-дослідження

E ) ЕКГ-дослідження

Якщо при виконанні наведених вище завдань виникли труднощі, необхідно звернутись до наступної літератури:

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. К., 1996,

стор.76-89.

2. Василенко В.Х. Внутрішня хвороба. М., 1978, стор 22-31, 46-54, 68-79.

3. Маклаков А.Г. Загальна психологія. - СПб., 2000, 592с.

Зміст навчання:

**Психогігієна та психопрофілактика** (від грец. hygienos — цілющий та prophylaktikos — запобіжний) — галузі [медичної психології](http://psy.kemcity.ru/vocab/txt/m09.htm) , завданням яких є надання спеціалізованої допомоги практично здоровим людям з метою запобігання нервово-психічним та психосоматичним захворюванням, а також полегшення гострих психотравматичних реакцій.

Психічне здоров'я має на увазі благополуччя всього організму. Психогігієнічні заходи мають профілактичне значення щодо психічної (психогенних розладів, алкоголізму, нарко- та токсикоманій) та соматичної патології. Наприклад, дотримання вимог психогігієни допомагає у запобіганні інфарктам, мозковим інсультам, гіпертонічній хворобі; гігієнічний режим харчування є мірою профілактики церебрального атеросклерозу; заняття фізкультурою та спортом підтримують і фізичне, і психічне здоров'я.

**Психогігієна** - галузь медичних знань, що вивчає фактори та умови довкілля, що впливають на психічний розвиток та психічний стан людини та розробляє рекомендації щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я

Психогігієна як наукова галузь медичної психології вивчає стан нервово-психічного здоров'я населення, його динаміку у зв'язку з впливом на організм людини різних факторів зовнішнього середовища (природних, виробничих, соціально-побутових) та розробляє на підставі цих досліджень науково-обґрунтовані заходи активного впливу на середовище та функції людського організму з метою створення найбільш сприятливих умов для збереження та зміцнення здоров'я людей. У психогігієні виділяють такі розділи:

1) вікова психогігієна,

2) психогігієна побуту,

3) психогігієна сімейного життя,

4) психогігієна трудової діяльності та навчання.

Розділ *вікової психогігієни* включає психогігієнічні дослідження та рекомендації, що належать насамперед до дитячого та похилого віку, оскільки відмінності в психіці дитини, підлітка, дорослої та літньої людини значні. Психогігієна дитячого віку базується на особливостях психіки дитини та забезпечує гармонію її формування. нервова система дитини, Що Формується, чуйно реагує на найменші фізичні і психічні впливи, тому велике значення правильного і чуйного виховання дитини. Основними умовами виховання є:

- розвиток та тренування процесів гальмування,

- виховання емоцій,

- Навчання подолання труднощів.

У шкільні роки необхідно враховувати навантаження та перевантаження, рівномірний розподіл яких сприяє гармонійному формуванню особистості та інтелекту дитини, розвитку почуття відповідальності, дисципліни, установок на працю. У підлітковому віці серйозного психогігієнічного підходу вимагають вибору професії, питання, пов'язані з сексуальним життям, питання профілактики зловживання психоактивними речовинами.

Психогігієнічні проблеми мають свою специфіку в літньому та старечому віці, коли на тлі падіння інтенсивності обміну речовин знижується загальна працездатність, функції пам'яті та уваги, загострюються характерологічні риси особистості. Психіка людини похилого віку стає більш вразливою для психічних травм, особливо болісно переноситься ламання життєвого стереотипу у зв'язку з виходом на пенсію, відходом дітей з батьківського будинку, смертю одного з подружжя. Підтримці психічного здоров'я у похилому віці сприяє дотримання загальногігієнічних правил та режиму дня, прогулянки на свіжому повітрі, невтомна праця.

*Психогігієна праці та побуту* . Значну частину часу людина присвячує праці, тому важливе значення має емоційне ставлення до праці. Вибір професії – відповідальний крок у житті кожної людини, тому необхідно, щоб обрана професія відповідала інтересам, здібностям та підготовленості особистості. Тільки при цьому праця може приносити позитивні емоції: радість, моральне задоволення, а зрештою, і психічне здоров'я.

У психогігієні праці важливу роль відіграє промислова естетика: сучасні форми машин; зручне робоче місце, добре оформлене приміщення. Доцільно обладнання на виробництві кімнат відпочинку та кабінетів психологічного розвантаження, що зменшують стомлення та покращують емоційний стан працюючих.

Вивченням та покращенням гігієнічних та психогігієнічних умов праці людей у різних галузях виробництва займається ергономіка як особлива наукова дисципліна про працю, що поєднує дані психології, фізіології, анатомії, гігієни, педагогіки та інших галузей знання про людину. Одним із важливих розділів психогігієни праці є гігієна інтелектуальної праці, яка розробляє диференційовані гігієнічні норми розумових навантажень для різних вікових категорій, займається питаннями активного відпочинку залежно від умов праці людини, яка відпочиває.

Більшість часу людина проводить у спілкуванні з іншими людьми. Добре слово, дружня підтримка та участь сприяють бадьорості, гарному настрою. І навпаки, грубість, різкий або зневажливий тон можуть стати психотравмою, особливо для недовірливих, чутливих людей. Дружний та згуртований колектив на виробництві може створити сприятливий психологічний клімат. Люди, які «все приймають надто близько до серця», надають незаслуженої уваги дрібницям, не вміють гальмувати негативні емоції. Їм слід виховувати у собі правильне ставлення до неминучих у повсякденному житті труднощів. Для цього необхідно вчитися правильно, оцінити те, що відбувається, керувати своїми емоціями, а коли потрібно, і придушити їх.

Серйозною проблемою психогігієни є вивчення впливу на організм людини засобів, телебачення, радіо, комп'ютерної техніки.

*Психогігієна сімейного життя* . У психогігієнічному аспекті шлюбу важливі вік одруження, достатня кількість часу для того, щоб майбутнє подружжя краще впізнало одне одного, достатня поінформованість про спадковість подружжя, зрілість уявлень про сім'ю та подружнє життя.

Одне з найважливіших завдань психогігієни – допомога у створенні гармонійного статевого життя, оскільки неправильно побудоване статеве життя стає нерідко болісною таємницею людини, джерелом внутрішніх та зовнішніх конфліктів, призводячи до цілого ряду психічних та сексуальних розладів від неврозів до імпотенції у чоловіків та фригідності у жінок.

Сім'я є групою, у якій закладаються основи особистості, відбувається її початковий розвиток. Характер взаємовідносин між членами сім'ї істотно впливає на долю людини і тому має величезну життєву значимість для кожної особистості і для суспільства в цілому.

Сприятлива атмосфера у ній створюється за наявності взаємної поваги, любові, дружби, спільності поглядів. Великий вплив формування відносин у сім'ї надають емоційне спілкування, взаєморозуміння, поступливість. Така ситуація сприяє створенню щасливої сім'ї - неодмінній умові правильного виховання дітей.

Психогігієна займається питаннями підготовки до шлюбу, до створення умов гармонійних шлюбів, а також розробкою системи заходів, спрямованих на зміцнення гармонії сім'ї, що зберігається.

**Психопрофілактика**- Розділ медичної психології , який займається розробкою та впровадженням у практику заходів щодо попередження психічних хвороб, переходу їх у хронічну форму, а також з реабілітації психічно хворих. Відзначається тісний зв'язок понять психопрофілактики та психогігієни. Їхнє розмежування (особливо первинної психопрофілактики та психогігієни) досить умовне. Психогігієна головною своєю метою має збереження, зміцнення та поліпшення психічного здоров'я шляхом організації належного природного та суспільного середовища, відповідного режиму та способу життя, а психопрофілактика спрямована на попередження психічних розладів. Т.ч., відмінність психогігієни та психопрофілактики полягає в об'єкті їх дослідження та практичного застосування. Психогігієна спрямована на збереження психічного здоров'я, а психопрофілактика займається субклінічними та клінічними порушеннями.

Завдання психопрофілактики:

- запобігання впливу на організм хвороботворної причини;

- попередження розвитку захворювання шляхом раннього його діагностування та лікування;

- попереджувальне лікування та заходи, що запобігають рецидивам хвороби та перехід їх у хронічні форми.

Завдання та методи психопрофілактики залежать від особливостей та виду психічних розладів. Важливо визначити природу патології психіки (функціональна чи органічна), форму перебігу хвороби (реактивна чи процесуальна), оборотні чи незворотні психопатологічні розлади. Має значення також встановлення співвідношення соціального та біологічного в етіології хвороби. У попередженні розладів психічної діяльності слід враховувати як чинники довкілля, і чинники, зумовлені конституцією і преморбідним складом особистості. Необхідно пам'ятати про захисні сили організму, збережені сторони психіки, які психопрофілактика повинна стимулювати, посилюючи опір організму та особистості хвороби та компенсуючи її наслідки.

Принципи психопрофілактики праці, побуту, сім'ї та сексуальних відносин:

- Підвищення витривалості психіки до шкідливих впливів;

- профілактика інфекційних захворювань, інтоксикацій та інших шкідливих впливів довкілля;

- Вивчення динаміки нервово-психічного стану людини під час трудової діяльності та в побутових умовах, наприклад, облік впливу різних професійних шкідливостей (чинники інтоксикації, вібрації, значення перенапруги на роботі, самого характеру виробничого процесу);

- Проведення профвідбору, особливо для діяльності в екстремальних умовах;

- психологічна підготовка персоналу до діяльності в умовах емоційної напруженості при одночасному підвищенні вимогливості до кваліфікації персоналу та відсутності абсолютної надійності прогнозування стійкості до стресів;

- усунення хворобливих форм нервово-психічного напруження шляхом усунення психотравмуючої ситуації або ж (найоптимальніший варіант) шляхом зміни ставлення до цієї ситуації особистості за умови, що сама ситуація зберігається;

- корекція порушених міжособистісних відносин, що зумовлюють виникнення нервово-психічного напруження шляхом індивідуальної чи групової роботи, а також шляхом використання методів сімейної психотерапії;

- Використання комплексного підходу у проведенні психопрофілактичних заходів.

Методи психогігієни та психопрофілактики включають психокорекційну роботу в рамках консультативних центрів, «телефонів довіри» та інших організацій, орієнтованих на [психологічну допомогу](http://psy.kemcity.ru/vocab/txt/p123.htm) здоровим людям; масові обстеження з метою виявлення так званих груп ризику та профілактичної роботи з ними; інформування населення і т. д. Спеціальними завданнями психогігієни та психопрофілактики є допомога людям у кризових ситуаціях сімейного, навчального чи виробничого характеру, робота з молодими та розпадаються сім'ями тощо.

Відповідно до класифікації ВООЗ, виділяють первинну, вторинну та третинну психопрофілактику. *Первинна психопрофілактика* тісно пов'язана з *психогігієною* ; вона включає заходи, спрямовані на запобігання інфекційним хворобам, травмам, психогенним впливам, що викликають порушення психіки, а також правильне виховання підростаючого покоління, превентивні заходи в гостроконфліктних ситуаціях, профілактику професійних шкідливостей, професійну орієнтацію та професійний відбір, прогнозування спадкових хвороб.

 *Вторинну психопрофілактику* становлять рання діагностика, своєчасне лікування та прогноз небезпечних для життя хворого станів, а також комплекс заходів щодо попередження несприятливої динаміки виниклих психічних хвороб, зменшення патологічних проявів, полегшення перебігу хвороби та поліпшення результату.

 *Третинна психопрофілактика* спрямовано попередження несприятливих соціальних наслідків психічних захворювань; вона включає реабілітаційні заходи, запобігання інвалідності та ін. та витривалості його основних нервових процесів; розширення соціальних зв'язків людини; Перелічені фактори можуть за певних умов призвести до виникнення та розвитку психічних розладів, наприклад, прикордонних станів, що слід враховувати при розробці психопрофілактичних заходів. Важливо пам'ятати, що за цих умов перетворюється і сама людина, її біосоціальна структура. Необхідно також пам'ятати незмірні потенційні можливості властивої йому активної адаптації.

 **Психічна реабілітація** (від лат. re - знову, habilis - зручний, пристосований) - система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціально-трудового статусу хворих та інвалідів, а також осіб, які перенесли захворювання, отримали психічну травму в результаті різкої зміни соціальних відносин, умов життя і т. д. В основі психічної реабілітації лежить уявлення про хворобу як про руйнівний процес в організмі людини, що характеризується не тільки поганим фізичним самопочуттям хворого, але і зміною його особистості, зрушеннями в емоційній сфері. Повернення до здоров'я, з погляду такого підходу, передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості у своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану та рецидиву хвороби тощо. та соціально-адаптивних якостей. Здійснення психічної реабілітації потребує створення психологічних умов, що сприяють збереженню позитивного ефекту лікування (наприклад, організація дозвілля, спілкування, диспансеризація). Розвиток теорії та практики психічної реабілітації безпосередньо пов'язане з вирішенням проблем психопрофілактики, психотерапії, клінічної психології.

Найбільш змістовне та повне визначення реабілітації прийнято на 9-й нараді міністрів охорони здоров'я та соціального забезпечення східноєвропейських країн, згідно з якою реабілітація є системою державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів , що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне та раннє повернення хворих та інвалідів (дітей та дорослих) у суспільство та до суспільно-корисної праці. Реабілітація є складним процесом, у результаті якого в постраждалого формується активне ставлення до порушення його здоров'я та відновлюється позитивне сприйняття життя, сім'ї та суспільства.

Реабілітація включає профілактику, лікування, пристосування до життя та праці після хвороби, але насамперед – особистісний підхід до хворої людини. В даний час прийнято розрізняти медичну, професійну та соціальну та психологічну реабілітацію. Професійна реабілітація включає заходи щодо повернення хворому працездатності, вдаючись до можливостей збережених професійних навичок, нехай навіть шляхом перекваліфікації. Соціальна реабілітація включає в себе заходи щодо повернення хворого до спільноти шляхом забезпечення відповідних умов для його життя в сім'ї, належних матеріальних умов. Психологічна реабілітація полягає у застосуванні різних діагностичних, лікувально-відновлювальних та психотерапевтичних способів, спрямованих на активізацію внутрішніх сил особистості для відновлення порушених психічних функцій та емоційно-вольової стійкості.

При психічних захворюваннях реабілітація має свої особливості, пов'язані в першу чергу з тим, що за них, як ні за яких інших хвороб, відбуваються серйозні порушення особистості, її соціальних зв'язків та відносин. Реабілітація психічно хворих розуміється як їх ресоціалізація, відновлення чи збереження індивідуальної та суспільної цінності хворих, їхнього особистого та соціального статусу. Основні принципи реабілітації: партнерство, різнобічність зусиль, єдність психосоціальних та біологічних методів, ступінчастість прикладених зусиль, проведених впливів та заходів. Реабілітація являє собою одночасно мету (відновлення або збереження статусу особистості), процес, що має нейрофізіологічні та психологічні механізми, та метод підходу до хворого. Т.ч., початкове уявлення про реабілітацію як про завершальну фазу медичної діяльності в сучасній медицині поступилося місцем ширшому її розумінню як багатоетапного динамічного процесу, що включає відповідно орієнтоване лікування та націленого на соціальну реінтеграцію пацієнта. В даний час реабілітація розглядається як напрямок сучасної медицини і одночасно як система діяльності, що має на меті відновлення особистого та соціального статусу хворого та використовує особливий методичний підхід. Головною його суттю є опосередкування всіх заходів і впливів через особистість пацієнта.

Психосоціальна реабілітація розглядається як процес, що включає розробку та реалізацію індивідуальної програми реабілітаційного обслуговування конкретних пацієнтів. Ці програми, складені з урахуванням принципів реабілітації та обов'язкових ресурсів реабілітаційного процесу, є інструментом досягнення кінцевих цілей реабілітації.

Глобальною метою реабілітаційної діяльності є покращення соціального функціонування пацієнта при скороченні обсягів професійного втручання.

Як етапні, проміжні або конкретні цілі можуть розглядатися:

- Досягнення незалежного функціонування пацієнта в суспільстві;

- Подолання нейрокогнітивного дефіциту;

- попередження повторних загострень та регоспіталізацій;

- розвиток ефективних стратегій подолання хвороби;

- Задоволеність пацієнта своїм життям і т.д.

Модель медико-соціальної реабілітації передбачає виділення трьох сфер, на які надається той чи інший терапевтичний вплив:

* сфера ушкодження (психічний розлад, виражений у конкретному категоріальному діагнозі);
* сфера функціональної недостатності (дисфункція особистості);
* сфера обмеження (дефекту) соціальної активності пацієнта

Принципові відмінності у змісті різних рівнів неспроможності пацієнта знаходять відображення при розробці цілей реабілітації та методів на пацієнта (табл.). При цьому лікування психічного розладу (купування симптомів) здійснюється у звичайному психіатричному стаціонарі, відновлення втрачених навичок – у відділенні психосоціальної реабілітації, а підвищенні соціально-рольового функціонування – у позалікарняних умовах за місцем проживання. Тому доцільно виділяти три етапи медико-соціальної реабілітації:

1. Етап медичної реабілітації.

2. Шпитальний етап медико-соціальної реабілітації.

3. Екстрагоспітальний (позалікарняний) етап соціальної реабілітації.

**Модель медико-соціальної реабілітації**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сфери впливу | Пошкодження (психічний розлад) | Функціональна неспроможність (дисфункція особистості) | Обмеження (дефект) соціальної активності |
| Визначення сфери впливу | Втрата (зниження, збочення, аномалія) психічних функцій та процесів | Нездатність (обмежена здатність) особистості використовувати навички та виконувати соціально корисні дії | Неможливість адекватного соціально-рольового функціонування у різних сферах |
| Ціль | Редукція або усунення симптомів психічного розладу (досягнення терапевтичного інсайту) | Формування навичок та вмінь, необхідних для підвищення рівня функціонування особистості | Інтеграція пацієнтів у співтовариство та пристосування до вимог реального оточення (досягнення незалежного функціонування пацієнта у суспільстві, розширення реальних повноважень, покращення якості життя). |
| Методи впливу | Фармакотерапія, психотерапія, групова терапія | 1. Психоосвітні та навчальні програми.
2. Тренінг соціальних навичок
 | Різні прийоми підтримки оточення, спрямовані на створення умов (можливостей) для реалізації навичок та оптимізації соціального функціонування у звичайній для пацієнта сфері |
| Місце проведення | Відділення кризових станів | Відділення медико-соціальної реабілітації | За місцем проживання (у співтоваристві) |

Завдання 1. У загальносоматичній поліклініці вивішено санбюлетень, присвячений проблемам депресії. Цей захід відноситься до:

1. Психогігієна;
2. Первинної психопрофілактики;
3. Вторинної психопрофілактики;
4. Третичну психопрофілактику;
5. Психологічна реабілітація.

Завдання 2. У школі підліткам прочитано лекцію про шкоду алкоголю. Цей захід відноситься до проблем:

1. Віковий психогігієни;
2. Психогігієни праці та побуту;
3. Психогігієни сім'ї;
4. Психопрофілактики;
5. Реабілітація.

Завдання 3. Лікар-терапевт дає рекомендації пацієнтові К., 68 років, пропонуючи заняття фізкультурою у групі здоров'я, прогулянки на свіжому повітрі двічі на день, дозоване фізичне навантаження на дачній ділянці, відвідування групових психотерапевтичних занять. Дані заходи належать до проблем:

1. Віковий психогігієни;

2. Психогігієни праці та побуту;

3. Психогігієни сім'ї;

4. Психопрофілактики;

5. Реабілітації.

Завдання 4. При вступі працювати до органів внутрішніх справ претенденти проходять психологічне тестування, спрямоване визначення особливостей основних психічних функцій, структури особистості, схильності до агресивному і аутоагресивному поведінці. Цей захід відноситься до:

1. Психогігієна;
2. Первинної психопрофілактики;
3. Вторинної психопрофілактики;
4. Третичну психопрофілактику;
5. Психологічна реабілітація.

Завдання 5. Молода пара звернулася до центру психологічного консультування з проханням визначити їхню психологічну сумісність для створення сім'ї. Їм запропоновано відвідати курс лекцій та групових занять, на яких розглядаються питання мотивів одруження, гармонійного сімейного життя, гармонії сексуальних відносин. Дані заходи належать до проблем:

1. Віковий психогігієни;

2. Психогігієни праці та побуту;

3. Психогігієни сім'ї;

4. Психопрофілактики;

5. Реабілітації.

Завдання 6. У загальносоматичній лікарні психолог кожні півроку проводить обстеження лікарів та медичного персоналу з метою визначення ознак емоційного вигоряння та пов'язаних з ним психопатологічних та соматичних симптомів. Цей захід відноситься до:

1. Психогігієна;

2.Первинної психопрофілактики;

3. Вторинну психопрофілактику;

4. Третинної психопрофілактики;

5. Психологічна реабілітація.

Завдання 7. Хворий К., 18 років. Через 2 тижні після усунення гострих симптомів першого психотичного епізоду (гострий поліморфний психотичний розлад із симптомами шизофренії) вступив до реабілітаційного відділення. Підбір адекватної психофармакотерапії з метою повного усунення залишкових явищ перенесеного психозу відноситься до:

1. Психогігієна;
2. Первинної психопрофілактики;
3. Вторинної психопрофілактики;
4. Третичну психопрофілактику;
5. Реабілітація.

Завдання 8. Хвора В., 45 років, перебуває на лікуванні у психіатричній лікарні з приводу помірного депресивного епізоду, що розвинувся після раптової смерті чоловіка. Крім медикаментозної терапії, хвора відвідує групові заняття, спрямовані на вироблення у пацієнтки навичок життя без підтримки чоловіка, з нею проводиться індивідуальна психотерапевтична робота з високим рівнем емоційної підтримки. Ця система заходів відноситься до:

1. Психогігієна;
2. Первинної психопрофілактики;
3. Вторинної психопрофілактики;
4. Третичну психопрофілактику;
5. Реабілітація.

Завдання 9. Хворий Ст, 45 років. Протягом 20 років страждає на шизофренію. Є інвалідом ІІІ групи, працює лаборантом. Регулярно відвідує заняття у Клубі колишніх пацієнтів, індивідуальні та групові психотерапевтичні сеанси. Вважає, що його щодо стабільного стану допомагає не лише регулярний прийом медикаментів, а й психологічна підтримка, яка налаштовує його на постійний прийом ліків, роботу, допомогу батькам по дому. Проведені стосовно хворого заходи відносяться до:

1. Психогігієна;
2. Первинної психопрофілактики;
3. Вторинної психопрофілактики;
4. Третичну психопрофілактику;
5. Реабілітація.

Завдання 10. Хворий Є., 26 років, протягом 3-х років страждає на шизофренію, після чергового загострення, спровокованого скандалом між батьками, перебуває на лікуванні в психіатричному стаціонарі. У відділенні хворого відвідує лише матір, за словами якої, чоловік (батько) відмовляється визнати наявність хвороби у сина, вважає його ледарем, звинувачує матір у тому, що вона «покриває неробу». З цього приводу у сім'ї часто бувають скандали, під час яких мати захищає сина, а хворий «закривається у своїй кімнаті та плаче». Після роз'яснювальної розмови та усунення у хворого психотичних симптомів сім'я включена до програми сімейної терапії, заняття відвідують усі члени сім'ї. Ця система заходів відноситься до:

* 1. Психогігієна;
	2. Первинної психопрофілактики;
	3. Вторинної психопрофілактики;
	4. Третичну психопрофілактику;
	5. Реабілітація.

**Психотерапія** буквально означає «лікування душі» (від грец. psyche – душа, therapeia – лікування). Визначення терміна «психотерапія» включають такі поняття як хворий, хвороба чи здоров'я, лікувальні дії. Існує безліч варіантів визначення поняття «психотерапія», наприклад:

- система лікувальних впливів на психіку та через психіку – на організм людини;

- специфічна ефективна форма на психіку людини з метою забезпечення та збереження здоров'я;

- процес лікувального впливу на психіку хворого або групи хворих, що поєднує лікування та виховання;

- цілеспрямоване впорядкування порушеної діяльності організму психологічними засобами (Кратохвіл).

Психотерапевтичне втручання (психотерапевтична інтервенція) – вид психотерапевтичного впливу, який характеризується певними цілями та відповідним цим цілям вибором засобів впливу (методів психотерапії).

При всій різноманітності психотерапевтичних підходів існує три основних напрямки в психотерапії, іншими словами, три психотерапевтичні теорії (психодинамічна, поведінкова та гуманістична, "дослідна") відповідно трьом основним напрямам психології, і кожен з них характеризується своїм власним підходом до розуміння особистості та особистісних порушень та логічно пов'язаної із цим власною системою психотерапевтичних впливів.

**Сучасні методи психотерапії.**

Психодинамічний підхід стверджує, що думки, почуття та поведінка людини детерміновані несвідомими психічними процесами. Особистість, за Фрейдом, складається з трьох основних компонентів. Перший компонент - "ід", воно - резервуар несвідомої енергії, що включає базальні інстинкти, бажання та імпульси, з якими люди народжуються (Ерос - інстинкт задоволення і сексу, Танатос - інстинкт смерті, який може мотивувати агресію або аутоагресію). «Ід» шукає негайного задоволення, незважаючи на соціальні норми чи правничий та почуття інших, тобто. діє згідно із принципом задоволення.

Другий компонент особистості - "его", я - розум. «Его» знаходить компроміси між нерозумними вимогами «ід» і реального світу, тобто. діє згідно із принципом реальності. «Его» намагається задовольнити потреби, захистивши при цьому людину від фізичної та емоційної шкоди, яка може з'явитися наслідком усвідомлення чи відреагування імпульсів, що виходять із «ід», «Его» - виконавча влада особистості.

Третій компонент особистості – «суперего» - розвивається у процесі виховання як результат інтерналізації батьківських та соціальних цінностей. «Суперего» - це наше совість, наші «треба» та «не можна». «Суперего» діє на основі принципу моралі, порушення його норм призводить до почуття провини.

Інстинкти («ід»), розум («его») та мораль («суперего») часто приходять у зіткнення між собою, внаслідок чого виникають інтрапсихічні (психодинамічні) конфлікти. Фрейд вважав, що число цих конфліктів, їх природа та способи вирішення надають форму особистості та визначають багато аспектів поведінки. Особистість у тому, як людина вирішує завдання задоволення широкого спектра потреб. У нормі адаптивне поведінка пов'язують із малою кількістю конфліктів чи з ефективним їх вирішенням. Численні, важкі або погано керовані конфлікти призводять до рис особистості, що відхиляються, або до психічних розладів.

Найважливіша функція «его» - утворення захисних механізмів проти тривоги та вини. Захисні механізми (витіснення, проекція, заміщення, утворення реакції, раціоналізація, заперечення, сублімація та ін.) - це несвідома психологічна тактика, що допомагає захистити людину від неприємних емоцій. Невротична тривога, за Фрейдом, є сигналом того, що несвідомі імпульси загрожують подолати захисні механізми та досягти свідомості.

У класичному психоаналізі виділяються такі психотерапевтичні методики як метод вільних асоціацій, реакції перенесення та опору. При застосуванні методу вільних асоціацій людина продукує потік думок, спогадів дитинства, не піддаючи їх аналізу та критики, а психоаналітик оцінює їх, розсортуючи залежно від значущості, намагаючись виявити патогенні дитячі переживання, що витіснили зі свідомості. Потім від пацієнта потрібно відреагування (катарсис) значних переживань з метою позбавлення їх негативного впливу на психічну діяльність. Подібним чином відбувається процес терапії при аналізі сновидінь, помилкових дій (описок та застережень) людини, за якими, як вважається в психоаналізі, стоїть символічне позначення симптомів та проблем у зв'язку з витісненням їх із свідомості.

Психоаналіз (і психоаналітично орієнтована психотерапія) ставить перед собою такі завдання:

- Домогтися у пацієнта усвідомлення (інсайту) інтрапсихічного, або психодинамічного, конфлікту;

- опрацювати конфлікт, тобто. простежити, як він впливає актуальну поведінку і інтерперсональні відносини.

Основним показанням для застосування психоаналітичної психотерапії є аналізованість пацієнта (феномен, подібний до гіпнабельності та навіюваності в сугестивній психотерапії), яка залежить від особистісних особливостей пацієнта, в першу чергу, від інтенсивності мотивації на тривалий процес терапії, а також від здатності зняти контроль над своїми думками і почуттями та здатністю до ідентифікації з іншими людьми. До протипоказань відносять істеричні особистісні розлади.

Представники поведінкового спрямування фокусують свою увагу на поведінці як єдиної психологічної реальності, доступної безпосередньому спостереженню. Норма - це адаптивна поведінка, а невротичний симптом або особисті розлади розглядаються як неадаптивна поведінка, що сформувалася в результаті неправильного навчання. Отже, метою психологічного втручання є навчання, тобто заміна неадаптивних форм поведінки на адаптивні (еталонні, нормативні, правильні). Методично навчання здійснюється на підставі базових теорій або моделей навчання, що існують у біхевіоризмі (класичне та оперантне обумовлення, навчання за моделями, соціальне навчання). Не маючи чітких уявлень про науково-психологічні засади того чи іншого конкретного методу поведінкової психотерапії, неможливо застосовувати його ефективно. Поведінка психотерапевта у межах цього підходу також суворо зумовлена теоретичною концепцією. Показаннями до застосування поведінкової психотерапії є тривожні стани, сексуальні порушення, міжособистісні та подружні проблеми, хронічні психічні розлади (шизофренія), дитяча психопатологія (порушення поведінки, агресивність, делінквентність, гіперактивна поведінка, аутизм).

Гуманістичний напрямок виходить із визнання унікальності людської особистості і як основну потребу розглядає потребу в самореалізації та самоактуалізації. У найзагальнішому вигляді невроз є наслідком неможливості самоактуалізації, наслідком блокування цієї потреби, що пов'язано з недостатнім саморозумінням та прийняттям себе, недостатньою цілісністю Я. У цьому випадку метою психологічного втручання буде створення умов, у яких людина зможе пережити новий емоційний досвід, що сприятиме усвідомленню та прийняття себе, і навіть інтеграції. Необхідність створення умов, у яких людина отримує найкращі змогу набуття нового емоційного досвіду, визначає специфічні особливості поведінки психотерапевта, його роль, позицію, орієнтацію і стиль.

Гуманістична психотерапія ґрунтується на таких припущеннях:

1. Лікування є зустріч рівних людей (енкоутер), а не ліки, що наказує фахівець. Таке лікування допомагає пацієнтові відновити своє природне зростання, відчувати і поводитися відповідно до того, який він є насправді, а не з тим, яким він має бути на думку інших.
2. Поліпшення у пацієнтів настає саме собою, якщо терапевт створює правильні умови. Ці умови сприяють усвідомленості, самоприйняттю та виразу пацієнтами своїх почуттів, особливо тих, які вони пригнічували та блокують їх зростання. Терапія сприяє інсайту як усвідомленню поточних почуттів та сприйняттів, а не несвідомих конфліктів, як у психоаналізі.
3. Найкращий спосіб створення цих правильних умов - встановлення відносин, за яких пацієнт відчуває безумовне прийняття та підтримку. Поліпшення настає не через застосування спеціальних технік, а внаслідок переживання пацієнтом цих відносин.
4. Пацієнти повністю відповідальні за вибір свого способу мислення та поведінки.

Загальна мета психотерапії полягає у допомозі пацієнтам змінити своє мислення та поведінку таким чином, щоб стати більш щасливими та продуктивними. Сучасні методи психотерапії базуються на особистісному підході, що реалізується у таких напрямках:

- Вивчення особистості хворого, закономірностей її розвитку та специфіки порушень з метою оптимізації психотерапевтичних впливів;

- облік особистісних особливостей під час використання будь-яких психотерапевтичних методів;

- орієнтація психотерапевтичного процесу на особисті зміни.

Послідовність психотерапевтичного процесу:

- встановлення оптимального контакту, залучення пацієнта до співпраці, створення мотивації до психотерапії;

- прояснення (розуміння психотерапевтом і, певною мірою, пацієнтом) причин та механізмів формування симптомів, виникнення емоційних та поведінкових порушень;

- Визначення «психотерапевтичних мішеней»;

- Застосування конкретних методів і технік, спрямованих на досягнення змін (когнітивних, емоційних, поведінкових) і що призводять надалі до редукції симптоматики;

- закріплення досягнутих результатів;

- Закінчення курсу психотерапії (зокрема, вирішення проблем, пов'язаних з можливою залежністю від психотерапевта).

**Принципи психотерапії:**

- вибір методу психотерапії здійснюється відповідно до наявних у пацієнта показань на підставі вивчення особистості хворого;

- психотерапевтичне втручання спрямоване на особистісний розвиток, профілактику, лікування або реабілітацію проблем, що є у пацієнта;

- цільовою орієнтацією психотерапії є досягнення змін у когнітивній, емоційній, поведінковій сферах;

- будь-який із психотерапевтичних методів спирається на теорію походження, розвитку, збереження та зміни особистості;

- Досягнуті в процесі психотерапії зміни повинні зазнавати емпіричної перевірки;

- психотерапевт повинен мати професійне та юридичне право використовувати цей метод психотерапевтичного втручання.

**Показання до психотерапії.**

Найбільш суттєвим показанням до психотерапевтичної роботи з конкретним пацієнтом є роль психологічного фактора у виникненні та перебігу хвороби. Чим більша питома вага психологічного фактора в етіопатогенезі захворювання, тим більше показана психотерапія і тим більше вона займає в системі лікувальних впливів. Іншими словами, чим більш виражена психогенна природа захворювання (тобто чим зрозуміліший зв'язок між ситуацією, особистістю і хворобою), тим більш адекватним і необхідним стає застосування психотерапевтичних методів.

Показання до психотерапії також зумовлені можливими наслідками захворювання. Поняття "наслідки захворювання" можна конкретизувати. Вони можуть бути пов'язані з клінічними, психологічними та соціально-психологічними проблемами. По-перше, це можлива вторинна невротизація, тобто маніфестація невротичної симптоматики, викликана не первинними психологічними причинами, а психотравмуючої ситуацією, якою виступає основне захворювання. По-друге, це реакція особистості на хворобу, яка може сприяти як процесу лікування, так і перешкоджати йому. Неадекватна реакція особистості на хворобу (наприклад, анозогностична або, навпаки, іпохондрична тощо) також потребує корекції психотерапевтичними методами. По-третє, може йтися про наявність психологічних та соціально-психологічних наслідків. Тяжка хвороба, що змінює звичний спосіб життя пацієнта, може призводити до зміни соціального статусу; неможливості реалізації та задоволення значущих для особистості відносин, установок, потреб, прагнень; змін у сімейній та професійній сферах; звуження кола контактів та інтересів; зниження працездатності, рівня активності та мотиваційних компонентів; невпевненості у собі та зниження самооцінки; формування неадекватних стереотипів емоційного і поведінкового реагування та ін. Безумовно, що у кожному конкретному випадку показання до психотерапії визначаються як нозологічної приналежністю, а й індивідуально-психологічними особливостями пацієнта, його мотивацією до участі у психотерапевтичної роботі.

**Непряма психотерапія.**

Методика "маска" - варіант непрямої (опосередкованої) психотерапії. У цьому випадку медичний персонал попередньо готує хворого до процедури, що полягає в інгаляції "нових, надзвичайно ефективних" ліків, які "спеціально замовлені для хворого" і будуть використані в особливих умовах. Пацієнта укладають на стіл, закривають обличчя наркозною маскою, змоченою невідомою йому пахучою рідиною, і коли він починає її вдихати, здійснюють навіювання, спрямоване на відновлення порушених функцій, зазвичай істеричної природи (мутізм, стійкі гіперкінези, параліч і т. д.). Вперше про використання методики "маски" згадується в лекції видатного психоневролога Флексіга, що відбулася в Лейпцигу ст 1924 г.; демонструвалася дівчина, яка уявила, що має скляний зад. Боячись "розбити" його, вона не сідала і не лягала на спину. Флексіг пообіцяв пацієнтці видалити усі скляні частини оперативним шляхом. Хвору в присутності студентів поклали на стіл, на обличчя була накладена ефірна маска, один з помічників розбив над її головою скляну посудину, професор зробив відповідну навіювання, після якої хвора встала, спокійно сіла на запропонований їй стілець і оголосила, що вона почувається повністю видужаною. . Непряме навіювання з використанням "маски" частіше застосовується при зафіксованих істеричних порушеннях як завершальний етап особистісно-орієнтованої психотерапії, яка підготувала пацієнта до "відмови" від симптому (що виконував пристосувальні, адаптивні функції). Використання "маски" у подібних випадках переконує в цінності симптомо-орієнтованих методів, якщо застосування їх ґрунтується на адекватному розумінні механізмів розвитку неврозу та включається до системи патогенетично обґрунтованої психотерапії.

Психотерапевтичне опосередкування та потенціювання біологічної терапії. У широкому розумінні це посилення ефективності біологічної терапії, до якої в першу чергу належать фармакологічні засоби, фізіотерапія, інші фізико-хімічні фактори, наприклад, що мають на меті безпосередній вплив на мозкову тканину (електросудорожна терапія та ін) за допомогою сугестивних прийомів. У механізмах психотерапевтичного опосередкування та потенціювання біологічної терапії представлені психологічні явища різного рівня. До них насамперед належать макропсихологічні процеси та процеси масових комунікацій. Це тенденції суспільної свідомості, культурні особливості, колективні та групові вірування, а також такі явища, як мода та психологічні аспекти дії засобів масової інформації. Останнім часом все активніше в процеси лікування втручається реклама, її впливу не можна не враховувати.

Крім макропсихологічних, на психотерапевтичне опосередкування та потенціювання біологічної терапії впливають також мікросоціальні процеси, що відносяться до малих груп, насамперед реальних, до яких включений пацієнт. На цьому рівні особливого значення набуває характеру взаємодії в терапевтичній діаді "лікар-хворий". Складність та багатоплановість процесу терапевтичної комунікації відома. Так, наприклад, обговорення з пацієнтом планованого лікування значною мірою підвищує його ефективність та знижує частоту та вираженість негативних ефектів біологічної терапії. Індивідуально-психологічні ефекти психотерапевтичного опосередкування та потенціювання біологічної терапії в сучасній психотерапії вивчені переважно і описуються насамперед через процеси непрямого (опосередкованого, збройного) навіювання та плацебо-ефекти.

Однак психотерапевтичне опосередкування та потенціювання біологічної терапії може розглядатися як самостійний психотерапевтичний підхід. Основні його принципи: облік оціночних суджень хворого про те лікування, яке лікар має намір призначити; облік думки пацієнта щодо препарату; формування емоційного позитивного ставлення хворого на подальше лікування; формування реакції очікування лікувальної дії препарату; потенціювання лікувального ефекту як лікарем, і іншим медичним персоналом, що бере участь у лікуванні хворого; дезактуалізація можливих побічних явищ, пов'язаних із прийомом препарату; аксіологічна переорієнтація значущості для хворого на побічні дії препарату; корекція егротогенії; формування лікувальної перспективи у зв'язку з терапією, що проводиться.

**Плацебо-терапія** (від латів. placebo - сподобаюся, задовольню) - один із варіантів психотерапії за допомогою непрямого навіювання або процесу навчання. Розвиток психофармакології та впровадження в медичну практику нових психотропних засобів сприяли збільшенню числа випадків, коли застосування тих чи інших препаратів супроводжувалося позитивним або негативним ефектом, що не відповідає очікуваній дії. Тому при випробуванні нових медикаментозних препаратів стали широко використовуватися лікарські форми, які отримали назву "плацебо". При прийомі "пустушки" (плацебо-препарат імітує за кольором, смаком, запахом досліджуваний, але містить замість діючих компонентів індиферентні) одна третина як хворих, так і здорових досліджуваних повідомляють про результативність медикаменту.

Плацебо-тести дозволили виявити людей з позитивним та негативним плацебо-ефектами та осіб, при дослідженні яких скільки-небудь суттєвий плацебо-ефект був відсутній (плацебо-нонреактори). Плацебо стали призначати і тривалий час для непрямої (збройної) психотерапії чи так званої плацебо-терапії (медикаментозної психотерапії). Складовою плацебо-ефектів є процеси навчання (умовно-рефлекторні механізми та моделювання). Якщо умовно-рефлекторне навчання пояснює тривалість плацебо-реакцій (наприклад, прийому плацебо-транквілізаторів плацебо-реакції можуть зберігатися протягом 2 - 3 років), то моделювання робить зрозумілою їх залежність від особистості лікаря і хворого. Найбільш виражені плацебо-реакції спостерігаються у навіюваних, конформних, боязких пацієнтів, які готові до безумовної співпраці з фахівцем. Особистість психотерапевта, що призначає ліки, завжди вирішально відбивається в плацебо-ефектах і тим самим на дії будь-якого медикаменту. Успіх терапії за допомогою плацебо у різних лікарів різний, але в одного й того ж – повторюємо. Результати лікування залежать від здатності спеціаліста до терапевтичної комунікації та його переконаності у дієвості препарату також і тоді, коли йдеться про плацебо.

На вираженість плацебо-ефекту впливає безліч різних чинників. Перерахуємо лише деякі з них: ступінь новизни препарату, його доступність, упаковка, реклама, характер інформації, що міститься в анотації до препарату, попередня ефективність ліків у даного хворого, його встановлення на психотерапію, фізіотерапію або лікарські засоби, ставлення пацієнта до фахівця, який призначає препарат , і ставлення лікаря до ліків, встановлення лікаря на психотерапію або біологічну терапію, репутація ліків серед інших хворих, відношення до препарату членів сім'ї тощо. змін стану хворого, який отримує плацебо, причому ні сам пацієнт, ні член сім'ї, який оцінює ці зміни, не знають, який препарат призначений. Таким чином, необхідно враховувати, хто з близьких найбільш авторитетний для хворого у питаннях його лікування, їхнє ставлення до лікування останнього. Позитивний батьківський плацебо-ефект покращує "терапевтичне" середовище в сім'ї, підвищує почуття оптимізму, сприятливо позначається на стані хворого. Оцінити ефективність медикаментозного лікування можна лише з урахуванням плацебо.

Очікування хворим на користь від лікування саме по собі може мати стійкий і глибокий вплив на його фізичний та психічний стан. Ефективність психотерапії також певною мірою залежить від здатності лікаря сформувати у пацієнта надію на поліпшення, а це означає, що плацебо-ефект проявляється у кожному контакті "психотерапевт - хворий". Плацебо-ефект може бути носієм неусвідомлюваних елементів взаємовідносин між лікарем та пацієнтом, наприклад, проявів агресії, опору, захисту. Таким чином, жоден медикамент або будь-який психотерапевтичний вплив не позбавлений плацебо-сугестивного ефекту. Цей ефект може бути систематично використаний як плацеботерапія, інтегрована в комплексне лікування.

**Індивідуальна психотерапія** є такою організаційною формою психотерапії, в якій основним інструментом лікувального впливу виступає психотерапевт, а психотерапевтичний процес протікає в діаді лікар - пацієнт. В організаційному аспекті індивідуальна психотерапія розглядається як альтернатива **групової психотерапії** , де інструментом лікувального впливу виступає і психотерапевтична група. Як індивідуальна, так і групова психотерапія використовується в рамках практично всіх концептуальних та методичних напрямків у психотерапії, які визначають специфіку психотерапевтичного процесу, цілі та завдання, способи впливу, методичні прийоми, тип контакту між пацієнтом і психотерапевтом (і групою), тривалість та інші змінні психотерапії.

Питання про співвідношення індивідуальної та групової психотерапії при проведенні реабілітації може вирішуватись у бік підвищення інтенсивності як тієї, так і іншої. p align="justify"> Індивідуальна робота з хворим важлива для виявлення основної внутрішньо-і міжособистісної проблематики, формування мотивації до ефективної участі в групових заняттях, корекції реакцій на ситуації групової взаємодії. Групова психотерапія у всіх її численних варіантах може розглядатися як найбільш адекватний метод реабілітації (ресоціалізації) хворих як неврозами, а й психозами. У разі групи здійснюється одночасне впливом геть усі основні компоненти відносин - пізнавальний, емоційний і поведінковий: досягається глибша перебудова найважливіших властивостей особистості, яких ставляться свідомість, соціальність і самостійність. Групова психотерапія сприяє відновленню системи відносин хворих з мікросоціальним оточенням, приведенню ціннісних орієнтацій у відповідність до способу життя, тобто вирішенню тих першочергових завдань, без яких неможливе успішне соціальне функціонування пацієнта. Можна виділити два види групових методів психотерапії та соціотерапії у реабілітації:

1. Терапевтичні втручання, спрямовані на соціальну поведінку хворого, його комунікабельність, здатність до самореалізації, вирішення психологічних та подолання соціальних конфліктів. Вони об'єднують групи: розмовні, проблемні дискусії, психомоторні, комунікативні, арт- та музикотерапії, а також сімейну психотерапію.

2. Оптимальна організація соціальної структури колективу пацієнтів, що має у своїй основі так звані середові групи: рада та збори хворих, функціональні групи, колективні екскурсії, клуб пацієнтів тощо.

Залежно від стадії розвитку, типу перебігу та форми психічного захворювання змінюється співвідношення сомато-біологічних та індивідуально-психологічних факторів у формуванні картини хвороби, різною мірою страждають здатності хворого до самореалізації та встановлення адекватних міжособистісних відносин. Відповідно цьому має змінюватися як місце психосоціальних методів у структурі реабілітації, а й самі методи, і навіть конкретні завдання.

Цілі психотерапевтичної роботи досяжні тоді, коли враховується активність патологічного процесу, психічний стан хворого, його особистісні характеристики, особливості безпосереднього соціального оточення, індивідуальні життєві умови та прогноз. Залежно від цього має вирішуватися питання про допустиму глибину втручання у сферу значущих відносин і про перебудову малоефективних, але форм психологічної компенсації, що склалися. Практика дає чимало прикладів зриву адаптації та загострення хворобливого стану при нерозумному розтині та обговоренні психологічних та соціально-психологічних проблем, що мають нерозв'язний для пацієнта характер.

**Раціональна психотерапія** – метод, у якому використовується логічна здатність пацієнта проводити зіставлення, робити висновки, доводити їхню обгрунтованість.

Мета впливу раціональної психотерапії – спотворена «внутрішня картина хвороби», що створює додаткове джерело переживань хворого. Зняття невизначеності, корекція суперечливості, непослідовності уявленнях пацієнта, що стосуються його хвороби, – основні точки застосування раціональної психотерапії.

Вирізняють різні варіанти раціональної психотерапії. При одних пацієнт підводиться до певного запрограмованого результату, у своїй психотерапевт виявляє високу активність у аргументації, спростовуючи неправильні аргументи хворого, спонукаючи його сформулювати необхідні висновки. Велику роль у такій ситуації може відіграти методика сократівського діалогу, при якій питання задаються таким чином, що передбачають лише позитивні відповіді, на основі яких хворий сам уже робить висновки. У раціональній психотерапії йде звернення до логічного мислення пацієнта, значна роль відводиться також реагування, поведінкового навчання.

Основні форми раціональної психотерапії:

1. Пояснення та роз'яснення, що включають тлумачення сутності захворювання, причин його виникнення з урахуванням можливих психосоматичних зв'язків, які до цього, як правило, ігноруються хворими, які не включаються у «внутрішню картину хвороби»; в результаті реалізації цього етапу досягається більш ясна, певна картина хвороби, що знімає додаткові джерела тривоги, що відкриває пацієнтові можливість більш активно самому контролювати хворобу;
2. Переконання – корекція як когнітивного, а й емоційного компонента ставлення до хвороби, сприяє переходу до модифікації особистісних установок хворого;
3. Переорієнтація - досягнення більш стабільних змін в установках хворого, насамперед щодо його хвороби, пов'язане зі змінами в системі його цінностей і що виводить його за межі хвороби;
4. Психагогіка – переорієнтація ширшого плану, що створює позитивні перспективи для пацієнта поза хворобою.

**Навіювання** (від латів. s uggestio) – подача інформації, яка сприймається без критичної оцінки і впливає протягом нервово-психічних і соматичних процесів. Основним засобом навіювання є слово, мова сугестора (людини, яка проводить навіювання). Немовні чинники (жести, міміка, дії) зазвичай надають додатковий вплив. Навіювання в стані неспання присутнє тією чи іншою мірою виразності в кожній бесіді лікаря з хворим, але може виступати і як самостійний психотерапевтичний вплив. Формули навіювання зазвичай вимовляються наказовим тоном, з урахуванням стану хворого та характеру клінічних проявів захворювання. Вони можуть бути спрямовані як на покращення загального самопочуття (сну, апетиту, працездатності тощо), так і на усунення деяких невротичних симптомів. Зазвичай навію передує роз'яснювальна розмова про сутність лікувального навіювання і переконання хворого в його ефективності. Ефект навіювання тим сильніший, що вищий у власних очах пацієнта авторитет лікаря, производяющего навіювання. Ступінь реалізації навіювання визначається також особливостями особистості хворого, вираженістю «магічного» настрою, віри у можливість впливу одних людей інших за допомогою невідомих науці засобів і методів. Т.ч., основними показаннями до навіювання у стані неспання є психогенні та психосоматичні розлади, корекція «внутрішньої картини хвороби» за наявності у пацієнта певного рівня навіюваності. Навіюваність - це здатність некритично (без участі волі) сприймати отримувану інформацію і легко піддаватися переконанню в поєднанні з ознаками підвищеної довірливості, наївності та інших характеристик інфантилізму.

**Аутогенне тренування** (від грец. autos – сам, genos – походження) – активний метод психотерапії, психопрофілактики та психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини, порушеного в результаті стресового впливу. Основними елементами методики є тренування м'язової релаксації, самонавіювання та самовиховання (аутодидактика). Активність аутогенного тренування протистоїть деяким негативним сторонам гіпнотерапії у її класичній моделі – пасивному відношенню хворого до процесу лікування, залежності від лікаря.

Як лікувальний метод аутогенне тренування було запропоновано для лікування неврозів Шульцем 1932 г. У нашій країні її почали застосовувати наприкінці 50-х. Лікувальна дія аутогенного тренування, поряд з розвитком в результаті релаксації трофотропної реакції, що характеризується посиленням тонусу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи та сприятливої нейтралізації стресового стану, заснована також на послабленні активності лімбічної та гіпоталамічної областей, що супроводжується зниженням загальної тенденції.

Показання до аутогенного тренування: стани нервово-психічної напруги, тривоги у хворих з прикордонними психічними розладами; як методика психопрофілактики родових болів; як психогігієнічний та психопрофілактичний засіб при підготовці спортсменів, людей, що працюють в умовах емоційної напруженості та в екстремальних умовах; як метод виробничої гігієни; при лікуванні захворювань, прояви яких пов'язані з емоційною напругою і зі спазмом гладкої мускулатури, причому парасимпатичний ефект досягається легше, ніж симпатичний (при бронхіальній астмі, в ініціальному періоді гіпертонічної хвороби та облітеруючого ендартеріїту, при диспное, езофагос кишкового тракту та запорах); при лікуванні хворих на виразкову хворобу, однією з причин якої є місцевий неврогенний спазм судин; при лікуванні різних невротичних розладів мови та фонації (у загальній групі хворих аутогенне тренування допомагає усунути лише явища логофобії, але не виліковує заїкуватість як системний невроз, у зв'язку з чим необхідні заняття пацієнтів у спеціалізованих психотерапевтичних групах для хворих на логоневрози); як компонент комплексного лікування алкоголізму та наркоманії, зокрема для усунення абстинентного синдрому та формування антитоксикоманічної установки; при лікуванні залишкових явищ органічних захворювань нервової системи з метою усунення психогенних розладів, що доповнюють і ускладнюють картину органічного ураження нервової системи, а також корекції реакції особистості на хворобу при судинних ураженнях мозку, лікуванні залишкових явищ черепно-мозкових травм, нейроінфекцій та ін.

Протипоказаннями для застосування аутогенного тренування є стани неясної свідомості та марення, особливо марення відносини та впливу. Не рекомендується аутогенне тренування під час гострих соматичних нападів та вегетативних кризів. При вираженій артеріальній гіпотонії використовуються деякі спеціальні прийоми подолання небажаного переважання вагусной системи.

**Методики аутогенного тренування.**

Виділяють два ступені аутогенного тренування (по Шульцу): 1) нижчий ступінь - навчання релаксації за допомогою вправ, спрямованих на відчуття тяжкості, тепла, на оволодіння ритмом серцевої діяльності та дихання; 2) найвищий ступінь - аутогенна медитація - створення трансових станів різного рівня.

Нижчий ступінь аутогенного тренування становлять шість стандартних вправ, які виконуються пацієнтами в одній з трьох поз: 1) положення сидячи, "поза кучера" - сидячи на стільці зі злегка опущеною вперед головою, кисті і передпліччя лежать вільно на передній поверхні стегон, ноги вільно розставлені; 2) положення лежачи - тренується лежить на спині, голова лежить на низькій подушці, руки, дещо зігнуті в ліктьовому суглобі, вільно лежать уздовж тулуба долонями вниз; 3) положення напівлежачи - той, що тренується вільно сидить у кріслі, спершись на спинку, руки на передній поверхні стегон або на підлокітниках, ноги вільно розставлені. У всіх трьох положеннях досягається повна розслабленість, для кращої зосередженості очі закриті.

Вправи виконуються шляхом уявного повторення (5 - 6 разів) відповідних формул самонавіювання, які підказуються керівником тренування. Кожна зі стандартних вправ випереджається формулою-метою: "Я абсолютно спокійний".

*Перша вправа.* Викликання відчуття тяжкості в руках та ногах, що супроводжується розслабленням поперечно-смугастої мускулатури. Формули: "Права рука зовсім важка", потім "Ліва рука абсолютно важка" та "Обидві руки абсолютно важкі". Такі самі формули для ніг. Остаточна формула: "Руки та ноги зовсім важкі".

*Друга вправа* . Викликання відчуття тепла в руках та ногах з метою оволодіння регуляцією судинної іннервацією кінцівок. Формули: "Права (ліва) рука абсолютно тепла", потім "Руки абсолютно теплі", ті ж формули для ніг. Остаточна формула: "Руки та ноги зовсім важкі та теплі".

*Третя вправа* . Регулювання ритму серцевих скорочень. Формула: "Серце б'ється сильно і рівно".

*Четверта вправа* . Нормалізація та регуляція дихального ритму. Формула: "Дихаю абсолютно спокійно".

*П'ята вправа* . Викликання відчуття тепла в ділянці черевної порожнини. Формула: "Моє сонячне сплетення випромінює тепло".

*Шоста вправа* . Викликання відчуття прохолоди в області чола з метою запобігання та ослаблення головного болю судинного генезу. Формула: "Мій лоб приємно прохолодний".

Показником засвоєння чергової вправи є генералізація відчуттів. Наприклад, вправу з навіювання тепла в кінцівках вважається засвоєним тоді, коли тепло починає розливатись по всьому тілу. На опрацювання кожної вправи йде 2 тижні. Весь курс аутогенного тренування триває близько трьох місяців. Зазвичай заняття проводять у групах 1-2 десь у тиждень під керівництвом психотерапевта; тривалість заняття 15 – 20 хв. Велика увага приділяється самостійним тренуванням пацієнтів, які проводяться двічі на день (вранці, перед тим як встати, і ввечері, перед сном), причому, як правило, пацієнти ведуть щоденники, де описують відчуття під час занять.

Глибина аутогенного занурення поділяється на три фази. У першій фазі пацієнт відчуває тяжкість, тепло, злий, що розлився по всьому тілу. Друга фаза характеризується відчуттям тілесної легкості, невагомості, причому часто виникають порушення схеми тіла. Третю фазу можна характеризувати як "зникнення тіла". Через значне гальмування кори повторювані формули стають ефективним засобом самонавіювання. В аутогенному зануренні пацієнт приступає до спрямованого проти певних хворобливих розладів самонавіювання.

Виділяється 5 типів формул-намірів: 1) нейтралізуючі, що використовують варіант самонавіювання "все одно": "ковтання все одно" - при езофагоспазму, "Квітковий пилок все одно" - при алергіях і т. п.; 2) підсилювальні, наприклад: "Я знаю, що я прокинуся, коли мій сечовий міхур дасть знати про себе" - при енурезі; "Мій мозок говорить автоматично" - при заїкуватості; 3) абстинентно-спрямовані, наприклад: "Я знаю, що я не прийму жодної краплі алкоголю, ні в якій формі, ні в який час, ні за яких обставин"; 4) парадоксальні, наприклад: "Я хочу писати якомога гірше" - при письмовому спазмі; 5) підтримують, наприклад: "Я знаю, що я не залежу від ліків" - при астмі; "Імена цікаві" - при поганому запам'ятовуванні імен.

Аутогенна медитація за Шульцем.Перш ніж приступити до аутогенної медитації, той, хто тренується, повинен навчитися утримувати себе в стані аутогенного занурення тривалий час - по годині і більше. Під час такої "пасивної концентрації" виникають різні візуальні феномени ("тіні", "найпростіші форми", колірні плями тощо). Подальша підготовка полягає у навченні викликати і утримувати "пасивну концентрацію" за наявності дратівливих перешкод - яскравого світла, шуму, радіо і т.п.

*Перша вправа медитації* . Фіксація кольорових уявлень, що спонтанно виникають.

*Друга вправа медитації* . Викликання певних колірних уявлень, "бачення" заданого кольору.

*Третя вправа медитації* . Візуалізація конкретних предметів.

*Четверта вправа медитації* . Зосередження на зоровому уявленні абстрактних понять, як-от "справедливість", "щастя", "істина" тощо. п. Під час виконання цієї вправи виникає потік уявлень суворо індивідуальних. Наприклад, "свобода" асоціюється з білим конем, що скаче по прерії. Конкретні зорові образи, що асоціюються з абстрактними поняттями, допомагають, на думку Шульца, виявитися підсвідомому.

*П'ята вправа медитації* . Концентрація " пасивного уваги " на довільно викликаних, емоційно значимих ситуаціях. Під час виконання вправи той, хто тренується, нерідко "бачить" себе в центрі уявної ситуації.

*Шоста вправа медитації* . Викликання образів інших людей. Спочатку слід навчитися викликати образи "нейтральних" осіб, потім - емоційно забарвлені образи приємних та неприємних пацієнтові людей. Шульц зазначає, що у цих випадках образи людей виникають дещо шаржовано, карикатурно. Поступово такі образи стають дедалі " спокійнішими " , " безпристрасними " , пом'якшуються карикатурні риси, елементи емоційної гіперболізації. Це є показником розпочатої " аутогенної нейтралізації " .

*Сьоме вправу медитації* . Автор назвав його "відповіддю несвідомого". Той, хто тренується, питає себе: "Чого я хочу?", "Хто я такий?", "У чому моя проблема?" і т. п. У відповідь він підсвідомо відповідає потоком образів, що допомагають побачити себе "з боку" у різноманітних ситуаціях, у тому числі й тривожних. Так досягається катарсис, самоочищення, і настає "аутогенна нейтралізація", тобто лікування.

Аутогенне відреагування по Луті.Для нейтралізації негативних переживань використовуються прийоми " повторення " тих ситуацій, які і стали причиною психічної травми. Як і при психоаналітичних сеансах, під час аутогенного відреагування лікар дотримується повної нейтральності. Досвід показує, що мозок пацієнта сам "знає", в якій формі та в якому порядку слід "висловлювати матеріал" при аутогенній нейтралізації. При нейтралізації вивільняється (тобто вербалізується) лише той "матеріал", який заважає нормальній діяльності мозку. Аутогенна вербалізація здійснюється при закритих очах, а завданням пацієнта є розповідь про всі сенсорні образи, що з'являються в стані аутогенного розслаблення. У методиці практичного проведення аутогенного відреагування по Луті можна виділити п'ять основних правил, або умов: 1) необхідність переходу від стандартних вправ до пасивного настрою на візуальні образи; 2) нічим не обмежуваний вербальний опис будь-яких сприйняттів (сенсорних образів); 3) принцип психотерапевтичного втручання у керовану мозком нейтралізацію; 4) дотримання чи визнання внутрішньої динаміки, яка властива періоду аутогенних розрядів; 5) принцип самостійного закінчення психотерапевтичної роботи. Протягом усього курсу аутогенного відреагування застосовують стандартні вправи. Самостійне виконання аутогенного відреагування допускається лише з дозволу психотерапевта. Інтервали між сеансами становлять 7 – 10 днів.

**Гіпноз** (від грец. hypnos - сон) - тимчасовий стан свідомості, що характеризується звуженням його обсягу та різким фокусуванням на змісті навіювання, що пов'язано зі зміною функції індивідуального контролю та самосвідомості. Стан гіпнозу настає в результаті спеціальних впливів гіпнотизера або цілеспрямованого самонавіювання.

Наукова гіпнологія бере початок із середини ХІХ ст., хоча практичне використання гіпнозу має багатовікову історію. Термін гіпноз вперше був застосований англійським хірургом Бредом, книга якого, присвячена нейрогіпнології, вийшла у світ 1843 г. Гіпноз є основою **гіпнотерапії.** Нині, поруч із класичною моделлю гіпнозу, широко використовується ериксоновський гіпноз. Еріксонівському підходу властиво розширене розуміння гіпнотичного стану, що є різновидом зміненого або трансового стану свідомості. Гіпнотичний транс, згідно з Еріксона, це послідовність взаємодій гіпнотерапевт - пацієнт, що призводить до поглиненості внутрішніми сприйняттями і викликає такий змінений стан свідомості, коли пацієнта починає проявлятися автоматично, тобто без участі свідомості. Еріксоновський гіпнотерапевт діє відповідно до принципу утилізації, згідно з яким стереотипи самопрояву пацієнта розглядаються як основа виникнення терапевтичного трансу. Це вимагає стандартизованих впливів, а пристосування гіпнотерапевта до поточного поведінки пацієнта, та був керівництва їм. Транс виникає з міжособистісного взаємодії лише на рівні відчуттів, коли гіпнотерапевт підлаштовується до пацієнта, цим дозволяючи обом сторонам ставати дедалі більше сприйнятливими стосовно друг до друга.

Показання до гіпнотерапії: різні захворювання нервової системи, у клініці психічних розладів, при хворобах внутрішніх органів, в акушерсько-гінекологічній практиці, при хірургічних втручаннях та шкірних захворюваннях. Абсолютними протипоказаннями до гіпнотерапії є маячні форми психозів (особливо коли хворий вважає, що його "загіпнотизували", і просить лікаря "розгіпнотизувати" його) та гіпноманічні установки істеричних особистостей. При використанні гіпнотерапії доводиться враховувати ступінь гіпнабельності пацієнта, за відсутності якої або її низької вираженості застосування гіпнотерапії проблематично. Гіпнабельність – психофізіологічна здатність (сприйнятливість) легко і безперешкодно входити у гіпнотичний стан, піддаватися гіпнозу, тобто. змінювати рівень свідомості з формуванням перехідних між сном та неспанням станів.

Основні ускладнення при гіпнотерапії - це втрата раппорта, істеричні напади, спонтанний сомнамбулізм, перехід глибокого сомнамбулічного гіпнозу в гіпнотичну летаргію та ін Ці ускладнення при спокійній поведінці лікаря, розумінні характеру захворювання і знанні техніки гіпнозу не призводять до серйозних наслідків. Причини невдач гіпнотерапії можуть бути пов'язані з наполегливим застосуванням лікарем одного лише гіпносуггестивного методу при ігноруванні ним загальних психотерапевтичних підходів, раціональної психотерапії, тренувальних прийомів та інших показаних у даному конкретному випадку методів психотерапії.

Основні відмінності класичного та ериксоновського гіпнозу представлені в табл.\_\_.

**Таблиця \_-. Основні відмінності класичного та еріксонівського гіпнозу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диференціальні критерії | Класичний гіпноз | Еріксоновський гіпноз |
| Атрибуція лікувального впливу | Метод та конкретний психотерапевт | Саногенні ресурси пацієнта |
| Стратегія взаємовідносин прийомів гіпнозу - психотерапевта - пацієнта | Пацієнт налаштовується на роботу з даним психотерапевтом у рамках бажаних їм прийомів | Психотерапевт готується працювати з цим пацієнтом, підлаштовує для нього прийоми |
| Гіпнабельність | Вважаються негіпнабельними 5-20% пацієнтів | Усі пацієнти вважаються гіпнабельними, негіпнабельність розцінюється як прояв методичної ригідності психотерапевта та необхідності підбору інших прийомів гіпнотизації. |
| Паралельно виникають трансові стани свідомості самого психотерапевта | Сприймаються як перешкода, долаються | Експлуатуються для розкріпачення інтуїції та емпатії психотерапевта, підстроювання до пацієнта та підвищення сенсорної сприйнятливості; контроль над ситуацією надається котерапевту-спостерігачеві |
| Лікувальні формулювання | Чіткі та раціональні (хоча гіпнотичні навіювання адресуються несвідомому) з акцентуванням на симптомі | Розпливчасті, з високою роздільною здатністю підключення суб'єктивної реальності пацієнта, і залишають простір для "самодіяльності" його саногенних ресурсів |
| Нозологічні та особистісні протипоказання | Є | Практично відсутні; сам пацієнт вирішує, які зміни та в якому обсязі мають відбуватися |

**Гештальт-терапія**

Від німецького слова gestalt - образ, форма, яка прагне завершеності. Метод створений F. Perls (1917). Основними тезами гештальт-терапії і те, що психічної діяльності властиве прагнення цілісності, завершеності. Ця властивість психіки наочно ілюструється особливостями сприйняття. Коли ми дивимося на квадрат та трикутник – ми бачимо їх, а не просто кілька куточків: завдяки психічній активності зображення добудовується до цілого. Тому ми бачимо не суму якостей, а саме цілісні предмети.

Прагнення психічної діяльності до завершеності проявляється у тому, що незакінчене дію, невиконане намір залишають слід як напруги у системі психіки. Ця напруга прагне розрядитися (у реальному чи символічному плані). Наслідком напруги, що зберігається, є, наприклад, ефект незавершеної дії, який полягає в тому, що зміст незакінченої дії запам'ятовується людиною краще, ніж зміст закінченого. Через ту ж закономірність доросла людина може раптом купити собі іграшку, яку йому хотілося купити в дитинстві.

Відсутність цілісності, завершеності породжує напругу, внутрішній конфлікт, невроз. Так, наприклад, людина, яка втратила когось із близьких, часто відчуває провину по відношенню до померлого, пригніченість чи відчай від того, що нічого не можна повернути та виправити. Справа в тому, що у взаєминах близьких людей завжди достатньо чогось недомовленого, нез'ясованого, відкладеного "на потім". З точки зору гештальт-терапії всі ці наміри, які раптом втрачають можливість бути виконаними, відіграють значну (якщо не головну) роль у генезі депресії та розпачу.

Іноді гармонія, стійкість особистості може порушуватися через конфлікт протилежних тенденцій у ній. Протилежності завжди існують у психічному житті людини: вона може одночасно душі не сподіватися в близькій людині і відчувати роздратування з приводу якихось її якостей; відчувати радість від того, що закінчив інститут і засмучення від того, що закінчилася пора студентства. У разі гармонійного розвитку протилежності доповнюють одне одного, наповнюють емоційне життя відтінками. Коли ж протилежні тенденції (почуття, наміри) починають вести баталії всередині людини, він відчуває провину, безпорадність, стає пасивним, пригніченим, нездатним до прийняття рішення. Так, наприклад, може виглядати конфлікт між бажанням та почуттям обов'язку: молода людина хоче жити окремо від батьків, але не наважується сказати їм про це. Внутрішній голос обов'язку ніби каже: "Ти повинен залишатися вдома, ти знаєш, як батьки тобі потребують". Але тут внутрішній голос бажання відповідає: "Але я хочу бути самостійним" і т. д. Подібний внутрішній діалог може продовжуватися до нескінченності, рішення не приймається, ситуація видається безвихідною.

Мета гештальт-терапії полягає в тому, щоб допомогти клієнту усвідомити наявний конфлікт чи тенденцію та відновити втрачену цілісність, завершеність.

Гештальт-терапія може бути індивідуальною чи груповою. Найчастіше використовуються методи, запозичені з психодрами (життєві ситуації, що мають особистісний сенс для учасників, моделюються театралізованими методами, як "актори" виступають самі клієнти). Конфлікт виводиться у зовнішній план і цим береться під контроль свідомості; ситуація незавершеності може бути відіграна у символічному плані.

Показаннями для терапії є хвороби залежності, прикордонні розлади, протипоказаннями – гострі психози, шизофренія, епілепсія та розумова відсталість. Гештальт-терапія також застосовується у психічно здорових осіб під час вирішення завдань психологічної адаптації та соціальної успішності.

**арттерапія.**

Термін "арттерапія" ("art" - мистецтво, "arttherapy" - терапія мистецтвом) особливо поширений у країнах англійської мови і означає найчастіше лікування пластичною образотворчою творчістю з метою вираження свого психоемоційного стану. Вперше цей термін був ужитий Хіллом у 1938 г. при описі своїх занять із туберкульозними хворими у санаторіях.

Показання до арттерапії досить великі, тим більше, що її застосування може "дозуватися" від відносно "поверхневої зайнятості" до поглибленого аналізу прихованих індивідуальних переживань. Багатоплановий вплив мистецтва та творчості дозволяє застосовувати його до пацієнтів різного віку у найширших діагностичних межах. При розгляді показань до арттерапії крім клінічної картини, інтенсивності переживань та стану емоційної сфери пацієнта необхідно враховувати і його ставлення та інтерес до образотворчої творчості в преморбіді та під час хвороби, підготовленість, інтелект та багато інших факторів. Арттерапію можна застосовувати на різних рівнях залежно від ступеня залучення пацієнта та ролі, яку це лікування виконує: її використовують як основний та єдиний метод лікування, хоча частіше вона виконує синергічні функції. Арттерапію можна використовувати як седативний засіб при психомоторному збудженні та агресивних тенденціях; вона може виконувати функції відволікання та зайнятості, здатна при соціальній дезадаптації полегшити контакт та допомагати виявляти приховані переживання. Вона може також виконувати активізуючі та адаптивні функції, надавати і розслаблюючу дію: розслаблення настає після творчої активності при вивільненні енергії напруги, що знялася.

Протипоказання до арттерапії - стану, що не дозволяють хворому певний час всидіти за робочим столом, або коли хворий заважає іншим. Найважчими для психотерапевта є хворі з вираженим психомоторним або маніакальним збудженням, що не дозволяє їм зосередити увагу на об'єкті дії. Також протипоказанням є розлади свідомості та тяжкі депресивні розлади з відходом у себе.

У країнах СНД однією з найпопулярніших моделей психотерапії залишається **нейролінгвістичне програмування (НЛП)** . Специфічна риса цього підходу полягає насамперед у його домаганнях високу ефективність - книжки з НЛП переповнені захопленими описами надзвичайної легкості, швидкості і блиску, із якими терапевти згаданої школи справляються з будь-якими, навіть найважчими і складними, проблемами. Ще більш перспективними виглядають рекламні оголошення навчальних семінарів та тренінгів. Адепти НЛП наголошують на новизні та міждисциплінарному характері своїх технік, їх виняткових можливостях, всеосяжній досконалості.

Набір різноманітних прийомів комунікації та елементів поведінки, що використовуються не тільки в психотерапії, а й у педагогіці, менеджменті, психології творчості та об'єднаних під назвою НЛП, був розроблений американськими дослідниками Р. Бендлером та Д. Гриндером 1975 г. Згідно з "Психотерапевтичною енциклопедією", ця модель є "міждисциплінарною інтегративною концепцією необіхевіористської орієнтації".

Засновники НЛП як фахівці в галузі математичного моделювання та комунікаційних процесів майже конкретно сприйняли популярну в ті роки метафору людської психіки як "біокомп'ютера", що має свою специфічну "мову", на якій складаються певні "програми". З їхньої точки зору, ці "програми" завжди носять адаптивну спрямованість і формуються за рахунок: 1) унікального генетичного набору; 2) закріплення навіювань значних осіб; 3) самопрограмування та 4) стресових станів різного ступеня інтенсивності, що супроводжуються трансом, тобто специфічною дисоціацією психіки.

Більшість таких "програм" людиною не усвідомлюється і знаходить своє відображення лише в глибинних мовних структурах. Тому основну увагу НЛП приділяє й не так змісту людського досвіду, скільки його формі, і навіть тим процесам, з допомогою яких цей досвід оформляється у тому чи іншому структурованому вигляді.

НЛП являє собою систему психологічних маніпуляцій на підставі вивчення лінгвістичної мета-моделі людини, суть якої полягає у визнанні шаблонності для кожної групи людей або однієї людини лінгвістичної системи пізнання світу та самої себе, вираження почуттів та вирішення проблем. Для цього в НЛП існує поняття модальності - найбільш типовому та характерному для індивіда способі сприйняття та відображення навколишньої реальності. Вирізняють три різновиди модальності: візуальна, аудіальна, кінестетична. Після виявлення домінуючої модальності людини передбачається корекція її поведінки, яка може самою людиною усвідомлюватись чи не усвідомлюватись. У першому випадку можна говорити про управління індивідом, у другому – про маніпулювання ним за допомогою вербальних та невербальних методів. Метою програмування є вироблення певної стратегії поведінки, бажаної людини чи оточення.

У межах НЛП використовується кілька технік («якоріння», «змах», «вибух», «метафора»). Основною технікою вважається рефреймінг - переформування особистості, надання їй нової форми. В основі рефреймінгу лежать такі базові положення НЛП:

- будь-який симптом, будь-яка емоційна чи поведінкова реакція людини мають захисний характер і тому корисні; шкідливими вони вважаються лише у випадках, коли використовуються у невідповідному контексті;

- У кожної людини існує своя суб'єктивна модель світу, яку можна змінити;

- кожна людина має приховані ресурси, які дозволяють змінити і суб'єктивне сприйняття, і суб'єктивний досвід, і суб'єктивну модель світу.

Рефреймінг здійснюється найчастіше поетапно. У першому етапі визначається симптом; на другому пацієнту пропонується зробити своєрідне розщеплення себе на частини (здорову та патологічну, представлену симптомом) і вступити в контакт з частиною, що відповідає за формування та прояв симптому, та осмислити механізм його виникнення; на третьому – проводиться відокремлення симптому від початкового мотиву (намір); на четвертому – виявлення нової частини, здатної задовольнити цей намір іншими шляхами з «постановкою якоря» (асоціативний зв'язок між подіями чи думками); на п'ятому та шостому – формування згоди всього Я на новий зв'язок.

Техніки НЛП з лікувальною метою можуть використовуватися при невротичних розладах, розладах особистості, психосоматичних розладах, залежності від психоактивних речовин із встановленням на зміну життєвої позиції. Протипоказанням є психічні розлади психотичного рівня, особливо із симптомами порушеної свідомості.

Психотерапевтична допомога людям, які перебувають у кризовому стані, називається **кризовою психотерапією** . Криза розуміється як стан людини, що виникає при блокуванні її цілеспрямованої життєдіяльності зовнішніми, стосовно її особистості, причинами (фрустрацією), або внутрішніми причинами, зумовленими зростанням, розвитком особистості та її переходом до іншого життєвого циклу, етапу розвитку. Психотерапевтична допомога показана людям не просто у кризовому стані, а в ситуації «патологічної кризи». До таких станів належать кризові стани, що супроводжуються патологічною або непатологічною ситуативною реакцією, психогенною, у тому числі невротичною, реакцією, невротичною депресією, психопатичною чи патохарактерологічною реакцією. Найбільш значущим фактором «патологічних» кризових станів є суїцидальні тенденції (суїцидальні думки та суїцидальна поведінка).

Принципи та завдання кризової психотерапії:

1. Ургентний характер допомоги, пов'язаний, по-перше, з наявністю життєво важливої для пацієнта проблеми, що потребує невідкладного активного лікарського втручання в ситуацію, по-друге – з вираженою потребою пацієнта в емпатичній підтримці та спочатку – у керівництві його поведінкою;
2. Націленість на виявлення та корекцію неадаптивних когнітивних феноменів, що призводять до розвитку суїцидальних переживань та сприяють рецидивам суїцидонебезпечної поведінки;
3. Пошук та тренінг неопробованих пацієнтом способів вирішення актуального міжособистісного конфлікту, які підвищують рівень соціально-психологічної адаптації, забезпечують особистісне зростання, підвищення фрустраційної толерантності

За своїм характером кризова психотерапія близька до когнітивно-поведінкової та включає три етапи: кризова підтримка, кризове втручання та підвищення рівня адаптації, необхідного для вирішення конфліктної ситуації.

Схема індивідуальної психотерапевтичної програми кризової психотерапії

*Етап кризової підтримки* :

1.Встановлення терапевтичного контакту;

2. Розкриття суїцидонебезпечних переживань;

3. Мобілізація адаптивних варіантів копінг-поведінки та особистісного захисту;

4. Укладання терапевтичного договору.

*Етап кризового втручання* :

1. Когнітивний аналіз невипробуваних способів вирішення кризової проблеми;
2. виявлення неадаптивних когнітивних механізмів, що блокують оптимальні способи вирішення кризової ситуації;
3. Корекція неадаптивних когнітивних механізмів.

*Етап підвищення рівня адаптації* :

1. Поведінковий тренінг невипробуваних способів вирішення кризової ситуації;
2. Вироблення навичок самоаналізу та самоспостереження за неадаптивними когнітивними механізмами, а також їх подолання;
3. Введення нових значних інших для підтримки та допомоги після закінчення кризової терапії.

Форми кризової психотерапії: індивідуальна, сімейна та групова, що проводиться у відділеннях кризових станів; крім останніх надання допомоги пацієнтам, які перебувають у кризовому стані, може бути надана телефоном довіри (телефонне консультування) або в кабінетах соціально-психологічної допомоги.

Термінальна психотерапія - психотерапія пацієнтів, які помирають від невиліковної хвороби або від старості. Як невиліковні захворювання сьогодні виступають насамперед рак і СНІД, які сприймаються багатьма людьми як процеси, які неминуче ведуть через в'янення і біль до смерті.

Основна мета термінальної психотерапії – страх пацієнта перед швидким і невідворотним завершенням життя.

У контексті термінальної психотерапії одночасно вживаються такі заходи:

1. вироблення позитивного перенесення у межах стабільних відносин із лікарем;

2. забезпечення постійної доступності лікаря у разі потреби;

3. використання можливостей для вербалізації іпохондричних уявлень, почуттів та фрустраційної агресії хворого;

4. психологічна підтримка як додатковий фактор програми соматичної терапії;

5. зусилля у напрямі «третьої реальності», тобто ірраціональності, релігії.

**Психологічні особливості надання медичної допомоги у надзвичайних ситуаціях.**

До надзвичайних ситуацій (НС) відносяться події, які виходять за рамки звичайного життєвого досвіду індивіда або колективного досвіду навколишнього мікросоціального середовища, і з психологічної точки зору можуть викликати стрес у кожного, незалежно від колишнього досвіду або соціального становища. НС як із соціальної, так і з біологічної точок зору є порушенням стабільності та цілісності системи, що включає індивіда (біологічного об'єкта), макро- і мікросоціальне середовище.

До НС відносять:

- природні катастрофи (землетруси, повені, смерчі, сходження лавин, урагани тощо);

- катастрофи, пов'язані з виробничою діяльністю людини (антропогенні НС);

- Ситуації, що виникають у зв'язку зі зміною соціально-політичного устрою суспільства.

Надання психологічної допомоги населенню при НС передбачає проведення підготовчих заходів, які в результаті повинні звести до мінімуму кількість жертв та матеріальні збитки від НС. Необхідні заходи проводяться на державному, регіональному та локальному рівнях.

З моменту виникнення НС до появи можливості надання необхідної висококваліфікованої спеціалізованої допомоги проходить певний час. Умовно, за обсягом допомоги, виділяють три фази:

1. Фаза ізоляції. Залежно від виду НС вона може тривати від кількох хвилин до кількох годин. У цей період надання допомоги неможливе, тому вирішального значення набувають уміння надавати само-і взаємодопомогу.

2. Фаза порятунку. Триває від кількох годин до кількох днів. У цей час допомога надається лікарями служби швидкої медичної допомоги та навченим персоналом.

3. Фаза спеціалізованої медичної допомоги. Настає, коли з'являється можливість надання висококваліфікованої медичної допомоги. Лікарі – члени групи психолого-психіатричної допомоги – після прибуття до епіцентру НС мають оцінювати стан постраждалих з урахуванням кількох параметрів:

- психічний стан індивіда;

- загальний стан організму;

- обсяг допомоги, який був наданий постраждалому під час фази ізоляції та

фази порятунку.

При НС медична служба епіцентру катастрофи по можливості має бути представлена професіоналами-медиками, які не пережили НС. На першому етапі медичні працівники, які пережили НС, можуть виступати лише як особи, які мають інформацію про місцеву медичну інфраструктуру. До медичних працівників, які пережили НС, слід ставитися як до постраждалих, що передбачає надання їм необхідної медико-психологічної допомоги. Їхнє залучення до професійної діяльності має бути поступовим. Спочатку їм слід доручати конкретні, односкладові завдання, які пов'язані з прийняттям відповідальних самостійних рішень.

Керівник штабу надання медичної допомоги повинен бути знайомий з функціями, які виконує психолого-психіатрична служба, а її представники, у свою чергу, повинні інформувати керівництво штабу про те, які ознаки (скарги) виявляються у постраждалих та в осіб, які надають їм допомогу. Представник психолого-психіатричної служби повинен брати участь у зустрічах керівників рятувальних організацій та місцевих лідерів з постраждалим населенням та їхніми родичами з метою виявлення осіб, які через наявні у них тимчасові розлади сіють паніку, поширюють тривожні, іноді не відповідні дійсності, чутки.

У вогнищі НС насамперед надається медична допомога особам із фізичними (хімічними, радіаційними та ін.) видами ураження. Цим особам психолого-психіатрична підтримка виявляється вкрай рідко і лише у випадках вираженого психомоторного збудження. Рідко психолого-психіатрична допомога надається і особам з фізичними травмами, які втратили родича та/або зазнали великих матеріальних збитків. Як правило, ці люди отримують допомогу на пізніших етапах, коли загроза соматичного недугу зникає.

В епіцентрі НС психолого-психіатрична допомога найчастіше надається особам, які не отримали (або мають незначні) фізичні ушкодження, не втратили близьких родичів і не зазнали великої матеріальної шкоди, але травмовані самим фактом катастрофи.

Люди зі стресовими розладами дуже рідко самостійно звертаються за психолого-психіатричною допомогою. Тому лікарі-психіатри (психологи, психотерапевти) повинні здійснювати амбулаторний прийом (краще у місці, де постраждалим надають матеріальну допомогу або в районній (міській) поліклініці загальносоматичного профілю), виїжджати додому (після попереднього повідомлення та згоди постраждалих на бесіду). Якщо дозволяють обставини, потрібна участь членів психолого-психіатричної бригади у загальному огляді постраждалих. Така необхідність обумовлена тим, що у ряді випадків наслідки стресового впливу виявляються головним чином у соматичній сфері (підвищення тиску, тахіаритмія, вегетативні прояви тощо).

На цей час сформувався новий науковий напрямок, що позначається як психіатрія надзвичайних ситуацій. Знання особливостей виникнення, клінічних проявів, перебігу психічних розладів в умовах надзвичайних ситуацій (вони розглядаються у приватній психіатрії у розділі «Невротичні та пов'язані зі стресом психічні розлади») сприяють оптимізації психологічної та психіатричної допомоги постраждалим.

Подані в цьому розділі загальні принципи психопрофілактики та реабілітації та роль у їх здійсненні методів психотерапії надали в останні десятиліття істотний вплив на розробку та впровадження насамперед реабілітаційних та меншою мірою психопрофілактичних програм практично у всіх галузях медицини. Цілі, завдання та конкретний зміст цих програм визначаються особливостями клінічних проявів хвороби, її перебігом, прогнозом, співвідношенням біологічних, психологічних та соціальних механізмів у виникненні та розвитку патологічних розладів. Психотерапія разом з соціотерапією, фармакотерапією, трудовою терапією та ін. становлять єдиний комплекс психосоціальних методів, поєднане застосування яких на клінічно диференційованій основі є вирішальною передумовою досягнення ефективного соціального та трудового відновлення пацієнтів, оптимізації їхнього особистісного розвитку.

З метою оцінки успішності засвоєння вищевикладеного матеріалу пропонується вирішити такі завдання:

Завдання №69. Хворий П., 36 років. Страждає на обсесивно-компульсивний розлад з переважанням агорафобії. У комплексній терапії поряд із медикаментозною в даному випадку доцільно використовувати:

1. Психодинамічну психотерапію
2. Когнітивну психотерапію
3. Поведінкову психотерапію
4. Гіпносуггестію
5. Гештальт-терапію

Завдання №70. Хвора І., 52 роки. За вдачею тривожна, владна, демонстративна. Страждає на соматизовані розлади. Наполегливо вимагає "призначити гіпноз". В даному випадку хворий показано:

1. Психодинамічна психотерапія
2. Когнітивна психотерапія
3. Поведінкова психотерапія
4. Гіпносуггестія
5. Гештальт-терапія

Завдання №71. Хворий О., 27 років, дизайнер. Страждає на неврастенію. Має високий інтелект, шукає причини стану («допоможіть розібратися в собі, скільки б часу це не зайняло»). У комплексній терапії поряд із медикаментозною в даному випадку доцільно використовувати:

1. Психодинамічну психотерапію
2. Когнітивну психотерапію
3. Поведінкову психотерапію
4. Гіпносуггестію
5. Гештальт-терапію

Завдання №72. Хвора Р., 37 років. Страждає на бронхіальну астму. Зв'язує почастішання та обтяження нападів зі станами психоемоційної напруги. Звернулася за допомогою до психотерапевта, щоб він «навчив розслаблятися, бо я постійно як натягнута струна». У терапії поряд із медикаментозним лікуванням бронхіальної астми в даному випадку доцільно використовувати:

1. Психодинамічну психотерапію
2. Когнітивну психотерапію
3. Поведінкову психотерапію
4. Гіпносуггестію
5. Ауторелаксацію

Завдання №73. Хвора Т. 38 років. Після конфліктної ситуації на роботі та в сім'ї, внаслідок якої хвора опинилася у повній соціальній ізоляції, розвинувся депресивний стан. Отримує лікування антидепресантами щодо помірного депресивного епізоду. У комплексній терапії поряд із медикаментозною в даному випадку доцільно використовувати:

1. Психодинамічну психотерапію
2. Когнітивну психотерапію
3. Поведінкову психотерапію
4. Гіпносуггестію
5. Клієнт-центрована психотерапія

Якщо Ви сумніваєтеся у правильності рішення чи Вас щось турбує, ще раз прочитайте цей розділ інформації та знову спробуйте вирішити завдання. Тільки правильне їхнє рішення говорить про те, що інформація Вами засвоєна, і Ви можете переходити до вивчення наступного матеріалу.

Додаток 1.

*Методики дослідження уваги*

Показання для проведення дослідження **:** виявлення порушень концентрації та стійкості уваги при екзогенних органічних ­захворюваннях головного мозку, виражених соматогенних астенічних станах, невротичних розладах.

1. Коректурна проба *.* Використовується для виявлення стійкості ­уваги, його концентрації, розумової працездатності та виснаженості. Дослідження проводять за допомогою спеціальних бланків із рядами букв, розташованих у випадковому порядку. Інструкція передбачає закреслення однієї (двох) літери та підкреслення іншої. Реєструється час, витрачений випробуваним виконання всього завдання, враховується кількість помилок і темп виконання завдання, звертається увагу до розподіл помилок протягом досвіду, характер помилок (перепустки букв чи рядків; закреслення інших, розташованих поруч чи зовні схожих букв).
2. Таблиці Шультезастосовуються з тими ж цілями, що і корек ­турна проба. Випробуваному пред'являється таблиця з цифрами від 1 до 25, поміщеними у клітини та розташованими у випадковому порядку. Він повинен показати і назвати у заданій послідовності (з початку чи з кінця) усі цифри. Пропонують поспіль чотири - п'ять таблиць із різним розташуванням цифр. Експериментатор реєструє час, витрачений виконання завдання з кожної таблиці, оцінює динаміку показників у процесі дослідження.
3. Рахунок по Крепеліну *.* Методика полягає в безперервному додаванні випробуваним в умі ряду однозначних чисел, записаних у вигляді ­стовпця. Аналіз результату підрахунку реєструється у вигляді кривої, на якій відзначено швидкість роботи та кількість помилок. Працездатність оцінюється за п'ятибальною системою. Методика дозволяє оцінювати увагу, а також виявляти загальну працездатність та стомлюваність.

*Методики дослідження пам'яті*

Показання щодо дослідження:скарги пацієнта на зниження пам'яті, клінічно негрубо виражені порушення пам'яті ­. Розлади пам'яті характерні, так само як і розлади уваги, для екзогенних органічних захворювань головного мозку, причому можуть бути грубішими, але минущими, в гострому і підгострому періодах і стійкими — на тлі резидуально-органічних явищ. При виражених астенічних станах соматичної та психогенної природи порушується здатність до запам'ятовування внаслідок стомлюваності та порушення уваги. При олигофрении відзначається рівномірна недостатність всіх пам'яті, але особливо порушена асоціативна пам'ять.

1. Тест зорової пам'яті *.* Використовується серія малюнків, на яких ­зображено окремі предмети (зазвичай дванадцять) або таблицю із зображенням дванадцяти предметів. Малюнки показують з інтервалом 2 секунди кілька разів. Після кожного показу перевіряють скільки предметів залишилося в пам'яті.
2. Тест слухової пам'яті *.* Дослідження на запам'ятовування повторного набору з 10 простих слів, що вимовляються з ­інтервалом в 2 секунди. Випробовуваний повинен щоразу повторити ці слова.

Через певний проміжок часу (1-2 години) випробуваного ­просять відтворити всі предмети або слова, які він запам'ятав. Методики дозволяють оцінювати безпосередню та довготривалу пам'ять. Показниками норми є запам'ятовування 10-12 предметів та 7-10 слів безпосередньо після 3-4 кратного повторення та відтворення не менше 7 слів за годину.

3. Метод піктограм *.* Дана методика запропонована для дослідження ­опосередкованого запам'ятовування, проте вона має цінність і для оцінки процесів мислення (особливості асоціацій: конкретні, абстрактні, символічні і т.д.), установок особистості (варіант проекції), емоційного стану та модусу поведінки. Випробуваному пропонується на слух 10—15 слів чи словосполучень, які є певні поняття конкретного і абстрактного змісту, відповідно до якими він повинен зробити малюнки, щоб згодом із них відтворити задані словосполучення.

*Методики дослідження мислення*

Показання щодо дослідження:виявлення притаманних певної психічної патології розладів мислення.

1. Методика "Четвертий зайвий" *.* Випробуваному по черзі пред'являють картки, у яких зображено 4 предмета. Три з них мають видову, родову чи функціональну спільність. Просять ­назвати предмет, який тут «зайвий», не підходить до решти.

2. Класифікація понять. Даний метод часто використовується для
дослідження процесів узагальнення, абстрагування, послідовності ­мислення, критичності, освіти понять та ін.

Для проведення дослідження необхідно мати набір з ­кількох десятків карток із зображеннями об'єктів живої та неживої природи. На першому етапі випробовуваного просять розкласти ці картки по групах - що до чого підходить. Потім пропонують дати назву кожній групі. Правильне виділення цих груп свідчить про збереження у випробуваного процесів узагальнення та порівняння. На другому етапі необхідно утворити більші групи з рослин, тварин та предметів неживої природи. Цей етап відбиває здатність до вищого ступеня узагальнення.

3. Методики дослідження інтелекту

Показання для проведення дослідження: необхідність визначення ­ступеня інтелектуальної недостатності, яка найчастіше виникає в педіатричній практиці при вирішенні питань навчання дитини з розумовим недорозвиненням або педагогічною занедбаністю. У дорослих питання стан інтелекту частіше ставиться під час проведення різних видів експертиз (трудової, військової, судової).

Оцінка проводиться у балах за окремими субтестами, рівнем вербального, невербального ­та загального інтелекту ( IQ ).

Значення коефіцієнта інтелектуальності ( IQ ):

90-109 - середні показники;

більше 109 - вище середнього;

80-89 - нижче середнього;

70-79 - прикордонна інтелектуальна недостатність;

69 і нижче - зона недоумства.

Для кількісної оцінки інтелекту найчастіше використовуються методики: тест Векслер, тест Амтхауера, прогресивні матриці Равена.

 4. Розуміння переносного значення прислів'їв та метафор.Випробуваного просять пояснити, що означає те чи інше прислів'я чи метафора. Наприклад, прислів'я: «Не в свої сани не сідай»; «Шила в мішку не приховаєш»; «Не плюй у колодязь, знадобиться води напитися ­»; «Курчат по осені вважають»; «Сім разів відміряй, один раз відріж»; «Не все золото, що блищить» та ін. Метафори: «золоті руки», «їжакові рукавиці», «заяча душа», «кам'яне серце», «залізний характер» та ін. -логічного мислення часто виявляються буквальне розуміння, перенесення він або неможливість тлумачення прислів'їв і метафор. При виражених змінах мислення, притаманних шизофренії, відзначається абстрактне міркування (резонерство), парадоксальне тлумачення.

*Методики дослідження емоційного стану*

Емоційні порушення можуть вивчатися за допомогою ­вербальних методик, велика кількість яких запропонована різними авторами (визначення рівня тривожності — шкали Спілбергера, Тейлор, Шихана; виявлення та оцінка виразності депресії — шкали Гамільтона, Бека, Зунга та ін.). Всі вони, як правило, є опитувальниками, за допомогою яких випробуваний оцінює власний емоційний стан. Необхідно порівнювати результати, отримані під час використання шкал тривоги та депресії, з клінічними показниками. Найбільше застосування опитувальники знаходять у динамічному спостереженні за хворим та оцінці ефективності лікування.

Додаток 2 *.*

Практичне дослідження акцентуацій особистості та типу ставлення до хвороби.

*ОРІЄНТУВАЛЬНА ОСНОВА ДІЙ*

*Алгоритм роботи з опитувальником*

*ЛЕОНГАРДА-ШМИШЕКА*

Ознакомление с правилами работы с опросником

Проверка правильности

усвоения инструкции

Не усвоена

Усвоена

Заполнение опросника

Подсчет баллов

Интерпретация

10 типов акцентуации характера.

К.Леонгардом виділено 10 типів акцентуйованих особистостей, для діагностики типу акцентуації вам пропонується тест-опитувальник Леонгарда-Шмішека. Нижче наводиться текст опитувальника.

1. Інструкція.

"Вам пропонується відповісти на 88 питань, що стосуються різних сторін Вашої особи. Поруч із номером питання поставте знак "+" (так), якщо згодні, або "-" (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, не замислюючись".

2. Текст опитувальника.

1. Чи є ваш настрій загалом веселим і безтурботним?

2. Чи сприйнятливі ви до образ?

3. Чи траплялося вам іноді швидко заплакати?

4. Чи завжди ви вважаєте себе правим у тій справі, яку робите, і ви не заспокоїтеся, доки не переконаєтесь у цьому?

5. Чи вважаєте ви себе сміливішим, ніж у дитячому віці?

6. Чи може ваш настрій змінюватися від глибокої радості до печалі?

7. Чи знаходитесь ви в компанії в центрі уваги?

8. Чи бувають у вас дні, коли ви без достатніх підстав перебуваєте в похмурому та дратівливому настрої і ні з ким не хочете розмовляти?

9. Чи серйозна ви людина?

10. Чи можете ви надихнутися?

11. Чи підприємливі ви?

12. Чи швидко ви забуваєте, якщо вас хтось образить?

13. Чи м'якосерде ви людина?

14. Чи намагаєтеся ви перевірити після того, як опустили листа в поштову скриньку, чи не залишилося воно висіти в прорізі?

15. Чи завжди ви намагаєтеся бути сумлінним у роботі?

16. Чи відчували ви в дитинстві страх перед грозою чи собаками?

17. Чи вважаєте ви інших людей недостатньо вимогливими один до одного?

18. Чи сильно залежить ваш настрій від життєвих подій та переживань?

19. Чи завжди ви прямодушні зі своїми знайомими?

20. Чи часто ваш настрій буває пригніченим?

21. Чи був у вас раніше істеричний напад чи виснаження нервової системи?

22. Чи схильні ви до станів сильного внутрішнього занепокоєння чи пристрасного прагнення?

23. Чи важко вам тривалий час просидіти на стільці?

24. Чи боретесь ви за свої інтереси, якщо хтось чинить з вами несправедливо?

25. Чи могли б ви вбити людину?

26. Чи сильно вам заважає косо висить гардина або нерівно настелена скатертина настільки, що вам хочеться негайно усунути ці недоліки?

27. Чи відчували ви в дитинстві страх, коли залишалися одні в квартирі?

28. Чи часто у вас без причини змінюється настрій?

29. Чи завжди ви старанно ставитеся до своєї діяльності?

30. Чи швидко ви можете розгніватися?

31. Чи можете ви бути веселим безшабашно?

32. Чи можете ви іноді цілком перейнятися почуттям радості?

33. Чи підходите ви для проведення розважальних заходів?

34. Чи висловлюєте ви зазвичай людям свою відверту думку з того чи іншого питання?

35. Чи впливає на вас кров?

36. Чи охоче займаєтеся діяльністю, пов'язаною з великою відповідальністю?

37. Чи схильні ви заступитися за людину, з якою вчинили несправедливо?

38. Чи важко вам входити до темного підвалу?

39. Чи виконуєте ви кропітку чорну роботу так само повільно та ретельно, як і улюблену вами справу?

40. Чи є ви товариською людиною?

41. Чи ви декламували в школі вірші?

42. Чи тікали ви дитиною з дому?

43. Чи важко ви сприймаєте життя?

44. Чи були у вас конфлікти та неприємності, які так виснажували вам нерви, що ви не виходили на роботу?

45. Чи можна сказати, що ви при невдачах не втрачаєте почуття гумору?

46. Чи зробите ви першим крок до примирення, якщо вас хтось образить?

47. Чи любите ви тварин?

48. Чи підете ви з роботи чи з дому, якщо у вас там щось гаразд?

49. Чи мучать вас невизначені думки, що з вами чи з вашими родичами станеться якесь нещастя?

50. Чи вважаєте ви, що настрій залежить від погоди?

51. Чи важко вам виступити на сцені перед великою кількістю глядачів?

52. Чи можете ви вийти з себе і дати волю рукам, якщо вас хтось навмисне грубо розсердить?

53. Чи багато ви спілкуєтеся?

54. Якщо ви будете чимось розчаровані, то прийдете у розпач?

55. Чи подобається вам робота організаторського характеру?

56. Чи вперто ви прагнете своєї мети, навіть якщо на шляху зустрічається багато перешкод?

57. Чи може вас так захопити фільм, що сльози виступлять на очах?

58. Чи важко вам заснути, якщо ви цілий день розмірковували над своїм майбутнім чи якоюсь проблемою?

59. Чи доводилося вам у шкільні роки користуватися підказками чи списувати у товаришів домашнє завдання?

60. Чи важко вам піти вночі на цвинтар?

61. Чи стежите ви з великою увагою, щоб кожна річ у будинку лежала на своєму місці?

62. Чи доводилося вам лягти спати в хорошому настрої, а прокинутися в пригніченому і кілька годин залишатися в ньому?

63. Чи можете ви легко пристосуватися до нової ситуації?

64. Чи є у вас схильність до головного болю?

65. Чи часто ви смієтеся?

66. Чи можете ви бути привітними з людьми, не відкриваючи свого істинного ставлення до них?

67. Чи можна вас назвати жвавою і жвавою людиною?

68. Чи сильно ви страждаєте від несправедливості?

69. Чи можна назвати вас пристрасним любителем природи?

70. Чи є у вас звичка перевіряти перед сном або перед тим, як піти, чи вимкнено газ і світло, чи закриті двері?

71. Чи полохливі ви?

72. Чи буває, що ви почуваєтеся на "сьомому небі", хоча об'єктивних причин для цього немає?

73. Чи охоче ви брали участь у юності у гуртках художньої самодіяльності, у театральному гуртку?

74. Чи тягне вас іноді дивитися в далечінь?

75. Чи дивитеся ви на майбутнє песимістично?

76. Чи може ваш настрій змінитися від найвищої радості

до глибокої туги за короткий час?

77. Чи легко піднімається ваш настрій у дружній компанії?

78. Чи переносите ви злість тривалий час?

79. Чи сильно ви переживаєте, якщо горе трапилося в іншої людини?

80. Чи була у вас у школі звичка переписувати листок у зошиті, якщо ви поставили на нього кляксу?

81. Чи можна сказати, що ви більш недовірливі та обережні, ніж довірливі?

82. Чи часто ви бачите страшні сни?

83. Чи виникала у вас думка проти волі кинутися з вікна,

під поїзд, що наближається?

84. Чи стаєте ви радісним у веселому оточенні?

85. Чи легко ви можете відволіктися?

86. Чи важко вам стримати себе, якщо ви розлютитесь?

87. Чи волієте ви мовчати (так), чи ви балакучі (ні)?

88. Чи могли б ви, якщо довелося брати участь у театральній виставі, з повним проникненням і перетворенням увійти в роль і забути про себе?

К л ю ч:

При збігу відповіді питання з ключем, відповіді присвоюється один бал.

1. Демонстративність/демонстративний тип:

"+": 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88.

"-": 51.

Суму відповідей помножити на дві.

2. Застрявання/застрягає тип:

"+": 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81.

"-": 12, 46, 59.

Суму відповідей помножити на дві.

3. Педантичність / педантичний тип:

"+": 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83.

"-": 36.

Суму відповідей помножити на дві.

4. Збудливість/збудливий тип:

"+": 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.

Суму відповідей помножити на три.

5. Гіпертимність/гіпертимний тип:

"+": 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77.

Суму відповідей помножити на три

6. Дистимність/Дистимічний тип:

"+": 9, 21, 43, 75, 87.

Суму відповідей помножити на три.

7. Тривожність/тривожно-боязливий тип:

"+": 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82.

"-": 5.

Суму відповідей помножити на три.

8. Екзальтованість/афективно-екзальтований тип:

"+": 10, 32, 54, 76.

Суму відповідей помножити на шість

9. Емотивність/емотивний тип:

"+": 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79.

"-": 25.

Суму відповідей помножити на три.

10. Циклотимність/циклотимний тип:

"+": 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.

Суму відповідей помножити на три.

Максимальна сума балів після множення – 24. За деякими джерелами, ознакою акцентуації вважається величина, що перевищує 12 балів.

Інші ж, на підставі практичного застосування опитувальника, вважають, що сума балів у діапазоні від 15 до 19 говорить лише про тенденцію до того чи іншого типу акцентуації. І лише у разі перевищення 19 балів характеристика характеру є акцентуйованою.

Отримані дані можуть бути представлені у вигляді "профілю особистісної акцентуації".

ПРОФІЛЬ ХАРАКТЕРУ (ОСОБИСТІЙ АКЦЕНТУАЦІЇ)

Сума Діапазон

Балів акцентуіро-

Після ванних рис

множення та типів характеру

21

20

19 …………………………………………..

18

Діапазон

17 тенденцій

16

15 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

14

13 Ознака

12 ----------------------------------------------------- акцентуації

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Шкали (ризик характеру)

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ВИЗНАЧЕННЯ ТИПУ ВІДНОСИНИ ДО ХВОРОБИ.

Наличие затяжного хронического заболевания (нозологический диагноз)

Да

 Нет

Психодиагностичвское обследование

Исследование не проводится

Уяснение инструкции

Ознакомление с инструкцией по заполнению ответного листа

Нет

Да

Последовательное предъявление тематических карточек с вопросами и занесение выбранных номеров утверждений в ответный лист

Заполнение ответного листа

Неправильно

Правильно

Обработка данных с помощью ключей

Получение значений по шкалам

Анализ характера профиля

Построение профиля

Простой отношения

Смешанный

Диффузный

Описанию не подлежит

Заключение о типе отношения к болезни

Описание типа отношения к

болезни

Подібні інструкції щодо заповнення листа опитувальника, його тематичні таблиці, ключі для обробки листів у відповідь і правила інтерпретації отриманих результатів наводяться нижче.

Правила роботи з опитувальником

"Тип відношення до хвороби".

Випробуваному пропонується в кожній таблиці - наборі вибрати 2 найбільш підходящі для нього затвердження та номери зроблених виборів обвести кружком у реєстраційному аркуші, зразок якого наводиться нижче. Якщо хворий не може вибрати 2 твердження на будь-яку тему, то він обов'язково повинен відзначити останнє твердження у відповідній таблиці-наборі.

Час заповнення реєстраційного листа не обмежений.

Дослідження можна проводити одночасно з невеликою групою піддослідних за умови, що вони не будуть радитися один з одним. Крім того, до реєстраційного листа заносяться дані про хворого відповідно до практичних та дослідницьких завдань, які стоять перед лікарем та клінічним психологом, наприклад: розгорнутий клінічний діагноз та провідний синдром, тривалість захворювання, інвалідність, прогноз захворювання, зміна соціального та сімейного статусу у зв'язку з захворюванням та ін.

Реєстраційний лист опитувальника

"Тип відношення до хвороби".

П.І.Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У графі "Номери обраних відповідей" обведіть кружком для кожної теми номера тих двох тверджень, які найбільш

Вас підходять.

Тема тверджень Номери вибраних відповідей

1.Самопочуття 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

2.Настрій 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

3.Сон і пробудження 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

17

4.Апетит та відношення 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

до їжі

5.Ставлення до хвороби 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

6.Ставлення до лікування 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1314 15 16

7.Ставлення до лікарів та 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

медперсоналу

8.Ставлення до рідних 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

та близьким

9.Ставлення до роботи 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1314 15

(навчання)

10.Ставлення до оточуючих 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

11.Ставлення до самотності 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

12.Ставлення до майбутнього 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Текст опитувальника.

Опитувальник включає 12 таблиць-наборів, які містять від 11 до 17 пронумерованих тверджень.

**1. САМОПОЧУТТЯ.**

1. Відколи я захворів, у мене завжди погане самопочуття.

2. Я майже завжди почуваюся бадьорим і повним сил.

3. Погане самопочуття я намагаюся перебороти.

4. Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим.

5. У мене майже завжди щось болить.

6. Погане самопочуття у мене виникає після прикростей.

7. Погане самопочуття з'являється в мене від очікування неприємностей.

8. Я намагаюся терпляче переносити біль та фізичні страждання.

9. Моє самопочуття цілком задовільне.

10. У мене, відколи я захворів, буває погане самопочуття з нападами дратівливості та почуттям туги.

11. Моє самопочуття дуже залежить від того, як до мене ставляться оточуючі.

12. Жодне з визначень мені не підходить.

**2. НАСТРІЙ.**

1. Як правило, настрій у мене дуже добрий.

2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим та дратівливим.

3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості у майбутньому.

4. Я не дозволю собі через хворобу віддаватися зневірі та смутку.

5. Через хворобу у мене завжди поганий настрій.

6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.

7. У мене став зовсім байдужий настрій.

8. У мене бувають напади похмурої дратівливості, під час яких дістається оточуючим.

9. У мене не буває засмучення і смутку, але може бути запеклість і гнів.

10. Найменші неприємності дуже засмучують мене.

11. Через хворобу в мене постійно тривожний настрій.

12. Мій настрій зазвичай такий же, як у оточуючих мене людей.

13. Жодне з визначень мені не підходить.

**3. СОН І ПРОБУДЖЕННЯ ВІД СНУ.**

1. Прокинувшись, я одразу змушую себе встати.

2. Ранок для мене - найважчий час доби.

3. Якщо мене щось засмутить, я довго не можу заснути.

4. Я погано сплю вночі та відчуваю сонливість вдень.

5. Я сплю мало, але встаю бадьорим. Сни бачу рідко.

6. З ранку я активніший і мені легше працювати, ніж увечері.

7. У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають болісно-тужливі сновидіння.

8. Безсоння у мене настає періодично без особливих причин.

9. Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба вставати у певну годину.

10. Вранці я встаю бадьорим та енергійним.

11. Я прокидаюсь з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити.

12. Ночами в мене бувають напади страху.

13. З ранку я відчуваю повну байдужість до всього.

14. Не можу вільно регулювати свій сон.

15. Ночами мене особливо переслідують думки про мою хворобу.

16. Уві сні мені бачаться всякі хвороби.

17. Жодне з визначень мені не підходить.

**4. АПЕТИТ І СТАВЛЕННЯ ДО ЇЖИ.**

1. Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях.

2. У мене добрий апетит.

3. У мене поганий апетит.

4. Я люблю ситно поїсти.

5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.

6. Мені легко можна зіпсувати апетит.

7. Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її свіжість та доброякісність.

8. Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримки здоров'я.

9. Я намагаюся дотримуватись дієти, яку сам розробив.

10. Їжа не приносить мені ніякого задоволення.

11. Жодне з визначень мені не підходить.

**5. СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ.**

1. Моя хвороба мене лякає.

2. Я так утомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.

3. Намагаюся не думати про свою хворобу та жити безтурботним життям.

4. Моя хвороба найбільше пригнічує мене тим, що люди почали цуратися мене.

5. Без кінця думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою.

6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого хорошого на мене не чекає.

7. Вважаю, що моя хвороба запущена через неуважність та невміння лікарів.

8. Вважаю, що небезпеку моєї хвороби лікарі перебільшують.

9. Намагаюся перебороти хворобу, працювати як раніше, і навіть ще більше.

10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.

11. Я здоровий і хвороби мене не турбують.

12. Моя хвороба протікає зовсім незвично - не так як у інших, і тому потребує особливої уваги.

13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним.

14. Я знаю, з чиєї вини я захворів і не пробачу цього ніколи.

15. Я з усіх сил намагаюся не піддаватися хворобі.

16. Жодне з визначень мені не підходить.

**6. ВІДНОСИНИ ДО ЛІКУВАННЯ.**

1. Уникаю будь-якого лікування, сподіваюся, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї менше думати.

2. Мене лякає труднощі та небезпеки, пов'язані з майбутнім лікуванням.

3. Я був би готовий на найболючіше і навіть небезпечне лікування, аби лише позбутися хвороби.

4. Я не вірю в успіх лікування та вважаю його марним.

5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх них постійно розчаровуюсь.

6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію.

7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення з ними пов'язаними.

8. Від лікування мені стає гірше.

9. Ліки та процедури нерідко чинять на мене таку незвичайну дію, що це дивує лікарів.

10. Вважаю, що серед застосовуваних способів лікування є настільки шкідливі, що їх слід було б заборонити.

11. Вважаю, що мене лікують неправильно.

12. Я жодного лікування не потребую.

13. Мені набридло нескінченне лікування, хочу, щоб мене тільки дали спокій.

14. Я уникаю говорити про лікування інших людей.

15. Мене дратує та озлоблює, коли лікування не дає покращення.

16. Жодне з визначень мені не підходить.

**7. ВІДНОСИНИ ДО ЛІКАРІВ І МЕДПЕРСОНАЛУ.**

1. Головним у кожному медичному працівнику я вважаю увагу до хворого.

2. Я хотів би лікуватися у такого лікаря, який має велику популярність.

3. Вважаю, що я захворів найбільше з вини лікарів.

4. Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі і тільки вдають, що лікують.

5. Мені байдуже, хто і як мене лікує.

6. Я часто турбуюся про те, що не сказав лікареві щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.

7. Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь.

8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений у успіху лікування.

9. З великою повагою належу до медичної професії.

10. Я неодноразово переконувався, що лікарі та персонал неуважно та несумлінно виконують свої обов'язки.

11. Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями та персоналом і потім шкодую про це.

12. Я здоровий і допомоги не потребую.

13. Вважаю, що лікарі та персонал на мене марно витрачають час.

14. Жодне з визначень мені не підходить.

**8. ВІДНОСИНИ ДО РІДНИХ І БЛИЗЬКИХ.**

1. Я настільки захоплений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати.

2. Я намагаюся рідним і близьким не показувати виду, що хворий, щоб не затьмарювати їм настрої.

3. Близькі даремно хочуть зробити з мене тяжко хворого.

4. Мене долають думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.

5. Мої рідні не хочуть зрозуміти тяжкість моєї хвороби і не співчують моїм стражданням.

6. Близькі не зважають на мою хворобу і хочуть жити на своє задоволення.

7. Я соромлюсь своєї хвороби навіть перед близькими.

8. Через хворобу я втратив будь-який інтерес до справ і хвилювань близьких та рідних.

9. Через хворобу я став у тягар близьким.

10. Здоровий вигляд і безтурботне життя близьких викликає у мене неприязнь.

11.Я вважаю, що захворів через моїх рідних.

12.Я намагаюся поменше доставляти тягар і турбот моїм близьким через мою хворобу.

13.Жодне з визначень мені не підходить.

**9. ВІДНОСИНИ ДО РОБОТИ (НАВЧАННЯ).**

1. Хвороба робить мене нікуди не гідним працівником (не здатним вчитися).

2. Я боюся, що через хворобу я втрачу хорошу роботу

(Доведеться піти з гарного навчального закладу).

3. Моя робота (навчання) стала для мене абсолютно байдужою.

4. Через хворобу мені тепер стало не до роботи (не до навчання).

5. Весь час турбуюся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не впораюся з навчанням).

6. Вважаю, що захворів(а) через те, що робота (навчання) завдала шкоди моєму здоров'ю.

7. На роботі за місцем навчання) зовсім не зважають на мою хворобу і навіть причіпаються до мене.

8. Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі (навчанню).

9. Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) менше знали і говорили про мою хворобу.

10. Я вважаю, що попри хворобу треба продовжувати роботу (вчитися).

11. Хвороба зробила мене на роботі (в навчанні) непосидючою, нетерплячою.

12. На роботі, навчанні я намагаюся забути про свою хворобу.

13. Всі дивуються і захоплюються тим, як я успішно працюю (навчаюся), незважаючи на хворобу.

14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчати) там, де я хочу.

15. Жодне з визначень мені не підходить.

**10. ВІДНОСИНИ ДО НАВКОЛИШНІХ.**

1. Мені тепер байдуже, хто мене оточує і хто біля мене.

2. Мені хочеться, щоб оточуючі тільки дали мені спокій.

3. Коли я захворів, усі про мене забули.

4. Здоровий вигляд та життєрадісність оточуючих викликає у мене роздратування.

5. Я намагаюся, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби.

6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться.

7. Мені хотілося б, щоб оточуючі випробували, як важко хворіти.

8. Мені здається, що оточуючі цураються мене через мою хворобу.

9. Навколишні не розуміють моєї хвороби та моїх страждань.

10. Моя хвороба і те, як я її переношу, дивує та вражає оточуючих.

11. Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не пробачу.

12. З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу.

13. Серед оточуючих я тепер бачу, що багато людей страждають від хвороб.

14. Спілкування з людьми мені стало швидко набридати і навіть дратувати мене.

15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.

16. Жодне з визначень мені не підходить.

**11. СТАВЛЕННЯ ДО САМОТНІСТЬ.**

1. Віддаю перевагу самотності, тому що одному мені стає краще.

2. Я відчуваю, що хвороба прирікає мене на самотність.

3. На самоті я прагну знайти якусь цікаву чи потрібну роботу.

4. На самоті мене особливо починають переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладнення, майбутні страждання.

5. Часто, залишившись наодинці, я швидше заспокоююсь: люди стали сильно мене дратувати.

6. Соромлюся хвороби, намагаюся віддалитися від людей, а на самоті сумую за людьми.

7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.

8. Мені стало однаково, що бути серед людей, що залишатися на самоті.

9. Бажання побути одному залежить від обставин і настрою.

10. Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язані з хворобою.

11. Жодне з визначень мені не підходить.

**12. СТАВЛЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО.**

1. Хвороба робить моє майбутнє сумним та сумним.

2. Моє здоров'я поки що не дає жодних підстав турбуватися за майбутнє.

3. Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у найвідчайдушніших ситуаціях.

4. Не вважаю, що хвороба може суттєво вплинути на моє майбутнє.

5. Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся досягти покращення здоров'я в майбутньому.

6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні).

7. Мені стало байдуже, що станеться зі мною в майбутньому.

8. Через мою хворобу я у постійній тривозі за своє майбутнє.

9. Я впевнений, що в майбутньому розкриються помилки та недбалість тих, через кого захворів.

10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплює туга та роздратування на інших людей.

11. Через хворобу я дуже турбуюся за своє майбутнє.

12. Жодне з визначень мені не підходить.

Діагностичний код опитувальника

"Тип відношення до хвороби".

1 Г Р З Т І Н М А С Я П Д 2 Г Р З Т І Н М А С Я П Д

тема тема

1. 3 5 2 5 3 3 3 1. 4

2. 4 2. 5 3

3. 5 5 3. 4 4

4. 4 3 4 4. 5 5 3

5. + 5 5. + 4 5 3

6. 3 6. 2 4 3 3

7. 4 7. + 5

8. 4 3 8. 5

9. 4 9. + 3 3

10. 4 1 4 10. 2 4

11. 4 4 3 11. + 4

12. 3 12.

13.

3 Г Р З Т І Н М А С Я П Д 4 Г Р З Т І Н М А С Я П Д

тема тема

1. 3 5 1. 5

2. 4 2 2. 3 5

3. 3 4 3 2 3. 4 3 4 1 2

4. 3 2 4. 3

5. 3 5. 4

6. 2 6. 3 4 4 3 4

7. 3 2 4 2 3 3 7. 2 5

8. 8. 5 3 1

9. 9. 3 3

10. 4 10. 4 5

11. 4 11.

12. 3 12.

13. 3 5

14.

15. 3 4

16. 3

5 Г Р З Т І Н М А С Я П Д 6 Г Р З Т І Н М А С Я П Д

тема тема

1. + 4 1. + 2 4

2. + 2 5 2. 4 1 1

3. 4 3. 4 3 3

4. 5 4. + 5 3

5. + + 5 5. + 2 4 2

6. + 4 5 2 6. 1 2 3

7. 2 4 3 7. + + 4

8. 4 8.

9. 5 9. 5

10. + 3 5 2 3 10. 5

11. 3 11. 3 2

12. 5 12. + 4

13. 5 4 13. 1 2 5

14. 5 2 14. 3 5

15. 5 4 15. 4 4

16. 16.

+

7 Г Р З Т І Н М А С Я П Д 8 Г Р З Т І Н М А С Я П Д

тема тема

1. 4 1 3 3 4 1. + + 3 3

2. 4 2. 4 3 4

3. 4 3. 3 4

4. + 3 2 3 3 4. 4

5. 5 5. + 5 4

6. + 4 3 6. 2 5 1 4

7. 4 7. 5

8. + 3 4 8. + 3 5

9. 5 3 2 9. 4 3

10. 5 4 10. 4 4

11. 5 11. 5

12. 4 12. 5 5

13. + 3 4 3 13.

14.

9 Г Р З Т І Н М А С Я П Д 10 Г Р З Т І Н М А С Я П Д

тема тема

1. + 4 1 1. + 3 5

2. 4 2 2. 1 4 4

3. + + 3 4 3.

4. + + 4 3 2 4. + 3 4

5. 4 3 5. 3 3 4

6. 5 3 6. 2 4

7. + 3 4 2 4 7. + + 3 3 2 3

8. 3 4 8. 2 4

9. 3 5 9. + 2 4 4

10. 4 5 10. 3

11. 5 11. 3 3 4

12. 4 3 12. 5

13. 3 4 13.

14. 4 14. 5 1 3

15. 15. 4 3

16.

11 Г Р З Т І Н М А С Я П Д 12 Г Р З Т І Н М А С Я П Д

тема тема

1. 1 1 2 1. + 4 5 1

2. + + 4 2 2. 5

3. 4 5 3. 2 4

4. + 4 4 2 4. 3

5. 5 2 4 5. 5

6. 5 6. 5

7. 3 2 7. + 2 5

8. + 5 8. + 4 3 1 3

9. 4 3 2 1 9. 5 2

10. + 4 3 3 10. + 4 2 5

11. 11. + 4 3 3 2

12.

Примітка:

1. Літерними символами позначені шкали типів ставлення до хвороби:

Г-гармонійний, Р-ергопатичний, З-анозогнозичний, І-іпохондричний, Н-неврастенічний, М-меланхолійний, А-апатичний, С-сенситивний, Я-егоцентричний, П-паранояльний, Д-дистрофічний.

2. Римськими цифрами зазначені теми наборів тверджень опитувальника.

3. Арабськими цифрами зазначені номери тверджень у темі та відповідні їм діагностичні коефіцієнти.

4. Знаком "+" зазначено твердження, які вимагають прирівнювання до нуля відповідної шкальної оцінки.

ПРАВИЛА АНАЛІЗУ ДАНИХ ОПИТУВАЧА.

1. При аналізі використовується бланк "результати обстеження", зразок якого наводиться нижче.

2. За таблицею коду для кожного зазначеного у реєстраційному листі затвердження визначаються діагностичні коефіцієнти, що заносяться до бланку "результати обстеження".

3. Діагностичні коефіцієнти у кожному зі стовпців, відповідних 12 шкалам типів ставлення до хвороби, підсумовують, одержують 12 значень шкальних оцінок, які заносять до графи, позначеної ( Σ).

4. Шкільна оцінка для гармонійного, ергопатичного та анозогнозичного типів дорівнює 0, якщо серед тверджень, обраних випробуваним, зустрічається хоча б одне, вказане в коді знаком (+).

Результати обстеження за методикою "Тип відношення до хвороби".

Шкали Г Р З Т І Н М А С Я П Д

Г Р З Т І Н М А С Я П Д

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

Теми опитувальника:

0

60

50

40

30

20

10

0

Г Р З Т І Н М А С Я П Д

Числове вираження правила діагностики

типу ставлення до хвороби.

5. При діагностиці типу знаходять шкалу із максимальним значенням суми діагностичних коефіцієнтів. Визначають, чи є у профілі такі шкали, що знаходяться в межах діагностичної зони – оцінки яких відстають від максимальної в межах 7 балів. Якщо шкала з максимальною оцінкою залишається єдиною, і немає інших шкал, що відстають від неї в межах 7 балів, діагностують тільки тип, що відповідає цій шкалі.

6. Якщо в діагностичну зону (інтервал 7 балів) крім шкали з максимальною оцінкою потрапляють ще одна або 2 шкали, то діагностують змішаний тип, який позначають відповідно до назв складових його шкал.

7. Якщо діагностичну зону потрапляє більше 3-х шкал, то діагностують дифузний тип.

8. Гармонійний тип діагностують як " чистий " , тобто. тільки в тому випадку, коли шкала цього типу має максимальну оцінку і немає інших шкал, які потрапляють у діагностичну зону.

9. При змішаному типі, якщо в діагностичну зону поряд з іншими шкалами потрапляє шкала гармонійного типу, вони виключається з розгляду як складова.

Додаток 3

**Граф логічної структури теми «Психічна діяльність людини»**

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Психические свойства

Психические состояния

Психические процессы

темперамент

характер

способности и опыт

Радость, грусть, печаль, горе, оптимизм, тоска

восприятие

память

внимание

мышление

речь

эмоции

воля

интеллект

представление

ощущение

Додаток 4

**Граф логічної структури теми «Структура свідомості та самосвідомості особистості»**

СОЗНАНИЕ

Критерии ненарушенного сознания

осознание пространства

осознание времени

осознание собственной личности

САМОСОЗНАНИЕ

Уровни самосознания

органический (природный)

социальный (индивидный)

личностный

Додаток 5

**Методика класифікації предметів**

1. Цей метод є одним із основних, що використовуються майже при кожному психологічному дослідженні хворого. Метод застосовується для дослідження процесів узагальнення та абстрагування, а також дає можливість аналізу послідовності висновків, критичності та обдуманості дій піддослідних, особливостей пам'яті, обсягу та стійкості уваги.

2. Для проведення дослідження необхідно мати набір карток, на яких зображені різноманітні предмети та живі істоти.

Метод застосовується для дослідження дітей та дорослих будь-якого освітнього рівня.

3. Перед початком досвіду експериментатор ретельно перемішує картки та зверху викладає 5-6 карток, які полегшують початок класифікації. Потім всі картки передаються випробуваному догори малюнками, і експериментатор каже: "Розкладіть ці картки на столі - що до чого підходить".

Це перший так званий “глухий” етап інструкції. Якщо випробуваний ставить питання, як треба розкладати, йому відповідають цьому етапі ухильно: " Почніть працювати – самі побачите як треба " . Із самого початку необхідно фіксувати в протоколі дії та висловлювання випробуваного. На першому етапі важливо зафіксувати, як випробуваний намагався орієнтуватися у новому завданні, чи він зрозумів завдання. Після того, як пацієнт розклав третину карток, дається друга інструкція і починається другий етап роботи. Він починається з позитивної чи критичної оцінки того, що хворий уже зробив. Наприклад, експериментатор каже: "Правильно, ось Ви поклали разом меблі, так і треба об'єднувати все за сортами, щоб їх можна було назвати однією назвою", другий етап - найтриваліший. У протоколі записуються дії випробуваного, і іноді його запитують, чому він поклав ті чи інші картки разом, як і назвати ту чи іншу групу.

Коли основні групи зібрані та названі, переходять до третього етапу. Випробуваному кажуть: "Першу частину роботи Ви виконали добре. Тепер потрібно виконати другу частину. Раніше Ви з'єднували картку з карткою в групу, а тепер потрібно з'єднати групу з групою так, щоб груп залишилося якнайменше, але щоб можна було дати групі свою назву ". Іноді, якщо хворий насилу робить укрупнення, йому кажуть: "Має вийти всього 3 групи" (маються на увазі рослини, живі істоти, предмети).

4. Аналіз експериментальних даних становить значні труднощі. Так, однакова помилка, допущена різних етапах має різне значення, і може бути по-різному тлумачена. Помилки першому етапі ще не дають права з оцінки мислення, як порушеного, оскільки пацієнт міг неправильно тлумачити завдання.

Ця сама помилка, допущена вже на другому етапі, може бути витлумачена інакше. Після другої інструкції інтелектуально повноцінна людина легко класифікує групи. Якщо на 2 етапі випробуваний продовжує викладати конкретні ситуаційні групи - це свідчить про схильність до конкретного мислення. На цьому етапі можуть бути виявлені: надмірна деталізація, різноплановість мислення, класифікація з опорою на несуттєву, латентну ознаку, появу однойменних груп, а також виснаження уваги.

Великий інтерес на 2 етапі становить обговорення здійснених хворим дій та назв, що даються групам.

На 3 етапі з'ясовується, чи доступне випробуваному розуміння складних узагальнень, у своїй необхідно враховувати освітній рівень випробуваного.

Неприйняття прямої вказівки експериментатора наявність помилки свідчить про зниження критики хворого.

Додаток 6

**Методика вилучення предметів (словесний варіант)**

Випробовування уявному пред'являють бланк і кажуть: *«Тут у кожному рядку написано про п'ять слів, з яких чотири можна об'єднати в одну групу і дати їй назву, а одне слово до цієї групи не відноситься. Його потрібно знайти та виключити»* .

Бланк для словесного варіанта

1. Стіл, стілець, ліжко, підлога, шафа.
2. Молоко, вершки, сало, сметана, сир.
3. Солодкий, гарячий, кислий, дуб, гіркий
4. Береза, сосна, дерево, дуб, ялина.
5. Літак, віз, людина, корабель, велосипед.
6. Василь, Федір, Семен, Іванов, Петро.
7. Сантиметр, метр, кілограм, кілометр, міліметр.
8. Токар, учитель, лікар, книга, космонавт.
9. Глибокий, високий, світлий, низький, дрібний.
10. Незабаром, швидко, поступово, квапливо, поспішно.
11. Невдача, хвилювання, поразка, провал, крах.
12. Ненавидіти, нехтувати, обурюватися, розуміти.
13. Успіх, невдача, успіх, виграш, спокій.
14. Сміливий, хоробрий, рішучий, злий, відважний.
15. Футбол, волейбол, хокей, плавання, баскетбол.
16. Пограбування, крадіжка, землетрус, підпал, напад.
17. Олівець, ручка, рейсфедер, фломастер, чорнило.

Додаток 7

**Психодіагностичні шкали для оцінки тривоги та депресії**

*Т. Тривога*

1. Чи не відчуваєте Ви себе **розвиненим і нетерплячим** ?

2. Чи властиво Вам постійно **турбуватися** про щось?

3. Чи **дратівливі** Ви?

4. Чи **важко** Вам **розслабитися** ?

 *(Якщо на будь-яке з цих питань отримано ствердну відповідь - продовжуйте)*

5. Ви погано спите?

6. У Вас бувають головний біль, біль у шиї або відчуття напруги в голові?

7. Чи бувають у Вас запаморочення, тремтіння, пітливість, пронос, прискорений пульс, дзвін у вухах і т.п. (Вегетативні ознаки тривоги)?

8. Ви турбуєтеся про своє здоров'я?

9. Чи важко Вам заснути?

*Д. Депресія*

1. Чи відчуваєте Ви **зниження активності, енергійності** ?

2. Чи не **втрачені** колишні **інтереси** ?

3. Чи не відзначається **втрата впевненості у собі** ?

4. Чи буває у Вас **почуття безнадійності** ?

*(Якщо на будь-яке з цих питань отримано ствердну відповідь - продовжуйте)*

5. Чи важко Вам зосередити увагу?

6. Ви не схудли останнім часом (втрата маси тіла внаслідок поганого апетиту)?

7. Ви стали раніше прокидатися вранці?

8. Чи не здавалося Вам, що Ви стали більш повільним?

9. Ви не помічали, що вранці зазвичай почуваєтеся гірше, ніж надвечір?

*Кожна позитивна відповідь відповідає одному балу.*

*Підсумуйте кількість балів з кожної групи питань.*

*Про наявність тривожного стану зазвичай свідчать щонайменше чотири позитивні відповіді питання групи «Т», про депресивному – стільки ж у групі «Д».*

Додаток 8

**Скорочена Ньюкаслська шкала**

 *Бал*

1. Вік (найближчий рік ) 0/1

2. Час (найближча година) 0/ 1

3. Адреса для відтворення в кінці тексту (попросіть хворого відразу ж повторити названу Вами адресу, щоб переконатися, що він почув її правильно; якщо потрібно, повторіть її кілька разів, поки хворий не відтворить її правильно):

 *Вулиця Костянтинівська, 51*  0/ 1

4. Рік (поточний) 0/ 1

5. Назва установи, в якій ви перебуваєте 0/1

6. Впізнавання людей – лікаря, родича (якщо поблизу нікого немає, пропустіть цей пункт та при підрахунку кількості балів виходьте з дев'яти питань) 0/ 1

7. Дата народження (достатньо, щоб хворий назвав місяць та число) 0/ 1

8. Роки початку та закінчення Другої світової війни 0/ 1

9. Прізвище глави держави 0/1

10. Рахунок у зворотному порядку від 20 до 10/1

Показник, що становить вісім і менше балів із десяти (або сім і менше дев'яти), вказує на органічну поразку головного мозку.Додаток 9

**Загальна схема дослідження психічного стану пацієнта**

1. **Зовнішній вигляд і цінка рухової активності**

Опис зовнішнього вигляду; рівень свідомості; реакція на лікаря; рухова сфера: швидкість та кількість рухів, пози, мимовільні рухи.

1. **Орієнтування**

У часі, місці та власної особистості.

1. **Мова та мислення**

Кількісні (темп), якісні характеристики (послідовність, зв'язковість), сполучення мислення («розумова жуйка», суїцидальні думки, патологічна переконаність).

1. **Емоційна сфера (настрій та емоційні реакції)**

суб'єктивна оцінка; дані спостережень – рівень коливання настрою та емоційні реакції під час бесіди, адекватність ситуації; активність вегетативної нервової системи

1. **Увага**

Перерахування днів тижня у зворотному порядку, місяців року у зворотному порядку, віднімання по 7 із 100 (по 3 із 20).

1. **Запам'ятовування та короткочасна пам'ять**

суб'єктивна оцінка хворим своєї пам'яті; фрази Стенфорда-Біне; Ім'я-адреса-квітка.

1. **Довготривала пам'ять**

Пам'ять на події найближчого часу (останніх кількох днів) та на події віддаленого часу.

1. **Інтелект**

Оцінка рівня інтелекту хворого у процесі розмови, проведення психодіагностичного дослідження.

1. **Усвідомлення та оцінка пацієнтом свого психічного стану (критика до хвороби)**

Чи вважає пацієнт себе хворим? Чи усвідомлює необхідність лікування?

Додаток 10

**Перелік питань для підготовки студентів до підсумкового модульного контролю**

Змістовий модуль 1: Загальні питання медичної психології

1. Визначення, предмет та завдання медичної психології.
2. Методи психологічного дослідження.
3. Принципи побудови цілеспрямованої психологічної розмови.
4. Визначення психічного здоров'я та рівнів психологічної адаптації людини.
5. Критерії здоров'я ВООЗ
6. Вплив особливостей віку та хронічних захворювань на особистість людини.
7. Визначення та типологія акцентуації особистості, тактика поведінки лікаря з пацієнтами, які мають акцентуйовані риси особистості
8. Визначення та класифікація основних типів ставлення до хвороби, особливості поведінки хворих із такими типами реагування на хворобу.
9. Діагностика основних типів ставлення до хвороби.
10. Принципи психотерапевтичної корекції ставлення до хвороби
11. Вплив хвороби на пізнавальні процеси людини.
12. Вплив особливостей інтелекту хворого на лікувальний процес.
13. Вплив хвороби на емоційно-вольову сферу людини.
14. Вплив хвороби на емоційний стан, *нозогенію.*
15. Роль вольових якостей особистості лікувальному процесі.
16. Зміни волі, потягу та поведінки під час лікування.
17. Свідомість, самосвідомість, їхній рівень.
18. Психодинамічний підхід у медицині.
19. Критерії непорушеної свідомості. Стан свідомості у хворого.

Змістовний модуль 2. Практичні аспекти медичної психології

1. Вимоги до особи медичних працівників.
2. Поняття «лікарський обов'язок» та «лікарська таємниця».
3. Лікарські помилки: причини та види.
4. Психологічні типи лікарів
5. Професійна деформація, «синдром вигоряння» та шляхи його попередження.
6. Правила деонтології та субординації у медичному середовищі.
7. Види та особливості спілкування у медичному середовищі.
8. Психологічні особливості етапів діагностичного процесу
9. Принципи спілкування лікаря з хворими та їхніми родичами.
10. Конфлікти в медичному середовищі, їх різновиди, способи вирішення та попередження.
11. Психосоматичний підхід принцип лікувальної діяльності.
12. Емоційний стрес як чинник етіопатогенезу психосоматичних розладів.
13. Вплив психологічних чинників протягом соматичних розладів.
14. Теорії психосоматичних взаємин.
15. Механізми психологічного захисту особистості
16. Поняття адаптації та дезадаптації, дистрес.
17. Класифікація психосоматичних розладів.
18. Непатологічні психосоматичні реакції.
19. Принципи профілактики психосоматичних розладів.
20. Психологічні зміни при захворюваннях серцево-судинної системи.
21. Психологічні зміни при захворюваннях бронхів та легень.
22. Зміни при захворюваннях стравоходу.
23. Психологічні особливості хворих при інфекційних захворюваннях, туберкульозі, СНІДі.
24. Психологічні особливості хворих при ендокринних, нервових та психічних захворюваннях.
25. Психологічні зміни у хворих жінок на гінекологічному стаціонарі.
26. Психологічні особливості жінок у період вагітності та пологів.
27. Особливості психології хворих дітей та людей похилого віку.
28. Психологічні особливості хворих у хірургічному стаціонарі в до- та післяопераційному періоді, в ортопедії та травматології.
29. Психологічні особливості хворих на стоматології, офтальмології, отоларингології.
30. Психологічні особливості хворих із онкологічною патологією.
31. Вплив на психіку людини вроджених та набутих фізичних дефектів
32. Психологічні аспекти залежності від психоактивних речовин, надцінні захоплення (гемблінг, інтернет-залежність), залежності харчової поведінки.
33. Різновиди суїцидальної поведінки, особливості суїцидальної поведінки у соматичних хворих та при залежностях.
34. Психологічні аспекти вмирання та смерті.
35. Поняття «психогігієна» та «психопрофалактика».
36. Психогігієна праці медичного працівника.
37. Принципи психопрофілактики праці, побуту, сім'ї та сексуальних відносин.
38. Роль лікаря загальної практики у профілактиці нозопсихологічних проявів.
39. Реабілітація соціальна та професійна, її основні розділи.
40. Основні сучасні методи психотерапії, принципи психотерапії.
41. Показання та протипоказання для проведення окремих методів психотерапії.
42. Психологічна допомога у кризових періодах.
43. Психологічні особливості надання медичної допомоги у незвичайних ситуаціях.

Додаток 11.

 **Перелік практичних робіт та завдань**

1. Самостійно вести спрямовану психологічну розмову з хворими, складати психологічний анамнез хвороби та життя, оцінювати психологічний стан хворого.
2. Проаналізувати дані, отримані при експериментально-психологічному обстеженні, дати висновок на основі аналізу результатів дослідження.
3. Вміти виявляти акцентуації характеру.
4. Визначити тип внутрішньої картини хвороби та типи реагування пацієнта на захворювання.
5. Формувати адекватне ставлення до захворювання у пацієнта та підтримувати протягом усього діагностично-лікувального процесу.
6. Диференціювати психологічні особливості хворих за різних соматичних захворювань, визначати необхідність психологічної корекції з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.
7. Дати психогігієнічні поради пацієнтові соматичного профілю.
8. Розробити тактику спілкування з хворими та їх родичами з урахуванням принципів лікарської етики та деонтології.
9. Оцінити та провести корекцію взаємовідносин хворого з медичним персоналом.
10. Зробити аналіз професійно важливих якостей.
11. Вміти виявляти суїцидальні тенденції.

**Список навчально-методичної літератури**

1. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. Підручник для студентів медичних вузів. – К.Здоров'я , 1994 – 294с.
2. Вітенко І.С. Психологічні засади лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики. - Х.Основа, 2002 - 388с.
3. Вітенко І.С., Чабан О.С., Бусло О.О. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики та лікування хворих. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002 – 187с.
4. Гаванко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. Практикум з медичної психології. – Харків: Регіон-інформ, 2002 – 248с.
5. Загальна та медична психологія (практикум) під заг. Редакцією І.Д. Спіріної, Вітенко І.С. Дніпропетровськ: Арт-Прес, 2002 - 175с.
6. Медична психологія (практикум)/ Спіріна І.Д., Лисиця Г.І., Вітенко І.С. Дніпропетровськ: Поліграфіст, 1998 – 54с.
7. Менделевич В.Д. Клінічна та медична психологія. Практичний посібник. М: МЕДпрес. 1998 - 587с.
8. Волков В.Г., Стреліс А.К., Караваєва Є.В., Тетенов Ф.Ф. Особистість пацієнта та хвороба. - Томськ. Медицина, 1995 - 328с.
9. Головах Є.І., Панін Н.В. Психологія людського порозуміння. – Київ. Вид. Політ. Літератури України, 1989 – 187с.
10. Леонгард К. Акцентуйовані особи/Пер. з ним. - Київ: Вища школа, 1981 - 390с.
11. Лурія Р.А. Внутрішня картина хвороби та ятрогенні захворювання. (вид. 4). – Москва. Медицина - 1977 - 12с.
12. Основи загальної та медичної психології /за рад. Вітенко І.С. і Чабан О.С. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003 – 344с.
13. Поліщук І.А., Відренко О.Є. Атлас для експериментального дослідження відхилень у психічній діяльності. - Київ, "Здоров'я". 1980 - 122с.
14. Ташліков В.А. Психологія лікувального процесу – Л-д. "Медицина". 1984 - 191с.
15. Телешевська М.С., Погибко Н.І. Запитання лікувальної деотнології. Л-д. "Медицина". 1978 - 158с.
16. Тополянський В.Д., Струковська М.В. Психосоматичні розлади. Москва. Медицина. 1985 - 380с.