

**С. Д. Максименко, І. А. Коваль,  
К. С. Максименко, М. В. Папуча**

# **МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

**Підручник для студентів  
вищих навчальних закладів**

**За загальною редакцією  
академіка С. Д. Максименка**

**Вінниця  
«Нова Книга»  
2008**

УДК 159.97:616.89(075.8)

ББК 88.48x73

M-42

Затверджено Міністерством освіти і науки України  
як підручник для студентів вищих навчальних закладів  
(лист №1/11-8690 від 20.10.2009)

Рекомендовано Міністерством охорони здоров'я України  
як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів  
III-IV рівня акредитації  
(лист №08.01-47/2110 від 14.10.2009)

#### Автори:

С. Д. Максименко – розділ 1;

С. Д. Максименко, М. В. Папуча, К. С. Максименко – розділ 2;

С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко – розділ 3;

С. Д. Максименко, І. А. Коваль – розділ 4.

#### Рецензенти:

*Д. Ф. Бурлакук*, член-кореспондент АПН України, доктор психологічних наук, професор;

*О. Ф. Бондаренко*, член-кореспондент АПН України, доктор психологічних наук, професор;

*Н. Ф. Шевченко*, доктор психологічних наук, професор;

*О. Д. Свірідна*, доктор психологічних наук, професор.

**Максименко С. Д., Коваль І. А., Максименко К. С., Папуча М. В.**

**M-42 Медична психологія / За редакцією академіка С. Д. Максименка.**

Підручник. – Вишниця: Нова Книга, 2008 – 520 с.

ISBN 978-966-382-251-8

Підручник містить систематизований виклад основних розділів медичної психології, викладений з позиції цілісної особистості, яка на різні впливи оточення реагує різноманітними психічними та соматичними змінами. Уперше комплекс медико-психологічних знань подано з точки зору психології особистості та у пов'язанні з психотрією, психосоматичною медициною, соціальною психологією. Пацієнт розглядається не тільки як об'єкт діагностики і терапії, але й як суб'єкт зі складним психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища. Розахток і поглиблення психологічного аспекту медичної моделі хвороби дозволяють сприймати хворого не як нозологічну одиницю, а як неповторну індивідуальність.

Значна увага приділена психології лікувальної взаємодії, морально-етичним засадам роботи з пацієнтами. Процес лікування різних захворювань, що супроводжується ніжною психологічною лемкою, пов'язаних з особистістю хворого, лікаря і терапевтичними методами, що застосовуються, розглядається як явище, що чинить як позитивний, так і негативний вплив.

Підручник укладено згідно з МКХ-10 та з урахуванням DSM-IV 4-го видання.

Для студентів вищих навчальних закладів.

УДК 159.97:616.89(075.8)

ББК 88.48x73

© С. Д. Максименко, І. А. Коваль,  
К. С. Максименко, М. В. Папуча, 2008  
© ПП «Нова Книга», 2008

ISBN 978-966-382-251-8

# ЗМІСТ

Передмова .....	8
Розділ 1. Основні поняття, завдання та методи медичної психології .....	9
1. Вступ до медичної психології. Основні поняття медичної психології .....	9
1.1. Предмет та завдання медичної психології .....	9
1.1.1. Поняття та предмет медичної психології .....	9
1.1.2. Основні завдання медичної психології .....	12
1.1.3. Медична психологія як комплексна наукова дисципліна. Медична психологія в системі наук .....	16
1.1.4. Медична психологія і психотерапія .....	16
1.2. Методи дослідження в медичній психології .....	17
1.2.1. Генетико-моделюючий метод .....	17
1.2.2. Метод спостереження .....	27
1.2.3. Анкетні методи .....	36
Завдання і функції психодіагностичного дослідження .....	41
Основи і вимоги та умови використання тестів як засобів дослідження .....	44
1.2.4. Експериментальні методи .....	44
Побудова експерименту та етапи його реалізації .....	49
Види експерименту .....	56
1.3. Розвиток психіки і свідомості .....	60
Питання для контролю та самоконтролю .....	69
Список використаної та рекомендованої літератури .....	69
Розділ 2. Психічна індивідуальність та медична психологія .....	72
2.1. Особистість як центральна проблема медичної психології .....	75
2.1.1. Поняття особистості у медичній психології .....	75
Змістовні ознаки особистості .....	76
2.1.2. Онтогенез особистості .....	86
Розвиток особистості – розгортання чи новоутворення? .....	95
Особливості існування нужди у підлітковому віці .....	107
2.1.3. Нужда – рушійна сила розвитку особистості .....	114
2.1.4. Прогнозування розвитку особистості. Життєвий шлях людини .....	128
2.1.5. Структура особистості .....	144
Внутрішній світ .....	171
Переживання .....	174
Джерела активності особистості .....	184
Характер .....	187
Психічні стани .....	198

Біопсихічна підструктура .....	212
Досвід .....	215
Пізнавальна сфера особистості .....	218
Спрямованість .....	223
Здібності .....	225
Психологічне здоров'я особистості .....	231
2.1.6. Існування .....	235
<b>Питання для контролю та самоконтролю .....</b>	<b>243</b>
<b>Список використаної та рекомендованої літератури .....</b>	<b>244</b>
<b>Розділ 3. Психічні та соматичні розлади особистості .....</b>	<b>256</b>
<b>3.1. Здоров'я як системне поняття .....</b>	<b>256</b>
3.1.1. Клінічні аспекти психологічної та медичної норми і патології .....	256
3.1.2. Психічні та соматичні розлади як основні об'єкти дослідження медичної психології .....	263
<b>3.2. Соціально-психологічні чинники захворювань .....</b>	<b>264</b>
3.2.1. Вплив психічної травми на формування та особливості перебігу психопатологічних змін особистості .....	264
3.2.2. Поняття життєвої кризи. Вікові кризи .....	268
3.2.3. Стрес як причина захворювання .....	276
Поняття та види стресу .....	276
Пов'язані зі стресом та дисоціативні розлади .....	279
Гостра реакція на стрес .....	280
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) .....	280
Дисоціативні (конверсійні) розлади .....	281
<b>3.3. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості .....</b>	<b>285</b>
3.3.1. Внутрішньоособистісний конфлікт як причина виникнення соматичних захворювань .....	285
3.3.2. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості .....	291
Вплив хвороби на психіку людини .....	291
Психічні порушення при соматичних захворюваннях .....	292
Непсихотичні розлади психіки у соматичних хворих .....	292
3.3.3. Внутрішня картина хвороби .....	293
3.3.4. Основні принципи психологічного аналізу змін психіки у соматичних хворих .....	296
3.3.5. Формування невротичних реакцій у соматичних хворих .....	296
3.3.6. Нозогенні (психогенні реакції) при соматичних захворюваннях .....	297
<b>3.4. Психосоматичний підхід у медичній психології .....</b>	<b>298</b>
3.4.1. Поняття психосоматичного розладу .....	298
3.4.2. Класифікація психосоматичних розладів .....	300
3.4.3. Схеми психосоматичних співвідношень .....	302

3.4.4. Етіологія і патогенез психосоматичних розладів .....	303
3.4.5. Особистісні особливості психосоматичного пацієнта .....	304
<b>3.5. Психологічні та патофизиологічні особливості в клінічній практиці .....</b>	<b>305</b>
3.5.1. Психологічні складові хірургії .....	305
Психологічні особливості особистості пацієнтів хірургічного стаціонару .....	305
<i>Емоція страху у хірургічних хворих</i> .....	306
<i>Післяопераційна тривога</i> .....	308
<i>Больовий синдром</i> .....	309
3.5.2. Психологічні складові акушерства і гінекології .....	310
Психологічні особливості вагітних жінок .....	310
Психологічні аспекти пологів та післяпологового періоду .....	311
Післяпологові психічні розлади .....	312
Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання .....	312
Психогенна дисменорея і передменструальний синдром .....	313
Менархе і первинна аменорея .....	314
Психогенна аменорея .....	314
Клімакс .....	315
Хірургічні втручання у гінекології .....	315
Функціональні розлади овуляції .....	315
Аборт і передчасні пологи .....	316
Синдром хибної вагітності .....	316
Психогенні геніталгії та парестезії .....	317
3.5.3. Психологічні складові педіатрії .....	317
Захворювання органів травлення .....	318
Розлади серцево-судинної системи .....	318
Респіраторні порушення .....	319
Поведінкові та емоційні розлади .....	319
3.5.4. Психологічні складові терапії .....	323
Психосоматичні розлади серцево-судинної системи .....	323
<i>Судинна дистонія</i> .....	324
<i>Психогенна артеріальна гіпотензія</i> .....	324
<i>Психогенна артеріальна гіпертензія</i> .....	325
<i>Психогенна ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда</i> .....	326
Психосоматичні розлади органів дихання .....	328
<i>Психогенна задишка</i> .....	328
<i>Невротична бронхіальна астма</i> .....	329
Психосоматичні розлади органів травлення .....	329
<i>Виразка дванадцятипалої кишки та шлунка</i> .....	330
<i>Синдром подразнення товстої кишки</i> .....	330
<i>Розлади харчової поведінки</i> .....	331
3.5.5. Психологічні складові дерматології .....	332
<b>3.6. Психічні розлади .....</b>	<b>332</b>

3.6.1. Критерії психічного здоров'я .....	333
3.6.2. Класифікація і діагностика психічних розладів .....	334
3.6.3. Поняття психічних розладів у психології .....	336
3.6.4. Соматоформні розлади.....	337
Соматизований розлад .....	337
Недиференційований соматоформний розлад .....	338
Іпохондричний розлад.....	338
Соматоформна вегетативна дисфункція.....	339
Хронічний соматоформний больовий розлад .....	340
3.6.5. Етіологія і патогенез невротичних та соматоформних розладів.....	340
3.6.6. Невротичні розлади .....	343
Неврози .....	343
Тривожно-фобійні розлади .....	343
Агорафобія.....	344
Соціальні фобії .....	344
Специфічні (ізольовані) фобії.....	344
Панічний розлад .....	345
Генералізований тривожний розлад .....	346
Обсесивно-компульсивний розлад.....	346
Переважно нав'язливі думки або роздуми.....	347
Невростенія.....	347
3.6.7. Афективні розлади настрою .....	348
Гіпоманія.....	349
Манія без психотичних симптомів.....	349
Манія з психотичними симптомами.....	349
Біполярний афективний розлад.....	349
Депресивний епізод.....	350
Легкий депресивний епізод.....	350
Помірний депресивний епізод.....	351
Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів.....	351
Важкий депресивний епізод із психотичними симптомами.....	352
Рекурентний депресивний розлад.....	352
Хронічні (афективні) розлади настрою.....	352
Циклотимія.....	352
Дистимія .....	352
3.6.8. Статеві (сексуальні) дисфункції .....	353
Відсутність або втрата статевого потягу .....	353
Сексуальна відраза (сексуальна аверсія) і відсутність сексуального задоволення .....	354
Статеві дисфункції у жінок .....	357
Статеві дисфункції у чоловіків .....	359
Обстеження хворих зі статевими дисфункціями .....	361
3.6.9. Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих .....	362

Розлади статевої ідентифікації .....	362
Парафілії .....	363
Розлади сексуальної переваги .....	363
Сексуальна аддикція .....	366
Інцест .....	366
Розлади звичок і потягів .....	367
<b>Питання для контролю та самоконтролю .....</b>	<b>368</b>
<b>Список використаної та рекомендованої літератури .....</b>	<b>369</b>
<b>Розділ 4. Психологія лікувальної взаємодії .....</b>	<b>379</b>
<b>4.1. Психологічні питання деонтологічного дискурсу .....</b>	<b>379</b>
<b>4.2. Деонтологічні засади психологічної та медичної діяльності .....</b>	<b>381</b>
<b>4.3. Етико-моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря-психолога .....</b>	<b>383</b>
<b>4.4. Лікар як особистість. Професійна придатність до медичної діяльності .....</b>	<b>384</b>
<b>4.5. Спілкування у процесі лікарської діяльності .....</b>	<b>386</b>
<b>4.6. Професійна деформація лікаря .....</b>	<b>402</b>
<b>4.7. Синдром емоційного вигорання у лікарів та психологів .....</b>	<b>405</b>
<b>4.8. Психологічні аспекти роботи медичного психолога .....</b>	<b>409</b>
Особливості роботи медичного психолога у клініці загальної хірургії .....	409
Особливості роботи у клініці травматології та ортопедії .....	409
Особливості роботи у клініці онкології .....	410
Особливості роботи медичного психолога у пологових будинках .....	411
Особливості роботи медичного психолога у гінекологічному відділенні .....	412
Особливості роботи медичного психолога у педіатрії .....	412
Особливості роботи медичного психолога у клініці терапії .....	413
Особливості роботи медичного психолога у клініці дерматології .....	414
<b>4.9. Психологічні аспекти лікувальної діяльності .....</b>	<b>414</b>
<b>Питання для контролю та самоконтролю .....</b>	<b>417</b>
<b>Список використаної та рекомендованої літератури .....</b>	<b>417</b>
<b>Додатки .....</b>	<b>421</b>

## ПЕРЕДМОВА

Підручник «Медицина психології» створено за принципами, що суперечать існуючим канонам побудови навчальних матеріалів у даній галузі.

У центрі уваги авторів на хвороби (соматичні чи психічні) та закономірність їх виникнення, перебігу та подолання, а цілісна людська особистість, що в процесі власного існування і становлення може проходити й долати етапи захворювання.

Дана ідея, яка часто експлікується у вислові «лікувати треба не хворобу, а хвору людину», насправді давно є популярною і правильною, але водночас – нереалізованою в єдиному погляді на процес своєрідної взаємодії особистості й хвороби.

Особливості переживань, психічних станів, в цілому внутрішнього світу хворої людини, зі нашим глибоким переконанням, можуть бути зрозумілі і, з іншого боку, використані у практично-психологічній роботі лише за умови, якщо вони розглядаються як «індивідуальний варіант розвитку» (В. М. М'ясищев) здорової, повноцінно існуючої особистості.

Тож принципи побудови матеріалу підручника полягають у наступному: реалізації у викладі тексту ідей цілісного підходу до вивчення особистості; використанні логіки генетико-моделюючого ацелу, яка дозволяє встановити закономірності існування, виникнення, розвитку і подолання глобальних психічних станів, що охоплюють всю особистість, зокрема, тих що пов'язані із соматичними і психічними відхиленнями;

пріоритет розгляду закономірностей існування й розвитку здорової особистості, в контексті чого виявляються дійсні причини і механізми можливих числових відхилень.

Нам здається, реалізація даних принципів відповідає як діалектиці становлення особистості (зокрема, виникнення і подолання хвороби протягом життєвого шляху), так і діалектично вираженій позиції побудови відповідного навчального курсу «Медицина психології».

Підність реалізації даної ідеї ми абачаємо в тому, що студенти можуть при вивченні наукового матеріалу використовувати відрефлексований власний життєвий досвід, стримуєни у поєднанні з теоретичними знаннями повноцінну картину психології здорової і хворої особистості.

У підручнику широко використані надбання сучасної медичної психології із різноманітних напрямів і галузей – проблеми психосоматики, психічних відхилень, соматичних розладів з різною етіологією, впливу соціальних факторів на здоров'я людини тощо.

Підручник являє собою виклад основ курсу медичної психології. У ньому розкрито як загальні питання психологічної науки, так і важливі аспекти психологічних знань, пов'язаних із здоров'ям людини та її лікуванням. Відмінною рисою підручника є поглиблений аналіз важливих проблем психології особистості та процесу її становлення, який ґрунтується на авторській концепції розуміння розуміння розвитку цілісної особистості, вибудованій на підставі глибокого аналізу емпіричного і історико-теоретичного матеріалу.

Важливою відмінністю підручника є запровадження підходу, коли за основу взята психологія здорової людини з висвітленням механізмів і тенденцій можливих психічних відхилень та психологічних розладів особистості, що формуються як внаслідок впливів зовнішнього середовища, так і в результаті перебігу захворювання, а також психологічних аспектів лікування.

Ми впевнені, що лише шлях цілісно-генетичного сприйняття даного різноманіт'я дозволить відкрити і засвоїти логіку життєвого руху людини – як здорової істоти, що може пережити психологічні проблеми, пов'язані з відхиленнями. Кінець кінцем, таке розуміння буде завершуватися усвідомленням шляхів і механізмів зростання хворої особистості до здоров'я.

Дійсний член АПН України,  
доктор психологічних наук,  
професор

С. Д. МАКСИМЕНКО



# РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

## 1. Вступ до медичної психології. Основні поняття медичної психології

### 1.1. Предмет та завдання медичної психології

#### 1.1.1. Поняття та предмет медичної психології

Медична психологія належить до міждисциплінарної, межової галузі досліджень. Вона виходить із психологічних теорій і психологічних методів, розроблених на їх підставі, головна роль котрих полягає у вирішенні наукових і практичних проблем, актуальних для медицини.

Загальна теорія медицини нерозривно пов'язана із загальними психологічними концепціями, оскільки медицині і психології притаманні спільні методологічні принципи. Об'єднують їх і спільні проблеми, що виходять за межі суто медичної проблематики, – це співвідношення біологічного і соціального у діяльності людини, зв'язок між психікою і діяльністю мозку, психосоматичні і соматопсихічні кореляції, проблеми норми і патології, співвідношення між свідомістю і неусвідомлюваними формами психічної діяльності тощо.

**Предметом** вивчення медичної психології є:

- особистість хворої людини у широкому розумінні цього слова;
- особистість медичного працівника, в першу чергу – лікаря;
- взаємини хворого і медичного працівника на різних етапах їхньої взаємодії.

Медична психологія одночасно виступає як медична і як психологічна наука. Згідно з проблемами, що стоять перед нею і завданнями, які вона покликана розв'язувати, медична психологія – медична наука, а згідно з теоретичними передумовами і методами дослідження – психологічна.



**Медична психологія** – наука, що вивчає психологічні особливості людей з різними захворюваннями, методи і способи діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психологію взаємин пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичні, психокорекційні і психотерапевтичні способи допомоги пацієнтам, а також теоретичні аспекти психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів.

Нині існує досить багато споріднених психологічних дисциплін, що стосуються медичної психології: патопсихологія, психопатологія, нейропсихологія, психологія девіантної поведінки, психіатрія, психосоматична медицина тощо. Кожна із них містить як психологічні, так і медичні знання. Однак усі вони дотичні до клініки, і отже, можуть бути визнані складовими частинами медичної психології.

Оскільки об'єктом діяльності і предметом дослідження медицини є людина, вирішення більшості проблем, що виникають в медичній теорії і практиці, передбачає використання даних усього комплексу наук про людину і особливо психології, яка посідає серед них чільне місце. Слід зазначити, що сучасна психологія, як і медицина, є досить розгалуженою системою знань, що містить кілька десятків спеціальних наукових дисциплін. Деякі з них відображають зв'язок психології з суспільними науками (педагогічна, соціальна), інші – з природничими (психофізіологія, психобіохімія), ще інші – з технічними (інженерна психологія). Незалежно від того, на стику яких наук виникла певна галузь психологічної науки, вона завжди ґрунтується на досягненнях інших психологічних дисциплін, на усьому спектрі основних проблем психології (Б. Г. Ананьєв).

Такий самий процес диференціації та інтеграції медичних знань відбувається в системі медичних наук. Отже, медичні і психологічні науки утворюють закономірну сферу взаємодії, породжуючи широке коло медико-психологічних проблем. Навіть основне положення медицини про те, що лікар повинен лікувати не хворобу, а хворого, вимагає знання не тільки анатомо-фізіологічних і біохімічних особливостей організму людини, а й глибших знань її психіки. До такої єдності медичного і психологічного підходу у своїй діяльності прагнули найвідоміші медики (В. М. Бехтерев, З. Фрейд).

Психологічні проблеми, що постають у лікарській практиці, здавна привертало увагу різних фахівців, однак, незважаючи на те, що розуміння цієї проблеми склалися історично, спеціальної наукової дисципліни, яка б займалася вирішенням медико-психологічних проблем, тривалий час не було. У радянській науці самостійно існувала як наука лише патопсихологія, яка вивчає порушення психічних процесів і особистості загалом при психічних захворюваннях (Б. В. Зейгарник). Саме її досягнення спричинили до становлення нової спеціальної психологічної дисципліни – медичної психології, яка розвивається у взаємодії медичних і психологічних наук, сприяючи удосконаленню цілісного системного підходу до хворої людини.

Комплекс проблем, які стоять перед медичною психологією, охоплює багато проявів і відхилень у поведінці людини. Найважливіше місце серед них посідає проблема впливу хвороби на психіку людини та її поведінку. Що стосується психічних захворювань, то суть хвороби пов'язана з порушеннями психіки: пам'яті, уваги, мислення, мовлення, тобто змінами властивостей особистості. У патопсихологічних дослідженнях показана специфічність змін психічних процесів і особистості при різних формах нервово-психічних розладів (Б. С. Братусь). Це дало змогу розробити комплекс психологічних методик, які дозволяють проводити психодіагностику цих порушень, що істотно полегшує встановлення точного клінічного діагнозу психічного захворювання.

Численні спостереження і дослідження показують, що порушення психіки у людини виникають не лише при психічних, а й при соматичних захворюваннях. Відомі впливи ейфорії у поєднанні з підвищеною працездатністю у хворих на туберкульоз на пізніх стадіях його розвитку (Лесю Українка). Клініцисти пов'язують це з недостатнім газообміном. певні психічні зміни супроводжують різні хронічні захворювання. Наприклад, холемія викликає відчуття пригніченості, смутку.

На сучасному етапі розвитку науки потрібні фундаментальні теоретико-експериментальні дослідження, сфокусовані на пошук закономірностей, які визнача-

ють якісні зміни психіки при різних соматичних захворюваннях. Кожна тривала важка хвороба, ослаблюючи організм, призводить до порушень фізіологічних систем, які забезпечують психічні процеси, створюючи фон, на якому значно легше виникають невротичні реакції (Б. В. Зейгарник). Тим самим хвороба відображається в переживаннях хворого, формуючи внутрішню картину хвороби, структура якої залежить від індивідуальних особливостей особистості, інтелектуального та культурного рівня пацієнта, а також усталена система взаємин "лікар-пацієнт" відіграють провідну роль. Окрім того, значний вплив на структуру внутрішньої картини хвороби виявляє соціальне оточення пацієнта. Наприклад, гіперопіка, надмірна увага до хвороби та її симптомів з боку родичів у тривожного пацієнта можуть підсилювати його фіксацію на переживаннях, сприяти "втечі у хворобу", погіршуючи його стан, або ж викликати негативне ставлення до лікування у агресивних особистостей. Це підтверджує думку про необхідність певної психологічної корекції родичів пацієнта.

Важливим принципом медико-психологічних досліджень виступає системний аналіз складного опосередкування психіки людини її діяльністю, спілкуванням з іншими людьми, способом життя загалом. Зміни в психіці людини та її поведінці, спровоковані хворобою, в першу чергу опосередковані особистісними особливостями, системою її взаємин, їх цілісністю, рівнем розвитку, темпераментом і структурою мотиваційної сфери. Важливо зазначити, що хвороба, впливаючи на психіку, неначе сильніше підкреслює ті її характеристики, які при здоровому функціонуванні психіки досліджувати особливо важко.

Взаємна зумовленість психологічних особливостей хворого і характеристик його захворювання чітко виявляється на прикладі вивчення формування характерологічних рис характеру хворих на епілепсію, для більшості з котрих притаманні надмірна педантичність, ханжество у поєднанні з жорстокістю і байдужістю.

Обговорюючи проблему впливу захворювань на психіку, слід пам'ятати, що теоретичні узагальнення зроблені на клінічному матеріалі. При цьому результати, у яких при аналогічних захворюваннях виражених змін психіки немає, зостаються поза увагою фахівців. Один із напрямків медико-психологічних досліджень полягає саме у порівнянні цих груп людей, тому що з'ясування комплексу факторів, які протистоять патогенному впливу захворювання на поведінку і психіку людини, визначення особистісних параметрів стійкості до хвороби можуть відігравати провідну роль у розробці комплексу профілактичних заходів.

Іншою проблемою є дослідження впливу психіки на виникнення, перебіг і лікування захворювання. Значення психічного фактору в етіології захворювання добре видно при дослідженні психогенних розладів, серед яких особливе місце посідають неврози. Вивченням цієї патології займаються різні фахівці: лікарі, психологи, фізіологи, біохіміки. Запропонована В. М. Мясіщевим патогенетична концепція неврозів, що ґрунтується на теорії взаємин особистості (В. М. Мясіщев) дає змогу показати, що клінічні форми неврозів є результатом порушення особливо значущих взаємин людини, які призводять до виникнення внутрішньоособистісного конфлікту, тип якого відповідає основним формам неврозів. Послідовники Мясіщева розглядали невроз як одну з моделей хронічного емоційного стресу, що послужило до усвідомлення характеру обумовленості неврозів, для яких провідним етіологічним фактором є психологічний.

Значно менше досліджено значення психічного фактора у виникненні інших психічних розладів. Більшість дослідників вважають, що у виникненні "великих" психічних захворювань (шизофренія, маніакально-депресивний психоз) психотравмуючі обставини

виступають як пусковий механізм, а соціально-психологічне оточення, умови життя, виховання значно впливають на перебіг захворювання та його прогноз.

Вивчення психічних змін при різних соматичних захворюваннях і дослідження ролі психічного фактора у виникненні психічних розладів відображені у психосоматичному напрямку медицини. Зародившись як психоаналітичний напрямок, на сьогодні ця галузь медицини має антропологічне скерування. Фахівці досліджують "особистісні профілі", намагаючись вивести схильність до виникнення певного соматичного захворювання (стаорені профілі особистості хворих з бронхіальною астмою, виразковою хворобою, гіпертонією).

Комплексне дослідження складних психосоматичних проблем є одним із найактуальніших завдань медичної психології, яке вимагає виявлення власне психологічних аспектів зв'язку психічного і соматичного. Значну роль у дослідженні цих взаємин відіграють дослідження психологічного стресу.

Особливе місце серед медико-психологічних проблем посідає проблема залежності (алкогольної, наркотичної, медикаментозної), значну роль у розвитку якої відіграють соціально-психологічні фактори. При алкоголізмі трансформуються уся структура потреб, домінуючу роль починає відігравати потреба в алкоголі.

Психіка людини – це фактор, який не тільки оприле виникненню захворювання, а й забезпечує стійкість щодо неї, надає певну опірність у боротьбі з хворобою. Такі властивості особистості, як критичність, емоційно-вольова стійкість, фрустраційна толерантність заважають руйнівному впливу багатьох хворобливих станів, допомагають знайти конструктивний вихід із психотравмуючих життєвих обставин.

Провідну роль досліджень особистості, системи її взаємин, вивчення механізмів психологічного захисту хворої людини визнають практично усі психологи, які працюють у цій галузі. Одиак медична практика ще не завжди готова прийняти і використати дані психологічних досліджень у встановленні кінчного діагнозу. Іноді психологічні показники дають змогу оцінити стан людини раніше, ніж це можна здійснити за допомогою фізіологічних проб.

Слід зазначити, що зміни у перебігу психічних процесів часто передують появі клінічних симптомів захворювання. Завдання психологів полягає у тому, щоб навчитися їх виявляти та ідентифікувати. Загалом вивчення ролі психологічних факторів у виникненні хвороби, її перебігу та лікуванні, оволодіння спеціальними методами аналізу особистості хворої людини можуть допомогти глибше зрозуміти джерела і причини захворювання, точніше поставити діагноз і допомогти у виборі методів лікування.

Віднедавна як самостійна медико-психологічна проблема визначилася проблема методів психологічного впливу на хвору людину. Усі ці методи скеровані на нормалізацію функціональних порушень психічної діяльності. Психологічні методи впливу умовно можна поділити на два класи: психотерапія і психокорекція. Якщо психотерапія – комплекс лікувальних методів, що застосовуються у процесі лікування лікарем, то психокорекція – скерована на виправлення і відновлення порушених психічних функцій у практично здоровій людині, і застосовувати її може спеціально підготовлений психолог.

Останнім часом в Україні психологи часто займаються як груповою, так і індивідуальною психотерапією.

Велике значення мають психологічні дослідження для соціально-трудової реабілітації і реабілітації хворих, а також для медичної (трудової, судової і військової) експертизи.

### 1.1.2. Основні завдання медичної психології

Отже, медична психологія – прикладна наука, розвиток якої визначають такі цілі:

- вивчення психічних факторів, що впливають на розвиток хвороби, її профілактику і лікування; вивчення впливу певних захворювань на психіку;
- вивчення різних виявів психіки особистості у їх динаміці;

- вивчення порушень розвитку психіки (в т.ч. й у соматичних хворих);
- вивчення характеру взаємин хворої людини з медичним персоналом і мікросередовищем оточення;
- розробка принципів і методів психологічного дослідження особистості в клініці;
- створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку особистості з лікувальною і профілактичною метою.

Медична психологія розвивається у зв'язку з завданнями, котрі ставлять перед нею різні медичні дисципліни.

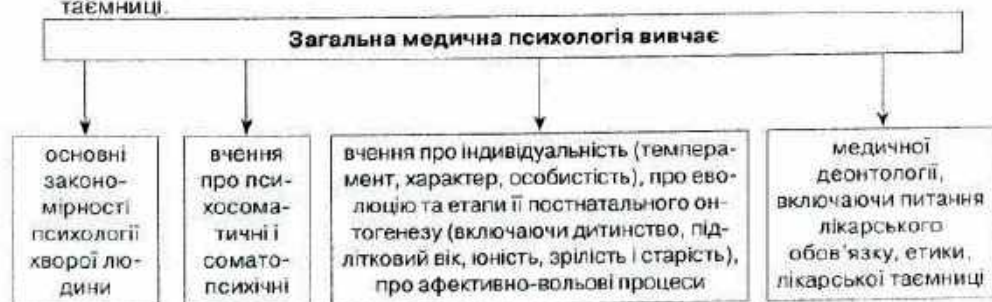


**Завданням** медичної психології є вивчення психіки хворої людини у різних умовах.

Деякі автори пропонують поділяти медичну психологію на загальну та спеціальну (Н. Д. Лакосіна)

*Загальна медична психологія вивчає:*

- основні закономірності психології хворої людини (критерії нормальної, тимчасово зміненої і хворобливої психіки), психології лікаря, психології повсякденного спілкування хворого і лікаря, психологічної атмосфери профілактичних і лікувальних установ;
- учення про психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи;
- учення про індивідуальність (темперамент, характер, особистість), про еволюцію та етапи її постнатального онтогенезу (включаючи дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість і старість), про афективно-вольові процеси;
- медичної деонтології, включаючи питання лікарського обов'язку, етики, лікарської таємниці.



**Спеціальна медична психологія** розкриває провідні аспекти лікарської етики при спілкуванні з конкретним пацієнтом і при певних формах захворювань. При цьому основну увагу приділяють:

- особливості психології пацієнта з межовими (пограничними) формами нервово-психічних розладів (найбільш вразливі і чутливі пацієнти), котрі фактично є об'єктом діяльності лікаря будь-якої спеціальності;
- психології пацієнтів на етапах підготовки, проведення хірургічних втручань і у післяопераційному періоді;
- особливості психології пацієнтів з серцево-судинними, інфекційними, онкологічними, гінекологічними, нервовими, шкірними, психічними формами патології.



Велике значення має психогігієна вагітних, породіль, психогігієна дітей молодшого віку (3–5 років):

- психогігієна хронічних хворих, пацієнтів з різними ступенями інвалідності, з частими формами тривалих захворювань у похилому і старечому віці, хворих у період їх медико-соціальної реабілітації;
  - психологія хворих з дефектами органів і систем (сліпота, глухота, глухонімота);
  - медико-психологічний аспект трудової, воєнної і судової експертизи.
- Згідно з традиціями до медичної психології зараховують такі розділи:
- психологія хворого;
  - психологія лікувальної взаємодії;
  - норма і патологія психічної діяльності;
  - патопсихологія;
  - психологія індивідуальних відмінностей;
  - вікова клінічна психологія;
  - сімейна клінічна психологія;
  - психологія девіантної поведінки;
  - психологічне консультування, психокорекція і психотерапія;
  - психосоматична медицина.



Сутність медичної психології по-різному визначають у різних країнах. За класифікаційною схемою американського бібліографічного журналу "Abstracts", об'єм медичної психології повністю відповідає клінічній психології. А. Lewicki визначає три різні точки зору на предмет клінічної психології в американській літературі. Перша характеризується тим, що зводить вивчення клінічної психології до виявлення психічних розладів, які виникають у зв'язку з певними захворюваннями; згідно з другою – клінічну психологію розуміють як ідеографічну психологічну дисципліну, що займається вивченням психічних виявів особистості (сюди включають професійні консультації, консультування студентів коледжів, дослідження керівників підприємств); з третьої точки зору клінічну психологію розглядають як галузь прикладної психології, що вивчає за допомогою вимірювальних прийомів, аналізу і спостереження здібності і властивості особистості у біхевіористському напрямку і скерована на розробку способів усунення дезадаптованої поведінки.

На думку В.М. Блейхера, відношення клінічної психології до медичної можна визначити як відношення клініки до медицини загалом. Під клінічною психологією він розуміє галузь медичної психології, прикладне значення котрої визначається потребами клініки – психіатричної, неврологічної, соматичної. Розглядає клінічну психологію як частину медичної, що ставить перед собою безпосередні діагностичні завдання, і розрізняє такі складові розділи клінічної психології як патопсихологія, нейропсихологія, соматопсихологія.

На нашу думку, такий поділ дещо умовний. Медичну та клінічну психологію значно зближує використання у кожній із перелічених галузей методів дослідження, розроблених в іншій, а також наявність межової (пограничної) патології, що є предметом вивчення кількох наук.

Клінічна психологія тісно пов'язана зі спорідненими дисциплінами, в першу чергу з психіатрією і патопсихологією. Сферою спільного наукового і практичного інтересу клінічної психології та психіатрії є діагностичний процес. Розпізнавання психопатологічних симптомів і синдромів неможливе без знання їх психологічних антонімів – феноменів повсякденного життя, що відображають індивідуально-психологічні особливості особистості та перебувають у межах нормальних варіацій психічного реагування. Окрім того, процес діагностики психічних захворювань не може обійтися без патопсихологічної верифікації.

Методи дослідження психічних особливостей соматичних хворих клінічна психологія бере у психодіагностики і загальної психології; оцінку адекватності або девіантності поведінки людини – у психіатрії, психології розвитку і віковій психології. Вивчення клінічної психології неможливе без медичних знань з галузі неврології, нейрохірургії і суміжних дисциплін. Психосоматичний розподіл клінічної психології ґрунтується на наукових уявленнях з таких галузей, як психотерапія, вегетологія, аалеологія.

В широкому розумінні під медичною психологією розуміють (Roslon; Szewczyk, Wildgrube) "застосування знань і методів психології для вирішення медичних проблем"; предмет психології, на їхню думку, – емоції і поведінка у стані хвороби і всі форми попередження хвороби та профілактики. На думку Schwenkmezge, Schmidt), на першому плані у медичній психології стоять порушення пацієнта та взаємин лікаря і пацієнта.

### 1.1.3. Медична психологія як комплексна наукова дисципліна

#### Медична психологія в системі наук

Медична психологія переважно вивчає у хворих зміни тих процесів і станів, що притаманні й здоровій психіці. Патопсихологія як частина медичної психології – це психологія особистості у її зв'язку з хворобою, вивчення психіки хворої людини не лише у її хворобливих змінах, а й у її збережених проявах, тобто без хворобливих змін. Патопсихологічне дослідження спирається як на психологічну теорію, так і на психологічні методи. Умовно можна розмежувати ці два дуже близькі поняття, які належать до медицини: психопатологію – переважно як розділ психіатрії, а патопсихологію – як розділ медичної психології. Психопатологія – це загальне вчення про патологію психіки особистості, її хворобливі зміни, в першу чергу виявлені у клініці психозів.

Певні зміни психіки відзначаються не лише при психічних захворюваннях та при психічних розладах, а й у неврологічній клініці та при багатьох соматичних захворюваннях. Провідне місце у медичній психології посідає питання про особливості особистості, що мають істотне значення для виникнення і перебігу хвороби та лікування хворого. Такі властивості особистості, як бадьорість, оптимізм, самовладання, цілеспрямованість, можуть сприяти запобіганню хвороби, полегшувати її перебіг та прискорювати одужання. Психічні травми, психічне напруження, навпаки, можуть погіршувати стан хворого і негативно впливати на перебіг захворювання. Це теж є предметом дослідження медичної психології.

Враховуючи сказане, слід визнати загальномедичне значення медичної психології. Це теж відрізняє медичну психологію як від патопсихології, так і від психопатології. Водночас неприпустимо недооцінювати близькість, а часом і тотожність медичної психології і психопатології.

Лікар повинен вміти всебічно обстежувати не лише організм, а й особистість пацієнта. Це вміння ґрунтується на медико-психологічному досвіді клініцистів і на знанні психологічних теорій, а не лише на знанні соматичних аспектів.

Лікар кожної спеціальності повинен знати особливості особистості пацієнтів, особливості психіки дітей, людей похилого віку, людей з особливими потребами, вагітних жінок, ендокринологічних хворих, адиктивних особистостей тощо.

### 1.1.4. Медична психологія і психотерапія

З наукової точки зору психотерапію вважають спеціальною галуззю клінічної психології. У вузькому розумінні психотерапія є частковим випадком клініко-психологічної



інтервенції, яка характеризується певною специфічністю своїх методів, а саме її висхідним моментом є емоції і поведінка людини, які і є предметом психології як науки. Клініко-психологічну інтервенцію характеризує не етіологія розладів, а її методи. Отже, вона наявна і при соматичних симптомах. Традиційно поняття психотерапія визначають методи клініко-психологічної інтервенції, які застосовують у терапії функціональних порушень і порушень міжособистісних систем при психічних розладах. Іноді поняття психотерапії розуміють ширше і ототожнюють з поняттям клініко-психологічної інтервенції. Положення про близькість психотерапії до психології нерідко заперечує медицина, вважаючи, що психотерапія є суто медичною галуззю, оскільки лікування хворих є завданням медицини, а звідси витікає, що психотерапія – медична галузь.

Близькість психотерапії та психології заперечують також психологи і психотерапевти, орієнтовані на гуманістичну та глибинну психологію. Вони вважають, що психотерапія містить елементи психології, медицини, філософії, теології. А отже, звідси логічно витікають вимоги до спеціальної професійної підготовки психотерапевтів в університетах відповідного профілю. В Австрії ця позиція узаконена, у Швейцарії представлена частково, у Німеччині на даний момент іще дискутується. В Україні нормативно закріплено право займатися психотерапевтичною діяльністю лише лікарям-психіатрам, які отримали спеціальну підготовку. Психологи обмежені лише правом надання психокорекційної допомоги. На сьогоднішній день проблема може бути вирішена лише підготовкою фахівців-психотерапевтів на спеціалізованих медико-психологічних факультетах медичних університетів, де студенти отримують ґрунтовну підготовку як із загальнономедичних дисциплін, включаючи психіатрію, так і з психології.

Поняття "психотерапія" на даний час стало важливішим, ніж поняття "клінічна психологія". У науковому відношенні тісний зв'язок психотерапії з психологією дуже важливий. Не зважаючи на нього не можна забувати про те, що в плані інтервенції клінічна психологія має компетенцію, що виходить за межі психотерапії, і цю компетенцію слід не тільки зберігати, а й розвивати.

## 1.2. Методи дослідження в медичній психології

### 1.2.1. Генетико-моделюючий метод

Наукове дослідження психології особистості як дійсного (а не лише уявного) предмета вивчення, як унікальної, неповторної і цілісної системи, єдиності, являє собою дуже велику проблему. Справа в тому, що сучасна наука не має головного – методу, який був би адекватним даному предмету. Метод виступає центральною ланкою всієї проблеми психології особистості, оскільки він є не лише засобом отримання наукових емпіричних фактів. Метод являє собою ще й засіб втілення наукового знання, спосіб його існування і зберігання.

*У широкому узагальненому значенні ми розглядаємо метод як теоретично оформлений засіб і водночас результат специфічного опредметнення ідей і уявлень дослідника про предмет вивчення. Розпредметнення відбувається вже після того, як за допомогою даного методу дослідник отримує і усвідомить наукову інформацію.*

Дане концептуальне розуміння методу дозволяє уявити собі логічно-последовну схему дослідження: уявлення дослідника про психологічну природу особистості, які виникли в нього на підставі житейських фактів, засвоєних теоретичних знань та усвідомлення власного життєвого досвіду, зустрічаючись з новими фактами і новим досвідом, породжують проблему. Її вирішення вимагає нових наукових емпіричних фактів, і метод з'являється як, з одного боку, опредметнення уявлень, з іншого – як відображення про-

блеми, а це з іншого – як ідеальна технологія, адекватна за своїми ключовими параметрами тій системі, яка має вивчатися, – тобто особистості.

Отримані під час застосування такого методу наукові (не життєвіські!) факти теоретично узагальнюються дослідником, порівнюються з попередніми уявленнями, результатами досліджень інших авторів, і тоді виникають нові уявлення і нові проблеми. Ця логічна схема, що чітко відображає концепцію методу як такого, майже зовсім не реалізується в дослідженнях особистості. На кожній її ланці маємо розриви і невідповідності. Так, цілісність, унікальність, єдність особистості визнається її сучасними (атрибутивними) ознаками практично всіма серйозними дослідниками. Але це уявлення діяним способом опрідметнюється саме в частковій, уривчастій методиці дослідження окремих (при цьому – штучно відокремлених) її елементів, і те класичне положення, що сума окремих частин ніколи не дорівнює цілому, зовсім не враховується. Загальновизнаною є й така атрибутивна ознака особистості, як активність, що всупереч реалістичності означає можливість особистості існувати виходячи з власних цілей та ідеалів, а не лише відповідати на подраження. Але чому ж це знання "опрідметнюється" виключно у стимул-реактивних методах і методиках, до яких слід віднести і тести, і експеримент у його класичному вигляді, і різні форми опитування? Ця ж проблема спостерігається у дослідженні розвитку. Знову вихідні уявлення про складний процес саморозвитку, гетерогенність його механізмів втілюються у виключно "зрізові" методичні процедури, які лише констатують особливості даного конкретного моменту і ніяк не відкривають механізмів.

Відсутність методу, адекватного вихідним уявленням та об'єкту дослідження, породжує скепсис і розчарування та примушує дослідника добудовувати свої вихідні позиції самому, тобто шукати відповіді на поставлені питання не в об'єкті дослідження, а в книжках та у власному досвіді. Це, як бачимо, дуже далеко від наукового пізнання.

Дуже типовий і яскравий приклад – Гердун Олпорт і його робота зі створення теорії особистості. Олпорт належить до тих небагатьох психологів, які розуміли дійсно ключове значення проблеми методу у теоретизуванні з приводу природи особистості і здарили собі звіт про існуючу вражаючу суперечливість між теоретичними уявленнями і способом збирання емпіричних фактів, а отже – і їх реальною цінністю. Він найбільш чітко і яскраво визначав істотними ознаками особистості цілісність і унікальність, і робить такий необхідний крок у бік розробки адекватних цим атрибутивним ознакам методів.

У Олпорта ми зустрічаємо поділ всіх існуючих методів дослідження особистості на дві поляри групи – номотетичні та ідеографічні. І цей поділ виявляється настільки важливим, що, як доводить автор, йому відповідають два різні теоретичні підходи до вивчення особистості, які отримують ті самі назви.

Ідеографічний (морфогенетичний) підхід полягає у спробі досліджувати особистість як унікальну цілісність і передбачає застосування відповідних методів і методичних процедур.

Номотетичний підхід є, власне, традиційно існуючим напрямом – коли особистість штучно розкладається на складові, і якісь узагальнення намагаються отримати лише за допомогою набору великої кількості результатів, щоб вони стали статистично достовірними. Олпорт усе зрозумів правильно, але у реальних своїх емпіричних дослідженнях використовував саме останній, номотетичний метод, і тому його наукові тексти читаються як драматичні твори: ми відчуваємо, як важко йому ставати на той же шлях, який він критикує, – отримувати узагальнення не від емпіричних даних, а завдяки власним роздумам.

Олпорт не зміг створити методу, який опрідметнив би його вихідні уявлення, і в цьому – його дійсна проблема. Вона, однак, є загальною для психології особистості. Більшість учених вбачає її рішення у редукціонізмі: оскільки особистість – надто вели-

кий об'єкт, у ньому треба спочатку теоретично виокремлювати деякі частини, але не будь-які, а змістовні, тобто ті, дослідження яких буде, власне, адекватним вивченню всієї особистості.

Це звернення до так званого конституюючого начала особистості, безумовно, було кроком уперед. Але дуже швидко виявилася дивна річ – кожен дослідник виділяв різне конституююче начало. Якщо говорити про вітчизняну психологію, то в якості такої вихідної інстанції розглядалася спрямованість (Л. І. Божович), і відношення (В. М. М'ясіщев), і спілкування (О. О. Бодальов), і ієрархія діяльностей і мотивів (О. М. Леонтьєв), і вибірковість (М. Ф. Добринін), і установка (Д. М. Узнадзе), і емоційна спрямованість (Б. І. Додонов) etc. Той самий процес спостерігаємо в зарубіжній психології. Лише З. Фройд був до кінця послідовним. Безумовно, його підхід – теж редукція, і не дуже проаналізована. Але нас тут цікавить інше: саме Фройд (і поки що тільки йому) вдалося втілити свої уявлення в метод, застосувати цей метод, отримати результати і саме на їх основі побудувати теорію особистості.

Інша справа, що змістовно Фройд, власне, проігнорував атрибутивні ознаки особистості: і цілісність, і активність, і унікальність. Тому доля його теорії не відрізняється від усіх інших – часткове уявлення, побудоване на аналізі довільно обраної структури, не може дати нічого іншого, окрім того, що воно і сформувало. І якщо це претендує на всезагальність – виходить лише непорозуміння.

Чи може сучасна психологія особистості подолати кризу методу дослідження? Нам здається, що для цього існують всі підстави.

"Некласична психологія" Л. С. Виготського (культурно-історична теорія) містить у собі важливі вихідні методологеми, подальша розробка і осмислення яких впритул підводять нас до створення адекватного методу дослідження особистості. З точки зору даної теорії, культура є ідеальним представництвом реальних здібностей людей, а психіка людини – "соціокультурним і семіотичним утворенням, що розвивається в ситуаціях спілкування". Для психології це положення, як вважає Ф. Т. Михайлов, виявляється дійсним визначенням власного предмета дослідження: "1) формування в онтогенезі системуючої вихідної здібності цілеспрямованого відношення до свого буття, світу його об'єктивних умов; 2) розвиток цієї здібності в багатстві її проявів (у мисленні, емоціях, волі, увазі і т. ін.); 3) перетворення їх у цілісність (єдність) усього суб'єктивного світу індивіда". Мова, таким чином, ведеться про вихідну (ключову) здібність людини, яка розвивається за власними законами і на цій підставі об'єднує всі психічні явища в єдине й унікальне ціле – особистість.

У цих міркуваннях ми вбачаємо суттєвий момент щодо методу дослідження – цілісність може бути досліджена адекватно, якщо реально вивчатиметься процес її виникнення і становлення, а не певний результат (*post faktum*). Таким чином, вихідна наукова проблема психологічного дослідження тут принципово змінюється – не сама по собі цілісність особистості як факт є проблемою, а процес її виникнення. Іншими словами, психологія особистості має починатися не з констатації наявних психічних структур і пошуку засобів їх подальшого аналізу, а з "проблеми формування людської суб'єктивності, проблеми *засад* процесу перетворення об'єктивних умов буття людини у внутрішній світ, що суб'єктивно переживається, опосередковує, спрямовує і мотивує життєдіяльність".

Так виникає ще один суттєвий методологічний аспект – вищі психічні функції людини (тобто – особистість, адже ми визначили її як форму існування людської психіки в цілому), взагалі, не дані як такі, а – задані, їх не можна дослідити, не задаючи індивіду засобів їх побудови. В цілому, йдеться про дослідження розвитку і дослідження у розвитку. П. Я. Гальперін зазначав: "Лише в генезисі розкривається дійсна будова психічних функцій: коли

вони повністю утворюються, будову їх стає неможливо розрізнити; більше того, вони відходять "у глибину" і приховуються "влицем" зовсім іншого виду, природи і будови".

Викладені методологічні положення були упереджені авторами культурно-історичної теорії в особливому методі дослідження – експериментально-генетичному. Сено цього методу полягає в тому, що предметність діяльності і відповідна до неї інтерпсихічна форма організується і вибудовується самим експериментатором, з урахуванням відомих механізмів і теоретичних положень. Дослідник не створює стимули і не фіксує реакції – він організовує розвиток певного психічного процесу, він – поруч, а не "напроти", враховуючи те, що підсилено акцентував Л. С. Виготський: не лише об'єкт перед дослідником, але й дослідник – перед об'єктом. Такий спільний рух, спільно-розподілена діяльність і дозволяє дійсно вивчати, як виникає і розвивається та чи інша вища психічна функція, а отже, як вона влаштована. Важливо зафіксувати і підкреслити: сама позиція дослідника тут є унікальною – він не "перед", а "поруч". Із своїми структурно-схематичними показниками ця позиція також до позиції психотерапевта (особливо в психоаналітичних і гуманістичних напрямках). Але є суттєва відмінність – експериментально-генетичний метод покликаний формулювати і вивчати, а не долати проблеми, хоча останнє теж відбувається, але – неконтрольовано, ніби мимовільно.

Логіка даного методу передбачає не просто фіксування особливостей тих чи інших емпіричних форм прояву психіки, а їх активне моделювання і відтворення в особливих умовах. Це і дозволяє розкривати їх сутність, тобто закономірності виникнення і становлення в онтогенезі певних психологічних функцій. Тому конкретна реалізація експериментально-генетичного методу в дослідженнях з вікової та педагогічної психології як необхідний компонент включає формувальний експеримент.

Теоретичний рівень визначення психічних процесів в експериментально-генетичному методі, на відміну від інших методів, спеціально задається дослідникові через конструювання змістовно-операціональних сторін предметної діяльності. Причому специфічною особливістю подібного конструювання є те, що модель, створена дослідником з метою пізнання, відповідає реальній внутрішній структурі самого психічного процесу.

Це означає, що досліджуваний психічний процес або функція спочатку конструюються у вигляді моделі певної діяльності, а потім актуалізуються через посередництво спеціальних способів організації активності суб'єкта. У педагогічній психології таким універсальним способом організації активності суб'єкта є задача, вирішення якої і передбачає функціонування відповідного психічного процесу.

Критерієм психологічної оцінки проведеного дослідження стає міра відповідності реально здійснюваного процесу вирішення задачі її моделі.

Експериментально-генетичний метод, таким чином, несе безпосередньо у собі способи побудови вищих психічних функцій, які присвоюються суб'єктом у процесі перетворення ним певного змісту. При цьому саме перетворення посидиє у собі генетичний та структурно-функціональний моменти об'єктивної реальності й задає тим самим подібні структури (у вигляді способів аналізу) самому психічному.

Але даний метод не може охопити особистість як цілісність, що являє собою не суму окремих частин, а їх особливу організованість і рухливе взаємопроникнення. Цілісність, яка присутня в усій особистості і у кожній окремішій, яка специфікується кожен раз відповідно до конкретної частини, залишаючись при цьому рівною собі самій. У цьому сенсі експериментально-генетичний метод є "типним" номотетичним способом дослідження особистості. Хоча він і спрямований на те, щоб встановити, як ця унікальна система, що саморозвивається, створює свою власну цілісність, сама цілісність знову залишається "за дужками", і дослідник має добудувувати її у власному мисленні, виходячи з конкретних і часткових результатів.

Різниця об'єктів вивчення і реальних дослідницьких цілей зумовлює різну логіку розгортання і технологію використання експериментально-генетичного і генетико-моделюючого методів.

Експериментально-генетичне дослідження передбачає виокремлення змістовної одиниці аналізу в просторі наукової дисципліни як феномену, що є результатом опредметнення вищих психічних функцій великої кількості людей в історичному масштабі. Далі відбувається "переведення" даного матеріалу у форму навчального предмета і потім здійснюється привласнення його у вигляді учбової задачі як засобу вирішення конкретної навчальної проблеми. Результатом такого привласнення є виникнення нової психічної структури вищого рівня складності (одиниці свідомості).

Генетико-моделюючий метод має на меті вивчення самої цілісної особистості, що саморозвивається. У зв'язку з цим виникла необхідність пошуку "одиниць" зовсім іншої природи, і було встановлено, що такою є *нужда*, як суперечлива вихідна єдність біологічного і соціального, яка зумовлює існування особистості. Принципи побудови методу відбивають природу існування об'єкта вивчення: неможливість отримати остаточні (кінцеві) емпіричні дані щодо внутрішнього світу людини (рефлексивний релятивізм). Технологія методу (принцип єдності генетичної та експериментальної ліній розвитку) передбачає проведення дослідження у максимально природних умовах існування особистості і створення актуального простору реалізації самою особистістю численних можливостей моделювання власного розвитку й існування.

Інший момент. Привласнення культурно-історичного досвіду у вигляді засобів-знаків, що починається на певному (не початковому!) етапі онтогенезу, відбувається у власній активності індивіда, спрямованій на задоволення існуючих потреб. Це – азбука культурно-історичної теорії. Але тут з'являються як мінімум два кардинальні питання. Як виникає сам цей етап, з якого починається "вростання в культуру"? Що було до його виникнення і що призвело до його появи?

Друга група питань стосується власне потреб. Адже індивід ніколи актуально не переживає як такої потреби у привласненні здібності. Що ж означає фраза про те, що це привласнення здійснюється в процесі реалізації потреб? І чому індивід (як засвідчують наші експериментальні результати) на будь-якому із найраніших етапів онтогенезу виявляється готовим до інтеріоризації? Це *по-перше*. А *по-друге* – звідки виникають людські потреби, що породжує їх?

Відповідь на ці фундаментальні питання вимагає створення нової методології як методу теоретичного аналізу особистості.

Жива істота, яка починається в материнському лоні, є відпочатково "плоть від плоті" твором двох людських істот. Соціальне (весь неосяжний досвід поколінь, привласнений і сконцентрований у двох люблячих істотах – батьках) опредметнюється і втілюється у дивне створіння – нову біологічну істоту, але... не лише біологічну, а саме – біосоціальну. *Нужда* двох, біосоціальна за природою, *нужда* їх один в одному і *нужда* у власному продовженні – творінні, породжує це творіння і продовжується в ньому, реалізуючись у різних потребах, і забезпечує в тому числі і те, що називається "вростанням в культуру". *Нужда* виступає і носієм віковичного досвіду людини (і як біологічної, і як соціальної істоти), і водночас вона є витокм особистісної активності – активатором, енергія якого ніколи не згасає, тому що вона втілюється і відновлюється у новому житті.

Коли ми спостерігаємо (досліджуємо) людську дитину в перший період її існування після фізичного народження, наш чуттєвий досвід (або й експеримент) надає нам інформацію про окремі частини, їх взаємозв'язок, функціонування. При цьому щось дуже головне, суттєве залишається поза нашим чуттєвим досвідом, але ми знаємо про це.

Ми знаємо, що це – жива, людська істота, що в основі її існування – дія біосоціальної нужди, що вона, істота, вже зараз є втіленням усього природного і культурного досвіду, і конкретно – своїх батьків, що вона готова стати особистістю, і ми можемо уявити, якою вона стане (і біологічно, і соціально). Це знання – не менш реально, ніж те, що ми отримуємо в чуттєвому плані; воно просто – інше. Й. В. Гете дуже давно назвав таке знання напрочуд вдало – “точна фантазія”: тобто, це наша вільна побудова, але вона нібито не зовсім вільна, оскільки є водночас і точною, адже ґрунтується на надійних емпіричних даних. Це є наше проектування цілісного об’єкта вивчення. Але ця “точна фантазія” не охоплюється існуючими у психології дослідницькими процедурами. Її або “мають на увазі”, або підмінюють якимись частковими поняттями – домислами, які, взагалі-то, ніякого відношення до об’єкта вивчення не мають. Це є феномен, перед яким психологія в усіх її напрямках і проявах завжди зупинялася і залягала, що далеко не все може бути дане в досвіді.

Ми вважємо інакше. Якщо чуттєвий досвід виявляється недостатнім у поясненні феномену особистості, немає сенсу ні зупинятися, ні привчати думку до спекулятивних хитросплетень. Треба подолати даний недолік шляхом розширення і якісної зміни досвіду. Підкреслимо: йдеться не лише про розширення (скільки б нових методик і технік ми не застосовували, – якщо вони виходять з існуючої парадигми, то нічим не допоможуть). Необхідна саме якісна зміна, тобто зовсім інший і новий досвід, який відповідав би сутності самого явища, що вивчається.

У даному випадку суттєвим єдністю, природа – олюднена, людина – оприроднена. Сама ця фраза, звичайно, нічого не дає в пізнанні, але без неї ми не можемо йти далі, вона – точка відліку. Тому що олюднена природа і оприроднена людина – це є феномен (але лише констатація), і як такий він має різні форми існування. Одна з них – біосфера як єдність, а інша – людська істота як єдність. В останній ця єдність викликається і утримується нуждою, біосоціальною за своєю сутністю.

Набуття якісно нового досвіду вимагає нового методу дослідження, адекватного і об’єкту, і вихідним положенням. Це не може бути аналітичний метод, оскільки нужда як вищя суперечлива єдність біологічного і соціального не розкладає, а створює, інтегрує цілісну особистість у процесі її онтогенезу. Отже, це має бути метод, який би моделював генезу особистості. Ми назвемо його – генетико-моделюючим, оскільки ця назва максимально відповідає його сутності. (Необхідно зауважити, що в теорії розвивального навчання генетико-моделюючий метод називається генетико-моделюючим експериментом і ототожнюється з формувальним навчальним експериментом. Нам здається, що це ототожнення є непорозумінням, оскільки відображає думку, нібито Л. С. Віготський аживав терміни “експериментально-генетичний метод” і “генетико-моделюючий” як синоніми, що, на наш погляд, є дуже сумнішим).

Особистість є складною системою, що саморозвивається, тобто – сама моделює і реалізує власну генезу. Для того щоб науково дослідити цей процес, а отже, й дослідити саму особистість, ми маємо створити такі способи і форми визчення, які б не переривали й не зупиняли його штучно, а – викликали, співіснували б із ним. В ідеалі – це є співіснування за принципом сполучальності (Г. С. Костюк): ми повинні дати змогу особистості (об’єкту вивчення) вільно функціонувати і розвиватися за власними законами, але водночас надовати їй керовано такі можливості (природні і соціальні), які підлягають емпіричній фіксації і верифікації.

Генетико-моделюючий метод, як уже сказано, не є власне аналізом. Разом з тим, він, як і будь-який науковий метод, обов’язково має аналітичну складову. Не на підставі тільки даних чуттєвого досвіду, і не на підставі тільки емпіричного мислення, а в

результаті поєднання цих двох складових з третьою – “точною фантазією” (або – креативністю), ми повинні виокремити в цілісній особистості такі змістовні одиниці, які були б *самостійними і самодостатніми*, несли в собі всю цілісність і забезпечували у своїй сукупності її (цілісності) саморозвиток і функціонування. Останнє – головне і суттєве: “одиниця” системи, що саморозвивається і саморегулюється, принципово відрізняється від тих “одиниць”, що встановлювалися в експериментально-генетичному методі. Образно і разом з тим абсолютно точно кажучи – вона має бути живою. Дотримання цього і буде означати відхід від редукції.

При цьому не слід забувати, що й сама особистість є дійсною “одиницею” існування і розвитку людської психіки. І в цій своїй іпостасі вона – далі не розкладається. Психіка людини – особистісна, і цей вираз означає, що будь-яке дослідження будь-якого часткового процесу чи явища буде адекватним лише тоді, коли це останнє розглядатиметься як змістовне відгалуження особистості, і лише тоді воно стане зрозумілим (зазначимо, що це не враховується у психології далі ніж декларація).

Як встановити в аналізі змістовні “одиниці” особистості? Генеза, існування, оформлення, саморозвиток особистості забезпечуються особливою й унікальною біосоціальною силою – *нуждою*. *Нужда* як суперечлива, рухлива і енергетична єдність біологічного і соціального, як втілення і можливість подальшого нескінченного втілення людського у людське, як те, що моделює і реалізує рух особистості, і є вихідною всезагальною одиницею – носієм особистісної природи психіки людини. У своєму “розгортанні” *нужда* “зустрічається” із соціальними і біологічними факторами оточення людини і задає змістовні точки – одиниці тезаурусу особистості. Вони, ці одиниці, є і вузликами структури, і водночас – лініями розвитку особистості.

Існування (функціонування, розвиток) окремих ліній розвитку особистості (змістовних “вузликів” її структури) має, таким чином, досить жорстку подвійну обумовленість – детермінованість.

Всезагальний плін людської *нужди* “зустрічається” з факторами оточення (біологічними чи соціальними). Виникають відгалуження *нужди* – потреби, які, реалізуючись, утворюють певні специфічні міжфункціональні системи, що спеціалізуються, залишаючись при цьому частинами і носіями цілісності (аналогія з тканинами і органами людського організму). Так виникає диференціація інтегрованої єдності особистості.

Таким чином, аналітична складова генетико-моделюючого методу спрямована на виокремлення змістовних рухливих одиниць генези і самомоделювання. І хоча це принципово відрізняється від встановлення одиниць в межах експериментально-генетичних, ми залишаємо без змін назву першого принципу нашого методу – принцип аналізу за одиницями.

Згідно з нашою методологічною парадигмою, застосування генетико-моделюючого методу дозволить, нарешті, “повернути людину в психологію”, оскільки метод дає можливість проаналізувати і водночас інтегрувати те вихідне системотворче начало особистості, яким виступає *нужда* як унікальна єдність біологічного і соціального та їх активант. Розробка методу, таким чином, є першочерговою і найбільш актуальною проблемою. На даному етапі нами розроблені основні принципи його побудови і застосування (перший з них – “аналіз за одиницями” – тут викладено).

Інший важливий принцип генетико-моделюючого методу дослідження особистості відображає її відпочаткову природу. Це принцип єдності біологічного і соціального. Статус принципу наукового методу не дозволяє лише декларувати дану єдність, оскільки в цьому випадку він перестане бути принципом. Необхідно чітко усвідомити, що саме мають на увазі, що розуміють під єдністю?

Свого часу В. Штерн, дуже уважно розглядаючи проблему взаємодії біологічного і соціального в особистості, сформулював "принцип конвергенції". Його сутність полягає в тому, що ні про яку функцію особистості, ні про яку її властивість не можна сказати, виникає вона ззовні чи зсередини. Треба розібратися, що в ній виникає ззовні, а що – зсередини, оскільки і одне, і друге бере участь – але неоднакову – в її здійсненні. Питання, однак, набагато складніше. Ми вважаємо, що складну суперечливу взаємодію біологічного і соціального є сенс розглядати у двох площинах – як фактори, що діють на особистість (І), і як фактори, що утворюють особистість і забезпечують її існування і розвиток "зсередини". Перша площина аналізу являє собою взаємодію "особистість – навколишній світ". У ній дійсно можна деякою мірою виокремлювати власні біологічні (природні) фактори і соціальні.

Останні, насправді, ніколи не є чисто соціальними, адже всі вони являють продукт людини (людства), в якому певним чином втілено не лише соціальне, але й біологічне тієї тілесної, біосоціальної істоти, що їх створювала. Якщо ж розглядати біологічне і соціальне як внутрішнє, особистісне, слід визнати, що ми ніколи не маємо в цьому випадку їхньої окремістості. Ми відступаємо від традиційного розгляду біологічного як спадкового і тілесного: "у середині" особистості біологічні і соціальні фактори не існують як окремі, кожен з них являє собою інбуття іншого. Будь-яка думка, образ, ідея, потреба неможливі поза біологічними структурами і функціями організму. Так само правильним є і зворотне: кожна тілесна структура, кожна біологічна функція людини – це прояв людського бства, тобто це те, що відпочатково несе в собі як біологічне, так і соціальне втілення, і психосоматичні явища, які інтенсивно досліджуються сучасною наукою, є найкращим підтвердженням цього.

Принцип єдності біологічного і соціального відкриває дійсну сутність природу акторів активності особистості. Коли психологія твердить, що такими витоками є потреби, вона помиляється. Адже є дуже просте й доречне питання: а звідки виникають потреби? Крім того, дію потреб не можна пояснити саморух, саморозвиток тієї складної відкритої системи, якою є особистість. Так і виникає уявлення про дух як першоджерело активності, яке не може бути досліджене у межах сучасної науки. Знову найцікавіше й найголовніше зникає для психології.

Ми стверджуємо, що таке вихідне першоджерело активності особистості насправді існує, і воно цілком підлягає науковому дослідженню. І це є *нужда*. В. В. Давидов зазначає, що *нужда* є глибинішою основою потреби, і проблема полягає в тому, як ця *нужда* у людини перетворюється на відповідну *потребу*. Далі зазначається, що цього ще ніхто у психології не визнав, і це правда. В. В. Давидов розглядає *нужду* в контексті діяльності (а не особистості), як її важливу складову, і зовсім не намагається аналізувати її психологічний зміст, зазначаючи, що це "дуже складна майбутня розмова...".

Ми виходимо з того, що *нужда* є вихідним енергетичним началом особистості, біосоціальним за своєю природою. Онтогенез особистості починається значно раніше, ніж вона народжується фізично. Його початок – опредметнення – втілення *нужд* двох осіб, що люблять одна одну. Виникає нова форма існування *нужди*, яка (*нужда*) просто не може існувати без матеріального носія (принаймні, сучасна наука не знає іншого способу існування біосоціальної *нужди*, окрім існування її у якості соціобіологічного енергетичного підґрунтя особистості людини).

Дотримання принципу єдності біологічного й соціального в межах генетико-моделюючого методу означає вивчення онтогенезу від його дійсного початку, дослідження механізмів виникнення *потреб* із *нужди*. В цілому, це означає розгляд у будь-якому конкретному-психологічному дослідженні існування особистості як становлення здатної до саморозвитку вихідної біосоціальної єдності.



Наступним важливим принципом побудови генетико-моделюючого методу є принцип креативності. "Зустрічі" нужди з численними і різноманітними об'єктами і явищами не просто породжують потреби, вони зумовлюють цілепокладання і розвиток власних і унікальних засобів досягнення цілей. Це є, фактично, творчість. Свого часу А. Адлер постулював наявність у особистості особливої інстанції – "креативного Я", яка забезпечує існування людини за власними цілями і бажаннями, формування своїх життєвих шляхів і стилів.

Саме в цьому сенсі ми вживаємо термін "креативність". Отже, мова йде про творчу унікальність особистості, яка пронизує весь її життєвий шлях. Уже сам початок нової людини є нічим іншим, як результатом творчого акту опредметнення своєї нужди двома люблячими істотами. Вже сама по собі дана особистість є результатом і продуктом творчості. І нужда, втілена у ній, має величезний креативний потенціал, який виявляється в унікальності, гетерогенності, самоусвідомленні, самодостатності в цілому. Дійсна таємничість і загадкова унікальність людської свідомості полягає в її здатності до моделювання і самомоделювання. Саме це призводить, зокрема, до абсолютно своєрідного співвіднесення у свідомості минулого, сучасного і майбутнього. Свідомість самомоделюється, привласнюючи здібність, і моделює подальше існування людини.

Креативність є глибинною, відпочатковою і абсолютно "природною" ознакою особистості – це є вища форма активності. Активність, яка створює і залишає слід, втілюється. З іншого боку, креативність означає прагнення виразити свій внутрішній світ. Коли О. Ф. Лосев називає вираження однією з атрибутивних ознак особистості, він чітко визначає, що це вираження насправді є, в той же час, і актом створення цього світу.

Дотриматися принципу креативності в аналізі (і в дослідженні) особистості означає "взяти" її існування в цілому, в її унікальній спрямованій єдності, в котрій вона лише і існує. І це означає реально врахувати багатозначність, неочікуваність і непередбачуваність особистості. З іншого боку, це означає здати собі звіт у тому, що все однозначне і прогнозоване. Усе, що ми намагаємося отримати в сучасних експериментах, є насправді навіть не конкретним випадком, а справжнім артефактом. І в цьому – головний недолік досліджень у галузі психології особистості. Останнє ми вважаємо дуже важливим, перш за все методично, і тому формуємо наступний принцип – рефлексивного релятивізму, який фіксує принципову неможливість встановлювати точні виміри і фіксувати остаточно вищі унікально-творчі вияви особистості.

Адже самодетермінація через власну нужду відкриває людині принципово ненасичувану і необмежувану можливість різноманітності буквально всіх проявів і властивостей. Наявність рефлексії як одного з найбільш цікавих і загадкових наслідків зустрічі нужди з життям людини робить це життя безмежно своєрідним, відкриває людині дійсну нескінченність ресурсів самозміни в кожний момент часу.

У цілому це явище добре відоме: згадаймо хоча б наполегливе твердження Ф. М. Достоевського про неосяжну глибину і непередбачуваність "дійсної, ґрунтовної особистості" кожної людини. Разом з тим, прагнення позитивної науки до прагматичного схематизування призводить до дуже спрощених уявлень щодо особистості людини. Принцип релятивізму (відносності) застерігає від схематизму і поверхових прогнозів – наші знання обмежені і завжди будуть такими: ми надійно знаємо лише про наявність рефлексивно-творчого потенціалу людини і про безмежність його проявів. У зв'язку з цим відкривається дійсна обмеженість і несерйозність спроб схематизування чи моделювання особистості. У зв'язку з цим же відкривається дійсна глибина страждань людини, якою маніпулюють або яка сама маніпулює.

Водночас, принципи креативності і релятивізму відкривають дійсний зміст явища суб'єктивності: *нужда в онтогенезі ніби розгалужується*. Частина її існує і функціонує так, як це було в ранньому дитинстві, як було на початку: поза волею даної людини забезпечується її життєздатність і плін життя в цілому. Інша "гілка" *нужди спрямовується виключно на зустріч з соціальним світом*. Саме ці зустрічі породжують вищі психічні функції, цілепокладання, пристрасність внутрішнього світу, креативність. Так народжується суб'єкт.

Останній принцип генетико-модельючого методу дослідження особистості – *вдність експериментальної і генетичної ліній розвитку*. Не наш погляд, це дуже суттєвий момент характеристики не лише нашого методу, а й загального стану речей у культурно-історичній теорії. Ще у роботі, яка, власне, й присвячувалась розробці основних положень і методів дослідження, Л. С. Виготський геніально передбачав труднощі, пов'язані з тим, що вивчення психології вищої функції в її формуванні призводить до фундаментального (і сакраментального, між іншим) питання: чи так формується дана функція поза експериментально-генетичним методом, у "природних", так би мовити, умовах. Іншими словами: *самі формуємо, і те, що формуємо, – те й вивчаємо*. А як насправді, без нашого втручання? Гостроту цього питання, на жаль, не помітили його послідовники і учні. І даремно: психологія стала "формуальною", формуочий експеримент і зараз є необхідним атрибутом дисертацій. Але ж, пам'ятаймо, наука повинна вивчати об'єкт за його логікою, а не власну логіку дослідника в об'єкті, що ним же й створюється. Питання залишилось поза увагою; а наскільки ж воно загостриться, коли "у психологію повернеться людина"? Адже головним стане питання, на яке зараз просто ніхто не звертає увагу: *коли у дитини штучно формується (і вивчається), скажімо, опосередковане загальне втовування способом "вродування – привласнення", сама дитина при цьому існує і розвивається як цілісність*. Ми вивчаємо дискретний момент – як воно вродується, як привласнюється. А що відбувається при цьому з дитиною, з іншими її функціями і явищами? Постає кардинальне питання: а як це відбувається в інших дітей, у кого ніхто нічого не формує спеціального?

Ця цілісна особистість виходить на перший план у генетико-модельючому дослідженні. І ми легко схилиємось до феноменологічного напрямку, коли здаємо собі звіт, що тут (дня, принцип креативності) нічого "змодельювати" не можна, не порушивши філігранно тонкий процес самоделювання і саморозвитку. Отже, залишається тільки списати? Ні, ми впевнені, що поєднання цієї "природно – генетичної" лінії розвитку з експериментальною можливе, але не шляхом формування-привласнення здібностей, а шляхом створення в експерименті особливих умов розгортання і "уповільнення" становлення цілісних одиниць аналізу. Це має відбуватися на тлі різноманітних (але фіксованих) можливостей для самоделювання.

**Проаналізоване вище дозволяє створити змістовне підґрунтя для дослідження: 1) принципу аналізу за одиницями; 2) принципу єдності біологічного і соціального; 3) принципу креативності; 4) принципу рефлексивного релятивізму; 5) принципу єдності генетичної і соціальної ліній розвитку.**

У реальних дослідженнях особистості описаний тут метод використовується в процесі застосування окремих методик (дослідницьких процедур), серед яких головними є спостереження, анкетування, психодіагностика та експеримент. Дані методики добре відомі і застосовуються дуже широко. Головна проблема полягає в усвідомленні того факту, що вони надають лише первинний емпіричний матеріал, який слід осмислювати і узагальнювати в контексті єдиного методу.

### 1.2.2. Метод спостереження

Спостереження відіграє надзвичайно важливу роль і дуже поширене як у повсякденному житті, так і в науковому дослідженні. Спостереженням називається цілеспрямоване, довільне і, як правило, спеціально організоване сприйняття тих чи інших явищ дійсності. Від простого споглядання, з яким у спостереження багато спільних рис, останнє кардинально відрізняється наявністю мети, якій підпорядковані не лише організація конкретного способу спостереження, але й вибір власне об'єкта і предмета спостереження, визначеність сфери спостережуваних явищ.

Саме спостереження – це найбільш безпосередній спосіб одержання дослідних даних, і в цьому полягає його виняткова цінність як наукового методу пізнання. Завдяки своїй безпосередності відносно об'єктів спостереження та невтручанню у перебіг подій цей метод став першою і вихідною формою пізнання.

Спостереження як метод наукового пізнання має ряд специфічних характеристик, що принципово відрізняють його від спостереження як виду діяльності (наприклад, професійної). В інтерпретації методу, як це було показано вище, фіксуються його характеристики, зокрема: метод є суспільно виробленою і закріпленою системою регулятивних принципів і теоретичної пізнавальної діяльності. Таким чином, метод є "керівництвом" для практичних дій і осмислення фактів. Виходячи з цього, можна визначити деякі специфічні риси методу спостереження.

Передусім у визначення спостереження як методу наукової психології мають бути включені положення про сфери використання даного методу; сутність специфічного психологічного спостереження; можливості та обмеження методу; його зв'язки з іншими методами психологічного дослідження, і в цьому зв'язку показані переваги та недоліки методу в порівнянні з іншими методами психології; структуру самого процесу спостереження як спеціальної пізнавальної наукової діяльності; види спостереження та їх відмінні риси; предметне оснащення спостереження; способи інтерпретації одержуваних емпіричних даних та їх теоретичне осмислення.

Перед тим як перейти до детального висвітлення сутності методу спостереження у психології, слід зазначити, що воно є одним із методів збору первинних даних, причому методом безпосереднього одержання таких даних. Це означає, що спостереження стоїть в одному ряду з такими методами, як експеримент, опитування, тест, аналіз продуктів діяльності тощо, за тією ознакою, що одержувані з їх допомогою дані підлягають подальшій обробці, і цим вони найсуттєвіше відрізняються від статистичних та інших методів обробки даних.

Так, основною рисою спостереження є невтручання у перебіг спостережуваних подій (явищ). Ця властивість, як буде показано далі, надає йому ряд переваг, але вказує і на недоліки порівняно з іншими методами психологічного дослідження.

Відповідно до мети дослідження та з урахуванням реальності, обстановки, умов можна говорити про методику спостереження, тобто про обумовлений планом та ситуацією вибір конкретного виду спостереження, способів фіксації даних, вибір одиниць оцінювання явищ.

Під методикою розуміють певним чином фіксовану, викладену зрозуміло для інших, предметно репрезентовану систему засобів збору та обробки емпіричних даних, що відповідає певному колу дослідницьких завдань. Методики спостереження відрізняються передусім видами діяльності спостерігача (видами спостереження); способами розчленування досліджуваних явищ (вибір одиниць оцінювання); специфікою способів фіксації даних (запис, магнітофонний та кінозапис тощо, або вибіркова чи суцільна фік-

сація подій), іншими словами, методика – це максимально повний і детальний опис усіх етапів процедури спостереження. До неї входять як необхідні: вибір об'єкта спостереження, схема чи план процесу спостереження, описання процедури стандартизованого оцінювання, опис організації роботи.

Таким чином, метод спостереження у психології є спеціально організоване, цілеспрямоване, систематичне та планомірне сприйняття досліджуваного об'єкта. Як уже відзначалося, сприйняття як методу психологічного дослідження властивий ряд специфічних рис. Усі ці особливості так чи інакше впливають із специфіки психіки як предмета дослідження. Однією з найважливіших ознак психічного є його невідність іншій людині, тобто спостерігач не знає, що в даний момент відчуває людина, за якою спостерігають. Стороння особа може уявити собі чужі переживання лише частково, оскільки вона сама була колись у подібному стані і має підстави вважати, що її власні переживання схожі на почуття тих, за ким вона спостерігає. Спостереження може бути науковим методом лише за умови, коли психічна реальність має зовнішні вияви. Тут слушно наголосити, що спостерігач у жодному випадку не повинен робити висновки на зразок такого: "Н. не пішов до школи, бо хотів піти в кіно", адже дослідник ніколи не може досконально знати, чого бажає особа, за якою спостерігають, а висновки можна робити лише відносно того, що людина зробила.

Об'єктивність методу спостереження ґрунтується на тому, що психічна діяльність все ж так чи інакше, але виявляється зовні. Саме за зовнішніми виявами можна робити висновки про деякі психологічні особливості, проте найпевніші висновки все ж можна зробити відносно поведінки, стану та інших суто зовнішніх характеристик.

Правильно організоване спостереження дає цінний матеріал, причому такий, який часто неможливо одержати іншими методами, особливо тоді, коли це стосується якихось не передбачених схемою дослідження реакцій, вияву ставлення до ситуації дослідження та ін. Це робить його незамінним методом психологічного дослідження і особливо визначення вікової психології, враховуючи досить широке розповсюдження експериментальних методів.

Проте для того, щоб спостереження було організоване правильно, треба передусім чітко усвідомити, які характеристики психічної діяльності можуть бути предметом спостереження, а які – ні. Чітке розуміння цього сприяє визначенню конкретної мети і завдань дослідження.

Таким чином, об'єктом спостереження може бути окрема людина або група осіб, а предметом спостереження – лише зовнішні вияви: моторні компоненти практичних та гностичних дій; рухи переміщення та нерухомі стани людей; дистанція між ними; спільні чи сумісні дії людей, а також дотики, поштовхи та інші фізичні вияви взаємодії; мовні акти, їх зміст, спрямованість, частота, тривалість, інтенсивність, особливості експресії, лексика людини; міміка та пантоміміка, експресія звуків; зовнішні вияви деяких вегетативних реакцій: почервоніння чи блідість, зміна ритму дихання тощо.

Спостереженням підлягають ситуації, що виникають у житті природним шляхом, або такі, що створюються штучно і відрізняються за видами діяльності, взаємодією людей, спонтанністю їхніх дій тощо.

Об'єктами вивчення бувають, як правило, загальна соціальна ситуація, в якій перебувають особи, що досліджуються; об'єкти або учасники певних подій; мета діяльності, структура діяльності; регуляторність і частота явищ, що спостерігаються; типовість ситуації та ін.

При цьому одна лише людина або група осіб спостерігаються з боку вияву мовних актів, виразних рухів, фізичних дій; рукової активності, зовнішнього вигляду, предметів, з якими діють люди, продуктів діяльності, людей, з якими спликується підслідний.

Якщо спробувати окреслити сферу, де спостереження є незамінним методом, то передусім це буде соціальна поведінка, тому що втручання експериментатора спотворює картину реальних стосунків людей.

Крім того, спостереження часто використовується на початкових етапах дослідження для освоєння поля дослідження та ознайомлення з тими, хто братиме в ньому участь. Спостереження використовується також і як додатковий метод: 1) у комплексних дослідженнях як один із багатьох методів; 2) у рамках одного дослідження для виявлення різниці між реальною та бажаною поведінкою.

Існує цілий ряд факторів, що обумовлюють складність об'єктивного спостереження для формулювання висновку про "внутрішнє" на підставі "зовнішнього". По-перше, це багатозначність зв'язків зовнішніх виявів об'єктивності, що стоїть поза ними, і це часто не дозволяє робити висновки щодо суб'єктивності. Крім того, складність регуляції психічних властивостей породжує таку ситуацію, що одне й те саме явище може бути пов'язане з різними внутрішніми передумовами, і навпаки, різні зовнішні явища можуть спричинятись одним суб'єктивним станом. Крім того, індивідуальні особливості вияву певного психічного стану можуть значно відрізнятися. Тому неодмінною умовою об'єктивності спостереження повинно бути уникнення "оціночних" суджень з боку дослідника і необхідність реєстрації лише баченого. Слід зазначити, що ряд психологічних явищ не може бути предметом спостереження, наприклад, установки, наміри, інтереси, відносини і ставлення, прагнення, мотиви та ін.

### **Основні вимоги і процедура проведення спостереження**

Для того щоб підвищити надійність і якість спостереження, існує ряд обов'язкових для дотримання правил: 1) систематичність і багаторазовість спостереження даного явища у різний час і в різних ситуаціях (це потрібно для того, щоб можна було зробити висновок про повторюваність, а значить, не випадковість явищ); 2) уникання оціночних суджень, обов'язковість перевірки альтернативних гіпотез; 3) проведення спостереження кількома дослідниками; 4) порівняння спостереження по окремому відрізу поведінки з загальною ситуацією, з контекстом дослідження.

Важлива обставина в аспекті підвищення об'єктивності спостереження – це необхідність реєстрації не окремого вирваного з контексту факту, а реєстрація дії або реакції людини на тлі загальної ситуації, бо один і той же зовнішній результат може мати найрізноманітніше психологічне значення залежно від того, в якій ситуації він був одержаний. Ця вимога набуває особливого значення там, де спостереження ведеться за мінливими явищами (наприклад, за психічним розвитком дитини), тому чим систематичнішим буде спостереження, тим повнішу картину явища можна одержати.

Труднощі, які виникають при спостереженні, можуть зумовлюватися специфікою самого об'єкта спостереження; специфікою спостереження як виду діяльності; особливостями дослідника; фактом присутності спостерігача.

Ряд вимог щодо проведення спостереження обумовлюється самою природою спостереження як виду діяльності. Зокрема, така особливість спостереження, як не втручання спостерігача у перебіг подій, породжує специфічні риси, що за різних обставин можуть бути або перевагами, або недоліками спостереження як наукового методу. Наприклад, вимушена вичікувальна позиція призводить до того, що спостерігач потрапляє у залежність від того, чи випадає йому нагода помітити те, що його цікавить. Часто сама ця обставина є обмеженням спостереження порівняно з більш активними психологічними методами.

Безумовно, пасивність, не втручання дослідника дозволяє одержати цінні дані, які неможливо отримати іншими методами: це здатність бачення цілісної ситуації, а не її

окремих фрагментів або ознак, можливість вичати явища у найбільш природному для них вигляді, не спотворюючи картини перебігу подій. Важливе також те, що саме спостереження (як і бесіда) дає змогу помітити та зафіксувати невідомі досі явища, в той час як експеримент більш жорстко залежить від плану. Усе це є наслідком мінімального впливу спостерігача на досліджувані явища, що й створює простір для спонтанності та незапланованості подій.

Важливу роль відіграють також особливості самого процесу сприйняття, який лежить в основі діяльності спостереження. Відомо, що сприйняття як психічний процес характеризується селективністю (вибірковістю), внаслідок чого деякі події можуть залишатись непоміченими. Крім того, оскільки спостерігач має справу з цілісною ситуацією, великим відрізком людської поведінки, йому буває важко зафіксувати потік подій згідно з обраними одиницями оцінювання, бо часто ситуації бувають багатозначними і непевними. Яким би нейтральним не був дослідник, завжди "працює" певна установка не усвідомлюючись, і навіть найсумлінніший спостерігач мимоволя тенденційний. Тому окремо наголошується на тому, що дослідник зобов'язаний реоб'єктувати факти "як такі" і ні в якому разі не оцінювати їх.

Існує ряд обставин, які спричиняють помилки в спостереженні і які криються в самій особі дослідника, у його суб'єктивності. Щодо згадуваної селективності сприйняття слід зазначити, що певною мірою "зняти" її дію може сенсифікація дослідника до сприйняття значущих для нього явищ, тобто в даному випадку саме дослідник, що зацікавлений у результатах, може помітити більше й точніше, ніж цілком стороння людина. З іншого боку, сильна установка заважає неупередженому сприйняттю, бо часто можна побачити те, чого насправді не відбулося; бажане може видатися за дійсне.

Іншими факторами помилок можуть бути особисті якості дослідника: індивідуальний темп, індивідуальний стиль, темперамент, емоційна стійкість, витривалість та ін. Мають значення також і суто особистісні властивості, зокрема особливості психологічних захистів (велику роль, наприклад, відіграє феномен проєкції своїх особистих рис та проблем на інших). Буває, що проєкція здійснюється на неусвідомленому рівні, і спостерігачеві просто здається, що в даній ситуації певне явище є виявом деякої внутрішньої властивості (а саме такої, яка притаманна дослідникові). В дійсності ж явище може мати зовсім інше психологічне значення. Слід зазначити, що такі помилки становлять значну частину необ'єктивних результатів у спостереженні.

Крім того, причинами помилок можуть бути: 1) різниця у соціальному становищі дослідника і досліджуваного; 2) перше враження; 3) попередні зустрічі, що сприяють формуванню певної думки; 4) явища перенасиченості одноманітною діяльністю тощо.

Щоб дотриматися всіх вимог щодо проведення спостереження, необхідно мати чіткий план процедури дослідження. Як уже зазначалось, багато конкретних моментів безпосередньо залежать від мети дослідження, отже, спостереження починається не з дії спостерігача по збиранню інформації, а з розробки програми дослідження. Чим детальніше буде продумана програма, тим більш аргументований матеріал одержить психолог.

Сама програма включає кілька підрозділів. Це такі етапи: визначення проблеми, вибір об'єкта і предмета дослідження, формулювання мети й завдань роботи, інтерпретація та визначення основних понять, попередній умовляний аналіз об'єкта, висунення основної та робочих гіпотез, збір власне даних, їх аналіз та інтерпретація.

Вихідним моментом, відомим усього дослідження є обрання проблеми. Незважаючи на очевидність цієї обставини, правильне визначення проблеми – не така проста спра-

ва. Особливо це стосується педагогічної психології. З одного боку, оскільки мова йде про реальний навчально-виховний процес у реальній школі, проблеми начебто лежать на поверхні, вони диктуються самим життям. Проте, якщо проаналізувати психолого-педагогічні роботи, то не завжди вони містять у собі проблему, не кажучи вже про її вирішення. Не вдаючись до аналізу конкретних робіт, можна вказати на дві негативні крайності, що зустрічаються у багатьох роботах: проблема формулюється або занадто широко, і тоді висновки носять надто широкий характер; або ж з метою більш глибокого вивчення проблема необґрунтовано звужується, в результаті чого висновки описують занадто складні опосередковані зв'язки між обмеженим колом явищ і тому є занадто аналітичними, що утруднює їх застосування у сфері практики. Така ситуація характерна і для деяких зарубіжних праць, коли в результаті детально виконаного дослідження одержують висновки, цілком очевидні і без спеціального дослідження.

Таким чином, вирішальне значення в одержанні тих чи інших результатів відіграють теоретична позиція спостерігача і мета дослідження.

### **Види спостереження та специфіка його реалізації**

Залежно від мети і визначеності гіпотез дослідження спостереження може бути вичікувальним, досліджуваним або вибіркоким і спрямованим на перевірку конкретної гіпотези. Оскільки спостереження, як правило, застосовується в комплексі з іншими методами психологічного дослідження, воно часто служить меті попередньої орієнтації в об'єкті дослідження до визначення гіпотези. В такому випадку спостереження буде вичікувальним, бо основною його метою є спостереження без строгої селекції ознак і явищ – усього того, що відбувається. Особливо часто доводиться застосовувати таке спостереження у віковій та педагогічній психології, наприклад, коли виникає потреба з'ясувати, як вплине той чи інший педагогічний прийом, які особливості поведінки у певних специфічних умовах, наприклад, у замкнутих колективах. Тут прикладом може бути дослідження Д. Б. Ельконіна та Т. В. Драгунової, завданням якого було виявлення фактичної поведінки підлітків.

Виходячи з цього, спостереження за підлітком проводили протягом усього дня: на уроках, після школи, в гуртках, при виконанні громадських доручень та ін. Фіксувалися усі вияви поведінки.

Принципово іншою буде методика спостереження, якщо метою дослідження є перевірка конкретної гіпотези. Саме тоді вирішального значення набуває чітко розроблений план спостереження, визначення одиниць спостереження, опис усіх фаз дослідження, способів фіксації даних, бо саме тут виникає проблема строгої селекції певних факторів поведінки з усього потоку спостережуваних подій. Прикладами таких спостережень можуть бути роботи Ж. Піаже з вивчення стадій розумового розвитку дітей. Такими можуть бути й спостереження з виявлення вікових особливостей пізнавальної діяльності залежно від матеріалу, що вивчається, та ін.

Самі цілі спостереження можуть відрізнятися за ступенем узагальненості, причому чим загальніша мета, тим менш регламентованим буде спостереження. Нерегламентоване спостереження здійснюється і тоді, коли мета ще не визначена належним чином, не сформульовані гіпотези та завдання. Крім використання у фазі ініціації, дослідження спостереження застосовується також у випадках, коли треба простежити віддалені наслідки впливів (наприклад, у рамках формулюючого експерименту). Але за однакових умов перевага віддається регламентованому спостереженню, бо чим більш стандартизованим буде дослідження, тим вірогіднішим буде його повторення і контролювання умов проведення. Мета спостереження визначає не лише його вид, але й детермінує всю процедуру.

ру, зокрема вибір одиниць спостереження. Спостережуване явище може стати науковим фактом лише після того, як воно належним чином написано. А описати можна появу дискретного процесу, тому перед дослідником постає необхідність розчленити хаотичний потік подій на якісь вимірні фрагменти, тобто визначити шкалу одиниць оцінювання міри явища. Вибір одиниць вимірювання дає можливість обмежити процес спостереження, вибрати понятійну систему опису дослідження, а в ряді випадків відкинути гіпотезу навіть до початку дослідження. Наприклад, якщо ми вивчаємо результативність педагогічного прийому, що повинен відбитися на ефективності вирішення задач, то достатньо фіксувати правильність їх вирішення; якщо вивчаємо вплив на розвиток мислення, то одиницями мають бути розумові операції; коли досліджуємо виникнення пізнавальної мотивації, то не повинні залишитися поза увагою мімічні та пантомімічні вияви емоцій і т. д. Певна річ, у рамках одного дослідження може використовуватися кілька типів одиниць.

Великі вимоги висуваються щодо запису спостережень або щодо інших способів фіксації даних. Основні вимоги такі: 1) запис повинен бути фактологічним, тобто занотовуватися мають тільки явища, які не можна замінювати узагальненою оцінкою або характеристикою; 2) обов'язковий запис всієї ситуації, а не її фрагмента, тобто описуватися повинен фон, на якому відбуваються події; 3) запис повинен бути точним: відображати усі події, які стосуються даної гіпотези, в тому числі й такі, що їй суперечать.

За формою запис може бути найрізноманітнішим: протоколювання, запис на стандартних бланках, щоденниковий запис, магнітофонний, кіно-, фото-, відеозапис, графічний і т. д. Якщо це протокол, то він має бути суцільним без особливої рубрикації. Оскільки в ряді випадків потрібні саме суцільні протоколи, а вести їх складно, доцільно впровадити запис кільком особам – це не лише полегшує роботу, але й підвищує об'єктивність фіксації. Щоденниковий запис застосовується при тривалих спостереженнях, наприклад, у лонгітюдних. Оскільки запис і саме спостереження часто розділені у часі, слід звернути увагу на те, щоб запис проводився якомога швидше після спостереження, бо відомо, що негайне відтворення подій чи фактів за ефективністю значно відрізняється від віддаленого. Але з допомогою спостереження можна одержати не лише якісні, але й кількісні дані: за умови так званого кількісного описання. Для цього застосовується шкала для визначення міри вияву певної події (або властивості). Кількісні дані одержують також при вимірюванні часу перебігу явищ.

Хронометраж проводиться як фіксація окремих виявів явища. Для цього потрібно швидко розпізнавати явище, а також чітко визначати його початок та кінець. Шкалювання здійснюється переважно у вигляді приписування балів якомусь явищу, залежно від його інтенсивності. Інколи це може бути побудова графіка інтенсивності – тривалості, але в будь-якому випадку треба чітко обумовити процедуру приписування балів (тобто яка інтенсивність береться за один бал, яка за два і яка максимальна). Ефективним є також запис подій у формі символів. Це дає можливість мінімально відволікатися на саме записування і більше уваги приділяти власне спостереженню, а також полегшує аналіз результатів. Найбільш відомим символічним записом є відома робота Е. О. Климова, метою якої було виявлення розподілу робочого часу. Для цього кожен елементарний рух позначався певним знаком, і далі спостерігач за допомогою цих знаків міг не лише безпомилково фіксувати усі дії, але й одержувати легко оброблюваний кількісний матеріал. На нього схожий також метод Фландерса, суть якого полягає в тому, що фіксується кількість ознак, що підлягають під попередньо визначені категорії: "схвалює дії учня", "розвиває дії", "пояснює", "розвиває власні ідеї", дає "команди", "вказівки", що їх повинен виконати учень, і т. д. Але тут, як і взагалі при спостереженні, вкрай важливо точно визначити, де пояснюється власна ідея, а де просто пояснення; де строгість, а де вже грубість.



Таким чином, залежно від цілей предмета, завдань, дослідження, спостереження може мати різний вигляд.

Слід особливо відзначити роль спостереження у дослідженні проблем вікової та педагогічної психології. Не дивлячись на широке проникнення експериментальних методів, спостереження не втрачає свого значення. Це, передусім, обумовлюється специфікою об'єкта вивчення. Дитина (особливо це стосується дітей дошкільного віку) є важким об'єктом експериментального дослідження і вивчення з допомогою таких методів, як анкетування, інтерв'ю та ін. Нестійкість і змінюваність процесів уваги, відносно низький рівень самоконтролю, несформованість мотивації, нерозвиненість мовного спілкування і, нарешті, трудність у розумінні інструкцій експерименту обумовлюють обмеженість експериментальних, зокрема лабораторних, методів.

Крім того, безпосередність та відкритість поведінки дітей, "прозорість" їхніх намірів дозволяють одержувати досить достовірну інформацію, якщо порівнювати застосування спостереження з вивченням поведінки дорослих. Ці обставини дозволяють вважати спостереження одним з основних методів вікової та педагогічної психології, і по суті єдиним у вивченні проблем виховання. До спостереження у цій області знання пред'являються такі ж вимоги, як і до спостереження взагалі, але існує ряд умов, що вимагають особливої уваги.

Для вирішення різних дослідницьких проблем використовуються різноманітні види спостереження. Так, наприклад, залежно від позиції спостерігача можна виділити такі види спостереження: включене, невключене, частково включене; зовнішнє та внутрішнє; усвідомлюване і неусвідомлюване. У педагогічній літературі за цими критеріями виділяють такі види спостереження, коли дослідник виступає як нейтральна особа, як керівник і як співучасник. Нейтральне спостереження виступає як загальний інструмент при вирішенні наукових, контрольних та узагальнюючих завдань.

Залежно від позиції спостерігача та його активності можна виділити, також досліджуючи (вибираючи), вичікувальне та вимушене спостереження. Проводити класифікацію можна за умови, чи відомо спостережуваній особі, що вона є об'єктом спостереження (усвідомлюване та неусвідомлюване), та на підставі типу зв'язку дослідника з об'єктами вивчення (безпосереднє та опосередковане). Безпосереднє спостереження – це такий вид спостереження, коли між об'єктом і дослідником є прямий зв'язок: спостереження дає матеріал з першоджерела, і тому його дані найбільш достовірні. Опосередковане спостереження здійснюється не самим дослідником, а з допомогою проінструкованих осіб. Виділяються також формалізоване (з чіткою структурою) та неформалізоване (якщо цілі та завдання детально не сформульовані), безперервне та дискретне; дискретне та багаторазове; вузьке та монографічне (якщо вивчається цілісний потік поведінки, зокрема, у згадуваному вище випадку вивчення поведінки підлітків).

За типом спостережуваної ситуації спостереження може бути природним та експериментальним, спонтанним і організованим, стандартним і нестандартним, нормальним і експериментальним тощо.

Розглянемо специфіку деяких найчастіше застосовуваних у педагогічній та віковій психології видів спостереження. Найпростішим з них є нейтральне ("нейтралізоване"). Як правило, це невключене спостереження, яке може бути польовим (тобто проводиться у реальних умовах діяльності) або лабораторним, систематичним та вибірковим тощо. До такого спостереження найчастіше вдаються психологи-дослідники, студенти педвузів, керівники школи та ін. Воно характеризується тим, що спостерігач вивчає певне явище "у чистому вигляді", абсолютно не втручаючись у події, що відбуваються.

Такий вид спостереження найбільш пасивний. Результати його можуть дати цінний матеріал, тому що сторонній спостерігач найменшою мірою обтяжений установками щодо окремих учнів або всього навчального процесу; він дивиться на ситуацію ззовні, що дає йому шанс бути більш об'єктивним, неупередженим. Проте найбільшою проблемою такого спостереження є згадуваний ефект демонстрації, коли учні (і вчитель) поведуться не зовсім природно, не так, як би поводитися без сторонньої людини. Особлива складність полягає в тому, що така демонстративна поведінка практично ніколи не усвідомлюється, тому її не можна усунути, навіть коли б піддослідні цілком щиро прагнули бути природними.

Для того щоб зменшити цей ефект, застосовують такі прийоми: спостереження проводяться з допомогою записуючої техніки або через скло Гезела (прозоре лише в один бік), тобто проводиться приховане спостереження. Проте такі можливості випадають рідко, до того ж у ряді випадків це може виявитися неетичним. Тому, як правило, спостерігач повинен "привчити" до себе тих, кого він буде вивчати; він повинен хоч у загальному плані познайомитися з учителем та індивідуальними особливостями його роботи. Слід пам'ятати, що чим старші діти, тим ефект демонстрації виявляється більше. Найбільш сприятливою віковою категорією у цьому випадку є наймолодші. Такий вид спостереження має ту перевагу, що може здійснюватися кількома особами, що підвищує об'єктивність даних.

У ряді випадків спостерігачем є сам учитель. Такий вид і є різновидом так званого польового спостереження, тобто коли воно проводиться у природній обстановці, в ситуації безпосереднього спілкування, "в полі". З точки зору позиції спостерігача, це може бути схема "спостерігач-керівник" або "спостерігач-співучасник" (у соціологічній термінології це – частково включене спостереження).

Становище спостерігача-керівника є найбільш сприятливим з точки зору зручності. Людина, яка безпосередньо пов'язана зі школою, знаходиться у вигіднішому становищі, ніж стороння. Вона може повніше враховувати різні обставини, що супроводжують процес спостереження, зокрема, швидше і легше відділити суттєве від несуттєвого у поведінці, бо вона знає типову для кожного учня поведінку у певній ситуації. Крім того, позиція керівника дає змогу регулювати хід уроку, доцільно створювати потрібні ситуації, проводити корекцію процедури дослідження. Проте цей вид спостереження також не позбавлений деяких недоліків: зокрема – складність одночасного спостереження і контролювання себе та учнів; наявність певної установки педагога щодо можливостей учнів.

Позиція дослідника-співучасника цінна тим, що дослідник відчуває усе те, що і його піддослідні. Тому він може збагатити результат спостереження цінними даними, що не завжди помічаються особами, які знаходяться в інших позиціях. До того ж співучасник виконує роль "піддослідного високої кваліфікації" і може оцінити деякі тонкощі результатів і особливостей застосовуваного методу. Проте таке глибоке "вживання в роль", "розчинення в ситуації" також породжує тенденційність у реєстрації фактів. Нерідко спостерігається згадуване вище прагнення справити найкраще враження (тобто, стаючи на позицію піддослідних, спостерігач починає робити однакові з ними помилки).

По суті, таке розділення видів спостереження збігається з класифікацією його на включене, невключене і частково включене, але перша класифікація педагогічна, а друга – соціологічна.

Спостереження залишається одним із основних методів педагогічної психології. Не дивлячись на те, що психолог залежить від появи факту, який його цікавить, він має можливість спостерігати цей факт, створюючи цілісну ситуацію якнайменше. У цьому полягає головна перевага методу спостереження. Іншими позитивними рисами спостереження є можливість фіксувати явища, факти, що відбуваються у реальному житті;

факти природної поведінки у природних умовах. Безпосередня фіксація явища – найкраща передумова охоплення всієї "смуги" природної поведінки, реальна умова зменшення небезпеки неправильного тлумачення окремого вчинку, реакції чи будь-якого іншого одиничного прояву. При цьому кожен спостережуваний постає як цілісна особистість, і кожний його вияв може сприйматися не ізольовано, а в контексті всієї поведінки.

Великою перевагою спостереження є можливість аналізувати поведінку цілої групи осіб одночасно. Це робить його дуже цінним методом, бо – експеримент, хоч і має також групові форми, все ж надає менші можливості для такого цілісного аналізу.

З допомогою спостереження дослідник має змогу зробити повніший опис спостережуваних осіб, дати їм характеристику, виходячи з різних критеріїв оцінки, врахувати не одну, а багато особливостей їх реагування – іншими словами, реєструвати відразу багато параметрів, причому цінною є можливість робити це без спеціального планування, так би мовити, "на ходу".

Дослідник може вловити особливості настрою, вияв емоцій, вираз обличчя, охарактеризувати мову, жести, міміку, просторово-часові відносини діючих осіб.

Вигідно відрізняє спостереження також не така жорстка, як в експерименті, прив'язка до плану дослідження, можливість описувати не передбачені планом події, ставити запитання, змінювати ситуацію уроку, коригувати дії. Це є перевагою спостереження не лише порівняно з експериментом, але й з тестом, анкетною, соціометричними методами тощо, де несподівано виникаючі події просто не беруться до уваги. Важливою є також незалежність проведення дослідження від готовності осіб до того, щоб їх спостерігали. Така готовність стати об'єктом вивчення – неодмінна умова проведення тесту, опитування, експерименту та ін., а при спостереженні готовність може відігравати негативну роль. У психологічному вивченні саме спостереження дозволяє безпосередньо і швидко відчутти зв'язок між поведінкою (впливом) вчителя та діями учня, підмітити тонкощі взаємодії учня з товаришами тощо.

Усе це свідчить про те, що і в майбутньому спостереження буде застосовуватися у вивченні дитини, тим більше, що при проведенні експерименту дослідник повністю несе відповідальність за наслідки. Тому, оскільки майже всі педагогічні експерименти мають на меті перевірку ефективності певного методичного прийому, спостереження набуває ще одного значення: воно виконує роль остаточного "вироку" експерименту, і останній повинен бути припинений, якщо дані спостереження свідчать про необґрунтованість задуму (особливо якщо мова йде про виховання працелюбності, формування моральних, естетичних уявлень тощо).

Слід відзначити, що поряд з перевагами спостереженню притаманний також і ряд недоліків, які децю звужують сферу його застосування. В різних ситуаціях особливості спостереження як методу, що вже було сказано вище, постають то як переваги, то як недоліки спостереження. Залежать вони від дослідника: його зацікавленості до появи факту, необ'єктивності реєстрації фактів, неможливості реєстрації абсолютно всіх подій; унікальності (неповторності і невідтворюваності) даних спостереження.

Спостереження частіше застосовується тоді, коли потрібне більш "об'ємне" вивчення, де мета сформульована відносно широко. Якщо вивчається атмосфера між-особистісних взаємовідносин у класі, конфліктність, частота взаємодії, то найцінніший матеріал дадуть результати соціометрії та спостереження; а якщо досліджується сумісність як одна зі складових психологічної атмосфери, то логічніше буде застосувати експеримент, бо сумісність може виявлятися як на рівні відповідності реакцій, так і на соціально-психологічному рівні. Спостереження виявляється найефективнішим

при вивченні закономірностей функціонування шкільного колективу, форм лідерства, наявності лідера того чи іншого типу, рівня згуртованості та ін. Проте спостереження не може виявити латентної (прихованої) тенденції до лідерства, оскільки об'єктом його дослідження є лише факти, що лежать на поверхні поведінки. Приховані тенденції до лідерства можуть бути виявлені деякими складними анкетними методами і так званими проєктивними методами дослідження. Тому краще вивчати з домогою експериментальних методик, а рівень уважності учнів найкраще спостерігати; вивчення взаємин з домогою соціометричних методів обов'язково доповнювати спостереженням.

### 1.2.3. Анкетні методи

#### **Зміст та складові частини анкети як методу психолого-педагогічного дослідження**

У психолого-педагогічних дослідженнях часто виникає необхідність в інформації про такі явища та процеси, які недоступні прямому спостереженню, не знаходять достатньо повного відбиття в тих свідченнях, які використовуються методом аналізу продуктів діяльності. Наприклад, інформація про мотиви, інтереси, схильності, життєві плани, структури стосунків у навчальних і трудових колективах та ін.

Джерелом такої інформації, необхідної для наукового вивчення, є безпосередні учасники життєвих процесів, люди, їх висловлювання про свої власні настрої, вчинки, оточуючу реальність.

Одержати таку інформацію можна з домогою опитування. В основі методу опитування лежить сукупність запитань, що пропонуються опитуваній особі (респонденту), відповіді якої і утворюють необхідну дослідницьку інформацію. У будь-якому варіанті опитування є одним із найскладніших різновидів соціально-психологічного спілкування. Зв'язок між головними його учасниками – дослідником та респондентом – забезпечується з домогою різноманітних "проміжних" ланок, що дуже впливають на якість самих ланок. Опитування має такі складові частини.

*По-перше*, це анкета або план інтерв'ю, перелік питань, з домогою яких емпірично описується проблема, "перекладена" на мову повсякденного досвіду і свідомості опитуваних.

*По-друге*, це анкетер або інтерв'юер, тобто особа, що безпосередньо забезпечує заповнення вивідників (опитувальників) респондентом. При цьому, якщо інтерв'ю передбачає особисте спілкування інтерв'юера з опитуваним, при анкетуванні респондент сам заповнює вивідник після відповідного інструктажу, що його проводить анкетер.

*По-третє*, це ситуація опитування, його умови, що складаються з конкретних ситуацій, в яких перебував респондент на момент опитування (його емоційних станів, норм, звичаїв і традицій, уявлень та ставлень до опитування).

Таким чином, можна сказати, що опитування – це метод одержання соціально-психологічної інформації, яка базується на усному або письмовому зверненні до досліджуваної групи людей із запитаннями, зміст яких репрезентує проблему на певному емпіричному рівні.

При цьому, який би різновид опитування не застосовувався, одним з його інструментів є анкета. Оскільки з домогою анкети дослідник одержує інформацію із відповідей на запитання, вони повинні бути сформульовані так, щоб усі респонденти розуміли їх так, як і сам укладач вивідника. Проте зробити це не так просто. Правильне формулювання запитань – набагато складніше і більш трудомістке завдання, ніж здається. Дійсно наукове конкретно-психологічне дослідження ґрунтується на інформації, що має

відповідати трьом основним вимогам: вона повинна бути надійною, достовірною і одержаною з допомогою методики, валідної для вирішення даного завдання. Достовірною інформація буде в тому випадку, якщо вона адекватно відображає дійсність. Анкета – це певним чином структурно організований набір запитань, кожне з яких логічно пов'язане з центральним завданням дослідження. Процес укладання анкети, процес перекладу основних гіпотез на мову запитань – досить складна операція, що вимагає від дослідника уважної, кропіткої роботи, хороших знань відповідних типів запитань, вміння точно їх сформулювати у певній послідовності.

У практиці конкретних досліджень відомі три види анкетних запитань: 1) поштове; 2) через пресу; 3) роздавальне.

Сутність поштового анкетування полягає в тому, що анкета розсилається, а потім повертається до дослідника поштою.

Анкетування через пресу здійснюється шляхом публікації запитань у газеті, і ті, хто виявив бажання дати на них відповіді, після відповідного заповнення анкети надсилають її на адресу редакції.

Найбільш поширеним способом розповсюдження анкет є роздавальне анкетування, при якому анкета безпосередньо вручається дослідником респонденту, а той після заповнення повертає анкету назад. Роздавальне анкетування може проводитися із видачею й заповненням анкет прямо на місці, а також при заповненні їх вдома при наступному поверненні у призначений дослідником строк. Анкетування на місці – найбільш ефективний спосіб розповсюдження анкет, якому надається перевага перед рештою способів, оскільки він гарантує повне повернення анкет, а також дає можливість дослідникові контролювати процес заповнення анкет.

Запитання анкети прийнято розрізняти за трьома критеріями: за змістом, формою та функцією.

Усі запитання анкети залежно від їх змісту можна умовно поділити на дві великі групи: а) запитання про факти, дії у минулому й теперішньому, а також про продукти діяльності; б) запитання про мотиви, оцінки й думки індивідів. Якщо з допомогою запитань першої групи дослідник може одержати об'єктивні дані про опитуваного, про те, що він знає й пам'ятає, то з допомогою запитань другої групи дослідник може дізнатися про ставлення опитуваного до тієї чи іншої речі чи об'єкта; що опитуваний збирається робити, і що його до цього спонукає.

До першої групи запитань слід, передусім, віднести так звані демографічні запитання на виявлення статусу опитуваного: його віку, статі, освіти, сімейного стану, професії, стажу роботи та ін. Зазвичай запитання такого роду компонується в один розділ анкети, який одержав назву "демографічна частина анкети", або "паспортичка"; його вміщують у кінці анкети.

Якщо у респондента виникають сумніви щодо анонімності анкети або ж він злякається того, що щирі відповіді можуть йому якимось чином зашкодити, тоді респондент може дати неправдиву інформацію про себе чи не відповісти саме на ті запитання "паспортички", які йому здаються сумнівними щодо гарантії анонімності. У першому випадку респондент, добре знаючи, який тип поведінки заохочується, а який заперечується суспільством, буде швидше приховувати негативні факти свого життя й будь-якими засобами перебільшувати або приписувати собі якісь позитивні дії, яких не було взагалі. В іншому випадку недостовірність виникає внаслідок помилок пам'яті, ускладнень розумового відтворення минулих подій.

Запитання другої групи, що спрямовані на виявлення оцінок та думок опитуваних, є складнішими для респондентів, і тому відповіді на них бувають завжди менш досто-

вірними і щирими порівняно з відповідями на запитання першої групи. Завдання дослідника у таких випадках полягає в тому, щоб з допомогою різних технічних прийомів і засобів добитися необхідної інформації.

Замість запитання типу "чому?", що викликають у респондента тільки негативну реакцію й небажання відповідати, дослідник складає цілу серію деталізованих запитань, відповіді на які у своїй сукупності дадуть йому уявлення про причину появи такої думки або враження у респондента.

Велике значення мають прожектерські (проективні) запитання, коли респондентам пропонується набір ситуацій, із якими вони могли б зустрітись в житті, й необхідно вказати власний варіант поведінки чи думки в заданих умовах. Функція такого типу запитань: більш глибоке й точне проникнення у мотивацію респондента, виявлення його намірів, установок. Як правило, вони формулюються у вигляді умовних речень: "Уявіть собі, що..."

За формою такі запитання поділяються на відкриті та закриті; прямі й непрямі.

Запитання називаються відкритими, або вільними, якщо відповіді на них можна дати у будь-якій формі, яка не регламентується жодними рамками і респондент може висловлювати все, що забажає. Запитання називається закритим, якщо його формулювання містить варіанти можливих відповідей (перелік певних альтернатив) і респондент мусить зупинити свій вибір на якійсь одній. Перелік альтернатив може бути якісного характеру (запитання з багатьма відповідями). Наприклад:

Що вас приваблює у вашій роботі?

- робота різноманітна, цікава;
- робота вимагає кмітливості, примушує підвищувати рівень знань;
- добрий зарібок; хороша організація праці.

Запитання можуть бути кількісного характеру (питання з оцінкою, з допомогою якої вимірюють інтенсивність установок).

Чи задоволені ви своєю роботою?

- дуже задоволений;
- задоволений;
- не зовсім задоволений;
- дуже незадоволений.

Що стосується недоліків, то, *по-перше*, при відкритих запитаннях вірогідність суб'єктивної, довільної інтерпретації з боку респондента занадто велика і в кінцевому результаті призводить до того, що підсумкові дані неможливо зіставити. *По-друге*, аналіз одержаних відповідей на відкриті запитання – надто трудомістка процедура.

Перевага закритих запитань полягає в тому, що вони строго і однозначно інтерпретуються, легко стандартизуються, не вимагають особливих затрат на їх обробку та аналіз.

При конструюванні закритих запитань необхідно прагнути до того, щоб були вичерпані усі можливі варіанти відповідей; усі альтернативи були перемішані; у переліку кількісних запитань позитивні та негативні сторони мали б однакові параметри.

При переліку кількісних альтернатив слід уникати зміщень у позитивний або негативний бік.

Запитання, що спрямоване на одержання прямої, безпосередньої інформації від респондента, називається прямим. Звичайно воно формулюється в особовій формі: "Чи знаєте ви, що...". "Ваша думка з приводу...". Якщо дослідник не впевнений у тому, що респондент на якесь пряме запитання дасть таку ж відверту відповідь, то дослідник ставить непряме запитання. Своєю метою воно має приховати зміст вивідваної інформації від респондента; це, так би мовити, запитання, яке на перший погляд здається побічним

або несуттєвим. Відповідь на таке запитання вимагає обов'язкової інтерпретації.

За функціями розрізняють фільтруючі та контрольні запитання. Фільтруючі запитання застосовуються до обох уже названих груп: за змістом, тобто до запитань про факти та дії, і запитань про думки, мотиви, оцінки респондента. Метою фільтруючих запитань є відділення однієї групи респондентів (які повинні відповісти на дані запитання) від другої групи (які не повинні відповідати на ці запитання).

Іноколи при відповідях на другу групу запитань опитувані можуть давати оцінки, висловлювати думки про речі, яких вони не знають. Завдання фільтруючих запитань полягає в тому, щоб відсіяти некомпетентних респондентів, перевірити ступінь їхньої інформованості. Якщо виявиться, що вони не мають жодних знань про предмет, про який йде мова, то природно, що їхні думки та враження не враховуються.

Функціональне призначення контрольних запитань полягає в тому, щоб перевірити правдивість відповідей респондента на основні запитання анкети. З їх допомогою оцінюється якість одержуваної інформації. Часто в анкеті контрольні запитання становлять досить великий процент усіх запитань, так що контрольні запитання формують у спеціальну шкалу "неправди". При перевищенні певної кількості обумовлених конструкцією анкети відповідей "так" або "ні" на запитання цієї шкали результати беруться до уваги лише за деяких умов або відкидаються як неправдиві.

В анкеті основні контрольні запитання розташовуються так, щоб респондент не міг уловити між ними прямого зв'язку.

Композиція анкети характеризується такою послідовністю смислових розділів: 1) вступна частина; 2) основна частина; 3) демографічна частина ("паспортичка").

Вступна частина анкети – це звернення до опитуваного, де вказується, яка організація чи науковий заклад проводить анкетування; пояснюється мета дослідження і як будуть використані його результати; підкреслюється важливість участі (відповіді) даного респондента; гарантується анонімність відповідей, дається чіткий виклад правил заповнення анкети та способу її повернення.

Призначення вступної частини анкети полягає в тому, щоб максимально добитися прихильності опитуваного, зацікавити його темою опитування і пробудити шире прагнення взяти участь у дослідженні.

Основна частина анкети включає власне запитання. Спочатку в ній вміщуються запитання, спрямовані на те, щоб зацікавити опитуваного, схилити його до співробітництва і сприяти поступовому і повному включенню респондента у процес роботи над анкетною. Далі йдуть складніші питання, що найчастіше спрямовані на виявлення установок, оцінок тощо. І в заключній частині основного тексту ставляться найбільш інтимні та контрольні запитання, метою яких є поглиблення і уточнення інформації, одержаної в попередніх запитаннях.

У демографічній частині анкети ("паспортичка") містяться питання, що стосуються об'єктивного статусу особи (стать, вік, сімейне становище, професія, освіта та ін.).

Можна відзначити такі основні правила побудови анкети:

1. В анкеті необхідно фіксувати найсуттєвіші питання, відповіді на які дадуть інформацію, що необхідна для вирішення завдань дослідження, яку неможливо одержати іншими способами, крім анкетування.
2. Формулювання запитань з точки зору мови, концептуального рівня і семантичного значення повинне бути зрозумілим респондентові і відповідати рівню його знань та освіти.
3. Питання повинні формулюватися так, щоб опитувані могли на них відповісти в принципі.

4. Запитання повинні викликати позитивну реакцію респондента, бажання дати повну і щирі відповідь.
5. Організація та послідовність запитань повинні сприяти одержанню найнеобхіднішої для дослідження інформації.

Складна анкета попередньо повинна бути апробована. Передусім дослідникові слід задати самому собі запитання:

1. Чи витримані вимоги до мови, а може, для частини опитуваних мова запитань занадто складна, а для частини, навпаки, – примітивна?
2. Чи всі запитання і всі варіанти відповідей зрозумілі?
3. Чи не занадто абстрактно або конкретно сформульовані запитання?
4. Чи зрозумілі респондентові одиниці вимірювання, що є в анкеті?
5. Чи зможуть респонденти дати відповіді на запитання про минулі події, чи не варто якимось підстрахуватися?
6. Чи немає небезпеки, що респонденти дадуть на запитання стереотипну відповідь?
7. Чи не занадто численні варіанти відповідей на запитання і чи зможуть респонденти справитися з великою кількістю варіантів; як скоротити їх кількість або розчленити на блоки?
8. Чи не викликають запитання недовіри або негативних емоцій?
9. Чи не зачіпаються самолюбство або інтимні сторони життя опитуваного?
10. Чи все гаразд з боку графічного оформлення анкети: відсутність переносів у смислових відрізках тексту, наскільки чітко виділені шрифтом запитання та інструкція, чи немає монотонності, одноманітності в оформленні?

Після самостійної перевірки анкети дослідник повинен апробувати її і, усунувши виявлені недоліки, поширити на весь масив опитуваних.

Є також певні вимоги щодо "верстки" анкети для зручності заповнення її респондентам та для полегшення роботи кодувальника у випадку машинної обробки даних.

При аналізі результатів пробного опитування важливо швидко визначити зовнішні ознаки помилок, допущених при конструюванні анкети.

1. Відсутність порядку у відповідях свідчить частіше про те, що терміни, які входять у формулювання запитань, підібрані не досить вдало. Очевидно, не були враховані рівень культури, освіти, професійні спрямування опитуваних.
2. Відповіді типу "все або нічого" – це результат невдалого для респондента формулювання запитання, що автоматично викликає стереотипні відповіді.
3. Велика кількість відповідей типу "не знаю" або "не зрозумів" показує, що запитання сформульовані нечітко або погано підібрані.
4. Велика кількість недоречних коментарів, зауважень – показник неякісного формулювання питання або неповного переліку альтернатив у фіксованих відповідях.
5. Великий процент запитань без відповідей свідчить про те, що вступна частина анкети складена не досить ретельно, незрозумілі правила заповнення, не гарантована анонімність, недостатньо роз'яснена мета дослідження.
6. Суттєві відхилення у відповідях у зв'язку із зміною порядку запитань і варіантів відповідей.

Анкета вважається надійною, якщо у повторному дослідженні через певний проміжок часу, при дотриманні всіх умов першого анкетування, вона дає схожі результати.

Анкета вважається обґрунтованою, або валідною, якщо вона вимірює те, що вона повинна вимірювати, і дослідник з її допомогою одержує саме ті дані, на які розраховував. Проблема обґрунтованості анкети зводиться до того, щоб респондент розумів зміст запитання саме так, як це мав на увазі дослідник, і щоб він давав ту відповідь, яка випливає із змісту заданого запитання.



Існує три основних типи анкет, що застосовуються у віковій та педагогічній психології. *По-перше*, це анкети, складені з відкритих запитань і спрямовані на виявлення усвідомлюваних якостей опитуваних. *По-друге*, це анкети селективного типу, де опитуваному на кожне запитання пропонується кілька готових відповідей; завданням опитуваного є вибір найбільш підходящої відповіді. *По-третє*, це анкети-шкали, в яких опитуваний повинен не лише вибирати відповідь, що йому підходить, але й оцінити в балах правильність кожного із запропонованих варіантів. Між цими видами анкет принципових відмінностей немає. Анкети, що містять відкриті питання, дають матеріал, який вимагає попереднього якісного аналізу відповідей, а це утруднює кількісну обробку результатів. Анкети-шкали – найбільш формалізований тип анкет, що дозволяє проводити більш точний кількісний аналіз даних анкетування.

Прикладом анкети-шкали може виступати анкета "Вчитель очима учнів", проведена у ряді київських шкіл. Питання у ній будувались таким чином: наводились певні особисті якості вчителя або ряд позитивних якостей, необхідних для вчителя. Опитуваному треба було визначити місце або ранг кожної з цих якостей за ступенем важливості їх для вчителя. Результати анкетування показали, що найбільше серед учнів ціняться такі позитивні якості та риси: 1) вміння цікаво та дохідливо викладати матеріал; 2) справедливість та об'єктивність; 3) глибоке знання предмета; 4) організаторські здібності; 5) вміння підтримувати дисципліну; 6) здатність розуміти своїх учнів.

Ці якості та риси особистості вчителя назвали усі учні як старших, так і середніх класів; щоправда, послідовність оцінок у різних за віком школярів дещо відрізнялася.

Різновидом методів опитування є метод полярних профілів; оцінювання (рейтинг); метод парного порівняння; соціометрія; референтометрія.

Деякі дослідники виділяють ці методи поза методом опитування. Проте багато спільного (наявність запитань, спосіб заповнення опитувальних листків та ін.) дозволяє віднести їх до групи методів опитування, хоча, безумовно, кожен метод має свою специфіку.

### **Завдання і функції психодіагностичного дослідження**

Основним завданням психодіагностики є створення таких діагностичних методів, які б дозволили всебічно оцінювати рівень психічного розвитку дитини. Більшість діагностичних методик конструюються за принципом навчального експерименту, що спрямований не лише на фіксацію наявного рівня, але й на визначення зони найближчого розвитку дитини, здатності її до навчання. При конструюванні методик, як правило, враховується можливість використання їх з метою порівняння різних навчальних програм. Не менш суттєвим є створення таких методів, що дозволяють враховувати те, який "внесок у розвиток особистості" зумовлюється засвоєнням знань, оволодінням новими способами дії. Без розробки надійних діагностичних методів неможливо вирішити завдання формування самостійності, ініціативності, саморегуляції та інших рис, необхідних для виконання будь-якої діяльності. Отже, психодіагностика у створенні конкретних методів ґрунтується не лише на завданнях констатації, але й цілеспрямованого розвитку учнів, формування в процесі навчання рис особистості, необхідних для майбутньої професійної діяльності.

Без широких систематичних діагностичних досліджень неможливе виявлення творчих здібностей, рання оцінка яких необхідна для забезпечення оптимального їх розвитку. Існує також чимало інших проблем, у вирішенні яких може допомогти психодіагностика. Це зумовлює необхідність здобування знань про рівень психічного розвитку дитини на всіх вікових стадіях, що власне й становить предмет шкільної психодіагностики.

Сьогодні роль шкільної психодіагностики набуває більшої ваги, а це означає, що вимагають вдосконалення самі діагностичні методи.

Це стосується як підвищення надійності й об'єктивності даних, що одержані в результаті застосування тієї чи іншої методики, так і створення нових методик, які дозволяють вивчати більше число психічних явищ.

В основу класифікації методів психодіагностики можуть бути покладені різні ознаки. Так, діагностичні методи можуть розрізнятися за такими показниками: чи передбачають завдання правильну відповідь, чи їх не існує. До першого типу відносяться такі методики, як тести інтелекту, спеціальних здібностей, деяких особистісних рис (тест Равена), процедура визначення полезалежності – полenezалежності (Уїткіна), тест ригідності (Лачинса). До іншої групи належать завдання, які характеризуються лише частотою відповіді, незалежно від її правильності.

За іншою ознакою ми можемо розрізнити реальні й нереальні методики, тобто методики, які мають вербальну форму (словесну, мовну, усну) або будь-яку іншу (письмову, з допомогою технічних засобів тощо).

До ознак, з допомогою яких може бути проведена класифікація, слід віднести характеристику основного методичного принципу, який закладено в основу методики. Можна розрізнити об'єктивні тести, стандартизовані (вивідники, семантичні диференціали, рольові репертуальні схеми) проєктивні тести, діалогічні методики (бесіди, інтерв'ю).

Як окрему групу методик можна назвати так звані тести – короткі стандартизовані випробування будь-яких психічних якостей; результати цих проб дозволяють виміряти психологічні характеристики особи. Тест можна визначити як експеримент, що носить характер певного завдання, яке стимулює відповідну форму активності; виконання тесту піддається якісній та кількісній обробці й може служити симптомом певного рівня розвитку тієї чи іншої функції. Завдання, з яких складаються тести, мають, як правило, коротку й стандартизовану форму.

Таким чином, метою застосування діагностичних методів є фіксація і описання психологічних розбіжностей між окремими індивідами та групами людей за однією або частіше за кількома ознаками.

Загальними проблемами психологічної діагностики є проблеми валідності та надійності методик. Найпростіший шлях вирішення цих питань: удосконалення математичного апарату, ретельність формування вибірки, інтерпретація даних. Але, на жаль, цього не досить. Існує багато причин, що призводять до зниження рівня успішності тестових результатів. Наприклад, умови тестування: під час проведення тесту досліджуваний повинен відчувати себе незалежно й комфортно, оскільки фрустраційні явища можуть значно змінити результати тесту. Але найголовніший фактор розбіжностей результатів полягає в тому, що кожний тест передбачає наявність певного рівня знань, без яких успішне виконання тесту неможливе, а також відповідного характеру операцій, які виконуються досліджуваним. У цьому контексті слід мати на увазі, що існують суттєві обмеження, іноді й неможливість застосування тесту, розробленого по відношенню до певної культури, певного соціального середовища в інших культурних умовах. Наприклад, часто операції, які закладені в основу тесту (узагальнення, абстрагування, класифікація), мають неоднакову цінність у різних субкультурах, оскільки перебувають у різних зв'язках з практичною діяльністю індивідів, представників тих чи інших соціальних груп. Крім того, будь-яке слово в тестовому завданні знаходиться в різних системах семантичних зв'язків з іншими словами, внаслідок цього дотриматись умови однакового розуміння термінів досить складно, не кажучи вже про те, що в деяких умовах просто відсутні абстрактні поняття, які часто використовуються у тестових завданнях. Отже,

використання зарубіжних методик у психодіагностиці має певні обмеження й повинне поєднуватися з ретельним теоретичним аналізом предмета дослідження й методологічних положень, що лежать в основі побудови методики.

У практиці психодіагностики вирізняють дослідження "за результатом" і "за способом". Принцип вивчення "за результатом" – це традиційний для психометрії спосіб діагностики: визначення рівня розвитку за кількістю набраних у тесті балів. Методики "за результатом" (до них належить більшість інтелектуальних тестів), як правило, не здатні вловити динаміку процесів, що призвели до того чи іншого результату. Серйозним недоліком цих методик є формалізм: оцінка не містить свідчень ні про спосіб досягнення результату, ні про причини високої або низької успішності. На противагу цьому принципу вивчення застосовується так званий клінічний підхід, у рамках якого фіксується процес досягнення тестових результатів, і тому він є більш змістовним. Але в рамках клінічного підходу значна складність виявляється в стандартизації процедури тестування й оцінці результатів. Це зумовлене передусім тим, що процес виконання завдання аналізується за багатьма напрямками, що допускають великі інтерпретаційні можливості, а отже, й відчутну розбіжність діагностичних висновків.

Більш продуктивним є спосіб діагностики "за способом дії", який дозволяє значною мірою подолати формалізм оцінки "за результатом". Цей принцип дозволяє визначити "зону найближчого розвитку" шляхом регламентації міри підказування, необхідної досліджуваному для досягнення необхідного результату, а також пояснити, чому появу деяких помилок можна залишити поза увагою (наприклад, коли застосування правильного способу рішення супроводжується помилками підрахунків). Але й тут діагностика стикається з певними труднощами, оскільки на результати тестування впливають різні умови, а способи дії можуть мати багато значень. Внаслідок цього результати тестування, як і в умовах традиційного підходу, можуть бути певною мірою формальними: про досліджуваного достовірно можна сказати лише те, що він виконав завдання саме таким, а не іншим способом. Зрозуміло, цей "формалізм" більш високого порядку, ніж в оцінці "за результатом", оскільки спосіб дії уже сам по собі суттєвіший, ніж результат. Але реалізація цього підходу підвищує діагностичну цінність способу і разом з тим випускає з поля зору предметний зміст діяльності. Крім того, діагностика "за результатом" має значні переваги в тому, що саме тут використовуються найпростіші критерії, що лежать в основі оцінювання, отже, підсумкові результати є більш однозначними.

Продуктивною в плані розробки прийомів психодіагностики виступає і послідовна реалізація положення марксистської психології про єдність свідомості й діяльності. Психодіагностичні висновки й результати набувають ваги лише у випадку пояснення їх з позицій предметної діяльності суб'єкта. Психодіагностика, яка орієнтована на принцип діяльності, виходить з аналізу діяльності й починається з аналізу її суб'єктивних структур і лише далі розкриває психологічну структуру діяльності й механізми її регуляції.

Останніми роками в психодіагностиці набуває дедалі більшої ваги так званий категоріальний підхід, що ґрунтується передусім на генетико-моделюючому методі дослідження. Теоретичний зміст генетико-моделюючого методу полягає у визначенні того, що весь психічний розвиток є результатом присвоєння людиною суспільно заданих зразків діяльності. Цей підхід дає змогу вийти за межі індивідуального досвіду суб'єкта, теоретично змоделювати саму історію становлення психічних якостей як діяльній формі й організувати процес їх формування. Це, у свою чергу, вимагає:

а) попереднього визначення реальної діяльності суб'єкта, в межах якої проводиться відповідний діагноз; б) проведення теоретичного аналізу цієї діяльності; в) побудови її теоретичної моделі; г) визначення конкретної форми діагностичної ситуації.

Як свідчить вищенаведений короткий аналіз, кожний з розглянутих підходів характеризується як рядом переваг, так і недоліків, що вимагає їх врахування під час проведення дослідження.

Перед тим як охарактеризувати окремі тестові методики, слід коротко зупинитися на дуже важливих моментах, що пов'язані з конструюванням тестів, вибором контингенту досліджуваних, а також процесом діагностичного дослідження. Розглянемо основні вимоги, яких необхідно дотримуватись у проведенні психодіагностичного дослідження.

#### **Основи і вимоги та умови використання тестів як засобів дослідження**

*Вимоги до методик:* 1) методика повинна чітко відповідати меті й предмету дослідження; 2) процедура проведення має бути задана у вигляді однозначного набору дій з наступним їх квантивизуванням; 3) тест має бути перевірений на репрезентативність, надійність, об'єктивність та валідність; 4) інструкція щодо проведення дослідження не повинна допускати подвійного тлумачення її змісту.

*Вимоги до експериментатора:* 1) досліджувач має бути обізнаний з загальними теоретичними принципами психодіагностики; 2) добір методик повинен забезпечувати максимальну ефективність діагностики; 3) експериментатор має діяти в межах стандартних правил використання діагностичної методики; 4) досліджувач повинен дотримуватись етичних принципів.

#### **1.2.4. Експериментальні методи**

Вивчаючи психологічні закономірності навчання та розумового розвитку, вікова і педагогічна психологія має справу з численними різноплановими явищами. Щоб пізнати механізм цих явищ, закони їх розвитку та формування, фактори, що їх спричиняють, необхідні відповідні таким складним завданням методи дослідження, які б давали можливість не лише відтворювати ці явища у вигляді певних моделей, але й керувати ними.

Таким активним методом дослідження є експеримент та його численні різновиди. Психологія, в тому числі вікова і педагогічна, своїми досягненнями завдячує саме експериментальним методам дослідження.

Науковий експеримент визначається як об'єктивний інструмент пізнання об'єктивної дійсності. В експерименті здійснюється відтворення об'єктивних явищ у "чистому вигляді" і в потрібних досліднику умовах. У ході експерименту можна також створювати нові штучні предмети і вивчення, нові зв'язки та відношення, яких у природних умовах не існує.

Структурними компонентами експериментального дослідження є: спостереження, фіксування, вимірювання дослідних даних, зіставлення результатів дослідної та контрольної груп з допомогою спеціальних прийомів.

Експеримент – це чуттєво-практична діяльність, здійснювана теоретично відрефлексованими засобами. Експеримент є методом, способом, інструментом пізнання суб'єкта. Саме ж пізнання своєю основою має єдиний життєвий процес – процес, у якому поєднані чуттєвість і діяльність.

Покладення чуттєво-практичної діяльності в основу пізнання має своїм логічним наслідком розуміння методу пізнання та експерименту зокрема, як особливої форми існування цієї чуттєво-практичної діяльності.

Як різновид практичної діяльності, експеримент виходить за грані чистої науки. Нині експеримент є важливим засобом наукового дослідження і відноситься до емпіричних

методів наукового пізнання, хоча в класифікації методів відносно цього нема єдиної точки зору. Методи прийнято ділити на конкретно-наукові (спеціальні) та філософські. При цьому до конкретних методів відносяться ті, що досліджують спеціальні науки в їх взаємозв'язку. З допомогою теоретичних методів досягається найвищий синтез знань (у формі наукової теорії). Це є більш високим ступенем пізнання. Але межі між рівнями досліджень відносно умовні, оскільки вони мають тенденцію проникати один в одного. Експеримент, вплетений у теорію, нею ж направляється, теорія визначає напрям експерименту. В експерименті діє механізм абстракції, який нагадує той механізм, що ним оперує теоретичне мислення; ось чому експеримент можна розглядати як практичну абстракцію.

Невід'ємною частиною експерименту є ідеалізація. В процесі його проведення використовуються поняття, судження, міркування, умовиводи. Особливу роль в експерименті відіграє ідея, теорія, гіпотеза, наукове передбачення. Ось чому він не являє собою чисте емпіричне дослідження. Експериментатор попередньо осмислює хід експерименту, уявляє певну послідовність операцій, зважає технічні можливості, експериментальні засоби й т. ін. Експеримент виступає продовженням науково-теоретичної діяльності. Остання є органічною структурною одиницею здійснення експерименту.

Результати експерименту стають дослідною основою загально-теоретичних положень та формулювань. Експеримент є логічно обґрунтованим продовженням теорії; без нього теорія не може одержати свого повноцінного наукового оформлення.

З допомогою цього методу дослідження перевіряється та обґрунтовується певна наукова ідея, яка спершу створюється умовлядно, абстрактно. Експеримент поза ідеєю та теорією неможливий. Він і теорія взаємопов'язані. Відмова від експерименту веде до відмови теорії від статусу наукової. Ось чому всемірне розгортання експериментального дослідження являє собою один із найважливіших, магістральних шляхів розвитку всієї сучасної науки. Будь-яка новостворена наука оцінюється з точки зору і методу (або методів); зрілість виявляється через її метод.

Теорія перетворюється на метод дослідження тоді, коли нею повністю оволоділи і в той же час її застосовують. Цю думку дуже точно підмітив радянський психолог С. Я. Рубінштейн, який зазначав, що змістовний метод, пристосований до того, щоб дійсно відкривати природу даного кола явищ, завжди виникає у науці як результат вивчення, студювання. Так, наприклад, умовні рефлекси, спочатку зробившись предметом поглибленого дослідження, далі перетворились на метод дослідження, з допомогою якого почала вивчатися діяльність кори, динаміка кіркових процесів. Результати дослідження, яке викриває, встановлює деякі суттєві залежності, кореляції в області явищ, що вивчаються, далі перетворюються на метод, інструмент подальшого дослідження.

Таким чином, як метод пізнання експеримент склався на ґрунті соціальної практики, з якою він зв'язаний та яку обслуговує, і виражає специфіку пізнавальної діяльності. Людина активно впливає на об'єкт дослідження, спеціально таким чином створюючи умови для багаторазового виявлення досліджуваного явища. Взаємодія усіх компонентів в експерименті, що штучно варіюють, веде до створення моделі тієї частини дійсності, якості якої досліджуються. Використання подібних моделей є важливою особливістю експерименту. Домінування в ньому предметно-маніпулятивної, речево-відчутної сторони зумовлене тим, що інформація про об'єкт добувається в процесі безпосереднього впливу на об'єкт. У цьому випадку доцільно навести слова Гегеля, що тут ми діємо проти природи з допомогою самої природи.

Активність впливу на об'єкт дослідження відрізняє експеримент від спостереження. Експериментатор не "слухає" природу, а ставить запитання до неї.

Науковий експеримент виступає особливою частиною практичної діяльності вченого, спрямованої на перетворення явищ природи та суспільства, є своєрідною посередницькою ланкою. З одного боку, він об'єднує теоретичний апарат науки з об'єктивною реальністю, з іншого – безпосередньо пов'язує вченого з об'єктивними співвідношеннями суспільної практики, в якій експериментатор знаходить критерій істинності своїх уявлень.

Експеримент не обмежується пасивним спостереженням, реєстрацією або протоколюванням фактів. Основною його функцією є створення нових предметів як зв'язків, співвідношень або відношення досліджуваного об'єкта та його перетворення за певних контрольованих умов. Суттєвою характеристикою експерименту поряд із створенням спеціальних є їх варіація, зміна в процесі дослідження. Задача експерименту не зводиться до безпристрасного описування та протоколювання даних, але включає активне дослідження з допомогою змін та перетворень матеріальної дійсності.

Різниця між спостереженням та експериментом не означає їх повної відмінності. Безсумнівно, що експеримент містить спостереження як свою складову частину. Це дає підставу деяким дослідникам відрізнати просте спостереження від експериментального, при цьому вони з допомогою останнього замінують власне експеримент. З нашої точки зору, редукція експерименту до експериментального спостереження неправомірна. У спостереженні (просте воно чи експериментальне) немає місця активному впливу на предмет дослідження.

Активно створюючи, відображуючи та перетворюючи досліджувані явища, експериментатор може мати їх перед собою у процесі руху та розвитку і в результаті судити про них об'єктивніше з багатьох точок зору. При цьому в експерименті відображуються не стільки спостережувані, скільки неспостережувані якості об'єктів. Експеримент надає можливість ставити предмет у задані умови, піддавати його необхідним змінам та перетворюванням, прискорювати або сповільнювати хід подій. У ході експерименту одні й ті ж самі явища можуть бути відтворені багаторазово.

Безсумнівно, що здатність до відтворюваності є загальною ознакою експериментального методу. Однак ця ознака властива експерименту, виходячи з різної міри залежності від об'єкта дослідження; ось чому ця ознака не може включатися до структури експериментального методу як безумовна і тим самим представляти його суттєвий критерій. В експерименті як чуттєво-предметній діяльності проявляється посередність, "знарядцевість" людського пізнання.

У цьому зв'язку експеримент можна означити як різновид людської практики. Оскільки, як підкреслював В. І. Ленін, практика людини та людства являє собою перевірку, критерій об'єктивності пізнання, остільки дані, одержані експериментальним шляхом, є критеріями істини. Як форма предметно-практичної діяльності експериментальний метод виконує в науковому пізнанні одночасно дві функції: з одного боку, він є методом одержання нового знання, а з іншого – виступає як метод перевірки істинності цього знання. Експеримент має виключно важливе значення у пізнанні та перетворенні дійсності, він відіграє винятково важливу роль у розвитку сучасної науки.

У чому ж суть експерименту як методу наукового пізнання? Почнемо з найбільш типових визначень експерименту. Експеримент (від латинського *experimentum* – спроба, дослід) – чуттєво-предметна діяльність у науці, яка реалізується теоретично відрефлексованими засобами. У науковій мові термін "експеримент" включає цілий ряд пов'язаних між собою понять: дослід, цілеспрямоване спостереження, відтворення об'єкта пізнання, організація особливих умов його існування, перевірка передбачення та ін.

Можна дати ще таке визначення поняття "експеримент": це науково поставлений дослід. спостереження за досліджуваним явищем у точно визначених умовах, що дають змогу стежити за ходом явища й відтворювати його кожного разу при повторі цих умов. У цьому визначенні особливо підкреслюються такі функції, як створення певних умов з метою відтворення явищ, повторюваність цих умов, а тому ототожнюються поняття "експеримент" і "науково поставлений дослід".

Експеримент, згідно з визначенням радянського філософа П. В. Колпіна, містить у собі необхідні ознаки практичного оволодіння дійсністю з боку людини, оскільки з допомогою експерименту відбувається відтворення на практиці явищ, що цікавлять людину. Наприклад, фізик відтворює у лабораторії явище електричних розрядів – дещо подібне тим, що спостерігається під час грози. У своїй практиці людина може відтворювати явища дійсності заради різних цілей – для потреб виробництва й споживання. А от експеримент проводиться з метою пізнання явища, тому експеримент можна визначити як відтворення явищ на практиці з метою наукового їх пізнання. У цьому визначенні підкреслюється пізнавальна функція експериментального дослідження в єдності з практикою. Автор наголошує на тому, що це є відтворення явищ на практиці. Експеримент як метод дослідження починається тоді, коли шляхом зміни умов, наприклад характеру даного процесу створюються умови вивчення його у відносно "чистому вигляді". Перевага експерименту полягає в тому, що з його допомогою виділяються та вивчаються ті зв'язки та співвідношення об'єкта, які необхідні людині у чистому вигляді.

Можна відзначити, що в одних випадках експеримент обмежується лише процедурним боком, в інших – на перший план висувається чуттєво-предметна сторона пізнання. В третій випадках підкреслюється теоретична функція. Та в усіх випадках експеримент виступає як єдність практики й пізнання.

Експеримент дає можливість свідомо розчленувати об'єкт дослідження з метою вивчення його окремих сторін, особливостей; дозволяє у межах можливого змінювати умови існування предмета, дає можливість прискорювати перебіг певних процесів. І не обмежується параметрами часу та простору. Перевагою експерименту є його повторюваність, що відкриває можливість одержувати більш достовірні дані. Отже, в експерименті дослідник сам викликає досліджуване явище, замість того щоб чекати, коли воно проявиться; може варіювати, змінювати умови ситуації, яка створюється для вивчення явища; ізолюючи окремі фрагменти об'єкта, що вивчається, експеримент дозволяє встановлювати закономірні зв'язки, у яких перебуває даний об'єкт; може змінювати не лише самі умови в розумінні їх наявності або відсутності, а й кількісні їх зв'язки.

Завдання експерименту, таким чином, полягає у тому, щоб зробити доступним для об'єктивного зовнішнього спостереження суттєві особливості внутрішнього процесу.

Вкажемо тепер на основні пізнавальні функції експерименту. У ході експерименту дослідник розкриває стійкі, суттєві і загальні зв'язки, що недосяжні для наших органів чуття; експеримент сприяє проникненню вглиб таких явищ, які можуть спостерігатися, так і неспостережених явищ, тобто може встановити внутрішній зв'язок явищ.

Експерименти, з допомогою яких виявляються і з'ясовуються невідомі раніше властивості об'єкта, називаються дослідницькими. Так, наприклад, суто дослідницькими можна назвати експерименти з визначення порогу відчуттів, швидкості реакції, обсягу запам'ятовування, розрізнення кольорів тощо. У певному розумінні дослідницький експеримент – це те ж саме, що і якісний експеримент, бо спрямований на виявлення, знаходження невідомих раніше властивостей, закономірностей явищ.

Експеримент у науці є одним із джерел нагромадження нових фактів, що служать вихідним матеріалом для побудови теорії. Факт є об'єктивним, достовірним знанням

певних об'єктивних явищ, він виступає важливою засадою наукового знання. Наука опирається на факти, і її мета – пояснення цих фактів та передбачення нових. Факт являє собою своєрідне резюме емпіричних даних, одержаних в експерименті.

Експеримент дає також можливість перевірити і довести правильність тих чи інших суджень. Такий експеримент називається перевіряючим. Наприклад, численні елементарні частки атома були передбачені теоретичним шляхом, і лише пізніше їхнє існування підтверджене експериментально. Так були відкриті передбачені Д. І. Менделєєвим невідомі елементи на підставі періодичного закону; ці експерименти, проведені В. В. Давидовим та його співробітниками, що довели гіпотезу про залежність виду сформованого узагальнення від змісту матеріалу.

Але можливий варіант і такого перевіряючого експерименту, коли підтверджується емпірична гіпотеза, наприклад, гіпотеза про залежність обсягу запам'ятовування від складності матеріалу; залежність успішної діяльності від сили і мотиву. Такими є майже всі педагогічні експерименти по визначенню ефективності того чи іншого засобу педагогічного впливу.

Тут варто нагадати також про знамениті ефекти Ж. Піаже, що дали поштовх для значного розвитку теорії розумового розвитку.

З допомогою експерименту можна продемонструвати у навчальних цілях яскравіше явище. Такий експеримент називається ілюстративним, або демонстраційним. Науковий експеримент є основою, на якій створюється навчальний експеримент.

Методи наукового дослідження у будь-якій науці характеризуються функціональністю, тобто вони розраховані на вирішення певного завдання наукового дослідження, а саме: знаходження наукових фактичних даних; їх обробка; перевірка надійності одержаних результатів; перевірка гіпотез та ін.

Незважаючи на досить велику кількість робіт, присвячених висвітленню ролі та сутності наукового експерименту, багато питань, пов'язаних з ним, залишаються ще не вивченими, зокрема питання про структуру експерименту.

Експеримент – це складне явище, що виконує численні функції, і структура його досить різна, бо залежить від цілей, що ставить перед собою дослідник, та функцій, які виконує експеримент. У з'ясуванні складових елементів експерименту існують різні точки зору. Одні дослідники виділяють такі головні структурні одиниці: 1) експериментатор та його діяльність; 2) об'єкт або предмет експериментального дослідження (інструменти, приладдя, установки). Інші вважають основними такі елементи: 1) постановка експериментального питання; 2) задум та планування експерименту; 3) технічна реалізація у матеріальній діяльності; 4) інтерпретація результатів експерименту.

В основі задуму та планування експерименту лежить створення ідеалізованої чуттєво-предметної картини досліджуваної ситуації, тобто конструювання уявного експерименту, який опирається на теорію (якщо така існує). Якщо адекватної теорії немає, то експеримент будується на підставі мінімальної теоретичної бази, уявних закономірностей, теорії приладу (тобто уявлень про граничні можливості приладу). В такому випадку уявний експеримент здійснити до кінця неможливо, бо його не можна детально сконструювати на теоретичному рівні.

Як особливий вид експерименту можна виділити так званий екстраполяційний експеримент. Він є функцією, що санкціонує поширення результатів, одержаних на одному класі об'єктів, на інші. В основі задуму екстраполяційного експерименту лежить розвинена у логічному відношенні теорія.



### Побудова експерименту та етапи його реалізації

Вище були розглянуті уявлення про експеримент як метод наукового пізнання з точки зору найбільш загальних положень. Залишається зафіксувати два головних аспекти експерименту: він належить до сфери і дізнання, і практики. Відповідно до цього можна виділити критеріальну функцію та функцію одержання нового знання. Критеріальна функція, тобто перевірка істинності знань дослідним, експериментальним шляхом, можлива тому, що експеримент як науковий метод, з одного боку, – це відображення реальної повсякденної практики людей, закріпленої у вигляді системи відповідних норм та правил діяльності. З іншого боку, пізнавальна роль його також базується на системі регулятивних принципів, які визначають спосіб одержання та інтерпретації даних. Із таких визначень дуже важко вичленити специфіку експерименту на відміну від інших методів, наприклад, спостереження. Обидва ці методи є рівноправними в плані соціальної усталеності певних норм діяльності по одержанню фактів та правил їх пояснення. Кардинальною відмінністю експерименту від спостереження є те, що перший репрезентує активні методи пізнання, невід'ємною ознакою яких є зміни предмета пізнання (які досягаються різними способами), в той час як цінність спостереження прямо пропорційна ступеню невторчання у досліджувані явища. Як же можна в такому випадку дотримувати умови активності дії на досліджуваній об'єкт та його нормативності? Якщо у спостереженні вирішальним є правильний вибір одиниць спостереження та безстороння реєстрація даних, то експеримент виявляється діяльністю набагато складнішою, бо до цих умов додається також необхідність здійснення чітко регламентованих і дозованих дій з об'єктом. Саме в цьому криється складність, але й більша у порівнянні із спостереженням цінність експерименту як методу пізнання. Правильно спланований і проведений експеримент характеризується високою мірою інтерсуб'єктивності, тобто в ідеалі експеримент може бути проведений (повторений) безліч разів будь-яким дослідником, і результати при цьому будуть однаковими. В даному випадку під інтерсуб'єктивністю розуміють притаманну експерименту можливість відтворення однакових умов для проведення контрольної перевірки; однаковий дозований вплив на об'єкт, що вивчається, а також однаковість та об'єктивність вимірів усіх викликаних змін в об'єкті та умовах досліду. Можливість контролю всіх умов, включаючи стан самого об'єкта, дає можливість повторювати та відтворювати експеримент. Це особливо важливо у тому зв'язку, що результати спостереження завжди певною мірою унікальні, неповторні (оскільки важко сказати, що вплинуло саме на таку поведінку досліджуваних осіб), і в кожному окремому випадку дослідник має справу з багатьма невідомими факторами, причому незалежний вплив кожного з них не може бути визначений у принципі. В цьому аспекті експеримент являє собою протилежну дослідницьку установку, основний сенс якої полягає в тому, щоб строго фіксувати вплив однієї або декількох заданих програм дослідження умов.

Отже, експеримент є найбільш складним у процедурному відношенні методом, що відрізняється чіткою структурою і вимагає послідовного виконання строго визначених правил.

Основним обов'язковим компонентом експерименту є гіпотеза. За своєю природою гіпотеза являє собою певне припущення, яке може стати науковим фактом внаслідок експериментальної перевірки. Оскільки правил виведення закономірностей з окремих фактів не існує, то дослідник змушений формулювати та перевіряти одну або декілька гіпотез. Тому з допомогою гіпотези здійснюється зв'язок між теоретичними припущеннями, а також перевірка останніх з допомогою експерименту.

Гіпотеза – це висловлювання, в якому певні теоретичні припущення формулюються емпіричною мовою. Необхідність цього зумовлюється тим, що теоретичні знання не можуть безпосередньо перевірятися дослідними даними; експериментальній перевірці підлягає не саме теоретичне припущення, а його емпіричний наслідок. Тому гіпотеза, або наслідок з теоретичного припущення, мусить відповідати цілому ряду змістовних, смислових та формально-логічних вимог.

Таким чином, гіпотеза повинна бути сформульована як висловлювання про певні емпіричні факти або події і ґрунтуватися на теоретичних положеннях відповідної галузі знань таким чином, щоб враховувалися, по можливості, всі наявні дані з досліджуваного питання. Якщо гіпотеза сформульована на основі теоретичного аналізу стану певної проблеми, вона мусить вміщувати певне нове знання, яке й підлягає експериментальній перевірці. Отже, гіпотеза має бути сформульована таким чином, щоб припущення допускали експериментальну перевірку. Звичайно гіпотеза будується у формі імплікативного висловлювання, тобто висловлювання типу "якщо – то". Причому формулювання гіпотези завжди передбачає формулювання контргіпотези, тобто протилежне твердження, і проведення експерименту вимагає дотримання умови перевірки (верифікації або фальсифікації) обох гіпотез. Залежно від вихідного задуму експерименту гіпотези можуть бути: причинно-наслідкові (припущення того, що певне явище є причиною появи іншого; статистичними (припущення того, що явища перебувають у певних кількісних взаємозв'язках); віртуальними (припущення про саму можливість існування явища).

Гіпотеза може висуватися різними шляхами: на основі "чисто" літературного аналізу проблеми, формулюватися на основі побудови теоретичної моделі явища, що вивчається; може бути запозичена з інших досліджень.

Експериментальна гіпотеза містить у собі: незалежну змінну (твердження про неї); залежну змінну і додаткову змінну. Гіпотезою є припущення про зв'язок між незалежною та залежною змінними при різних параметрах додаткової змінної. Оскільки при плануванні експерименту дослідник не може бути абсолютно впевненим у наявності зв'язку між вибраними змінними, то висувається так звана нуль-гіпотеза, або конкурентна гіпотеза. Якщо змістом прямої гіпотези є твердження про наявність зв'язку між певними явищами, то зміст нуль-гіпотези полягає у запереченні зв'язку між цими ж явищами (змінними).

Отже, правильно спланований експеримент містить у собі принаймні три гіпотези: пряму, контргіпотезу і нуль-гіпотезу. Продемонструємо схематично відношення між названими гіпотезами. Пряма гіпотеза: "А є причиною В"; нуль-гіпотеза (конкурентна гіпотеза): "А не є причиною В"; контргіпотеза: "С є причиною В". Таким чином, пряма гіпотеза може бути прийнята лише за умови фальсифікації (непідтвердження) нуль-гіпотези та контргіпотези. Якщо одну або обидві з цих гіпотез відкинути не можна, то експеримент має бути побудований за іншим планом (з іншими змінними або в інших умовах тощо), а пряма гіпотеза переформульована. Про наявність не випадкового зв'язку між змінними можна говорити лише тоді, коли не підтверджуються нуль-гіпотеза та контргіпотеза.

Але підтвердження прямої гіпотези або її спростування – ще не достатня умова, щоб відкинути вихідне припущення або прийняти його як остаточно доведене. Слід враховувати, що в експерименті діє велика кількість факторів, що підлягають контролю; погано спланована або виконана процедура експерименту може спростувати або не підтвердити навіть істинну гіпотезу. Тому великого значення набуває не лише перевірка гіпотези, а й ретельне планування всієї процедури експерименту. Сама можливість доведення гіпотетичного твердження залежить від цілого ряду факторів, серед яких найголовнішим є характер гіпотези, що підлягає перевірці, і специфіка способу її

перевірки. Характер гіпотези тут означає, що в ній повинно відобразитися якесь нове знання, пошук якого може здійснюватися на різному рівні абстракції. В цьому контексті існують гіпотези, які на даному рівні розвитку не можуть бути перевірені в принципі, інші гіпотези принципово перевірити можна, але для цього нема матеріальних та інших зовнішніх умов (наприклад, припущення про позитивний або негативний вплив комп'ютерного навчання в масовій школі не можна сьогодні перевірити через відсутність матеріальних умов).

Специфіка способу перевірки гіпотези – також надзвичайно важливий момент у реалізації експерименту. Правильна в принципі гіпотеза може перевірятися неправильними засобами, тому великого значення набувають такі, на перший погляд, формальні моменти, як логічно правильне формулювання і методично конкретне її підтвердження. Так, при формулюванні гіпотези слід дотримуватися правила обсягу: гіпотеза не повинна формулюватися занадто широко або бути завузькою. Зокрема, якщо ми вказуємо на характер передбачуваних змін, то слід обов'язково зазначувати умови, в яких ці зміни можливі. (Наприклад, якщо ми вивчаємо вплив певного педагогічного прийому на мислення, то слід чітко зазначити, які саме особливості, у якому напрямі і в якій мірі зміняться, коли застосувати цей прийом).

Важливим є також вибір змінних. Змінними в експерименті можуть бути, в принципі, будь-які фізичні, соціальні, психічні та інші явища, зміни яких можуть бути зафіксовані тим чи іншим способом. Як уже зазначалося, в експерименті обов'язково присутні два класи змінних: незалежні та залежні.

Незалежною змінною називають таку умову (умови), яку експериментатор може довільно змінювати на потрібну йому величину і фіксувати цю зміну. Наприклад, силу звука, спосіб конструювання змісту навчального матеріалу, характер дій підставної групи у соціальному експерименті тощо.

Залежною змінною називається зміна у поведінці або інших психологічних проявах, що відбуваються з індивідом або групою внаслідок дії незалежних змінних. Наприклад, швидкість реагування у відповідь на зміну сили звука або формування структурних елементів навчальної діяльності, зміни в поведінці внаслідок групового тиску тощо.

Важливість ретельного вибору незалежної та залежної змінних зумовлюється тим, що вони повинні бути строго операціоналізованими, тобто піддаватися точному, об'єктивному, однозначному вимірюванню та інтерпретації. Без цього підтвердження гіпотези стає неможливим, оскільки некоректний вибір змінних не дає змоги здійснити адекватний перехід між теоретичним та емпіричним рівнями знання, що, власне, і є основним завданням експерименту. Крім того, строгий вибір змінних постає однією з найважливіших умов інтерсуб'єктивності експерименту, бо саме їх контроль і відтворюваність дають можливість повторити дослідження іншими людьми.

Крім цих, основних змінних, у дослідженні часто виникає потреба врахування так званих побічних змінних – факторів, що спричиняють систематичне зміщення результатів або просто зменшують надійність результатів. Надійність – це стабільність у часі, тобто одержання однакових даних за однакових умов, повторюваність даних. Якщо незалежної та залежної змінних в експерименті може бути тільки по одній, то побічних змінних зазвичай буває багато: наприклад, фактор часу, фактор завдання, індивідуальні особливості тощо. Контролювання побічних змінних породжує великі труднощі при проведенні експерименту. Як правило, в експерименті є також додаткова змінна. Це конкретизація експериментальної гіпотези; як така, вона репрезентує частину гіпотези і спрямована на перевірку не всієї гіпотези, а лише її частини. Серед кількох додаткових змінних одна є ключовою, тобто змінною, що видається найважливішою для перевірки гіпотези.

Як уже згадувалося, незалежна змінна може бути одна. Така змінна називається унітарною; як правило, вона використовується у лабораторному експерименті. Якщо ж до контролю дії одиначної змінної прилучається ще одна змінна, вона називається вторинною, і т. д. Якщо треба встановити точний кількісний вираз результату впливу незалежної змінної на залежну, такий експеримент називається факторним, а друга додаткова змінна у факторному експерименті, яка виконує роль незалежної, називається контрольною.

Змінні можуть бути також якісними (коли стани змінної розрізняються за якістю і не можуть бути виражені у кількісних показниках), і кількісними, стани яких можна точно виміряти.

Таким чином, змістовне планування експерименту має важливе значення. Планування відіграє велику роль і в інших методах психологічного дослідження, але оскільки зв'язок експерименту з вихідною теорією тісніший, ніж, приміром, при спостереженні, то відповідно підвищується роль планування. У певному розумінні планування – це конструювання дослідження, адже потрібно не лише визначити послідовність етапів роботи і способи фіксації даних, а й сформулювати адекватну теоретичним уявленням гіпотезу, а також обґрунтувати адекватні гіпотезі методи її перевірки (куди входить вибір змінних, вибір способу їх реєстрації тощо), тобто планування – це розробка конкретної логіки проведення дослідження, обґрунтування переходу теоретичних уявлень на рівень операційних параметрів.

Наступний за змістовним плануванням – етап так званого формального планування. Часто під формальним плануванням розуміють побудову математичної моделі експерименту, але формальне планування – більш широка за змістом процедура, що включає обґрунтування необхідної кількості експериментальних впливів (кількість "подразнень"), порядок їх проведення, послідовність пред'явлення стимульного матеріалу, вибір та пояснення критеріїв вибору контрольної групи і вимірювання вибірок. Результатом формального планування є детальний план послідовності усіх "кроків" діяльності експериментатора.

Таким чином, якщо узагальнити все, що було сказано про структуру експериментального дослідження, можна зробити висновок, що воно складається принаймні з таких етапів: постановка мети дослідження, куди входить визначення гіпотези, тобто формулювання вихідного припущення мовою незалежних та залежних змінних. Формулювання гіпотези повинне відповідати завданню дослідження, а вибір засобів експериментального впливу – бути адекватним гіпотезі. Необхідним етапом є також змістовне та формальне планування експерименту, тобто перехід від гіпотези до побудови певної схеми організації дослідження. Наступний етап – це власне експеримент, тобто збирання емпіричних даних, складовою частиною якого є вирішення питання про способи усунення або контролю факторів, що створюють ідеальну схему експерименту і тим самим ускладнюють перевірку гіпотези. Після того як емпіричні дані зібрані, дослідник постає перед необхідністю провести якісний та кількісний аналіз одержаних результатів. Кількісна обробка даних здійснюється з допомогою різноманітних математичних статистичних методів. З огляду на це, експеримент – метод реалізації певної логіки доведення гіпотез, який включає теоретичне обґрунтування правильності припущень, вибір адекватних дослідницьких процедур; правильне здійснення плану, ретельне збирання емпіричних даних, що повинне підкріплюватись коректно визначеними статистичними процедурами; констатацію висновків.

Необхідним компонентом висновку є поширення результатів експерименту на ширший клас явищ (осіб), ніж ті, що безпосередньо вивчались у даному конкретному

експерименті (коли, наприклад, дослідження проводиться у двох дев'ятих класах, а висновки поширюються на всіх дев'ятикласників).

Важливим моментом є також можливість узагальнення одержаних результатів і формулювання певної закономірності або закону. Власне кажучи, ретельне і детальне планування експерименту покликане елімінувати побічні фактори, що притупляють вияв зв'язку досліджуваних явищ, представити відношення між ними у найбільш чистому вигляді.

Особливим етапом проведення експерименту є оформлення звіту, хоч на перший погляд здається, що це річ несуттєва. Проте від правильності та чіткості викладу плану, самого перебігу експерименту, способів доведення, форм репрезентації одержаних залежностей створюється можливість повторення експерименту.

З огляду на це, важливого значення набуває також і протокол дослідження. До нього має входити не лише опис інструкції та перебігу експерименту, але й фіксація по можливості усіх внутрішніх та зовнішніх умов експерименту, навіть тих, що видаються у даний момент несуттєвими (наприклад, освітленість, шум та інші фізичні характеристики обставин, опис апаратури, стану та поведінки осіб, що беруть участь у дослідженні, – наскільки можна визначити такі параметри). Це має значення, оскільки згодом може виявитися, що саме незначні, побічні характеристики справляють реальний вплив на перебіг експерименту.

Взагалі, проблема планування експерименту є однією з найскладніших у діяльності психолога та педагога, і навчання плануванню повинно входити як складова частина у викладання експериментальної психології. Так, якщо завданням дослідження є порівняння якихось явищ, наприклад, вивчення порівняльної ефективності різних педагогічних прийомів, то саме завдання підказує, що треба вибрати принаймні дві групи піддослідних: у одній групі даний прийом буде здійснюватися, а інша залишається "вільною" від будь-яких впливів з боку експериментатора (відповідно експериментальна та контрольна групи). В ідеальному випадку максимально достовірний результат можна було б одержати, якби даний прийом в одній і тій же групі і здійснювався, і не здійснювався – це так званий ідеальний експеримент (схожий на ідеальний газ у фізиці). Як не буває у реальності ідеального газу, так і ідеальний експеримент практично нездійснений.

Проте поняття ідеального експерименту відіграє важливу роль у плануванні дослідження, оскільки завданням реального експерименту є максимальне наближення до ідеального, "чистого". Для цього потрібно визначити, що саме стає на заваді, і відповідно вибрати такі процедури, які могли б усунути обставини, що віддаляють реальний експеримент від ідеального. Так, у нашому прикладі особливу роль відіграє підбір однакових експериментальної та контрольної груп, бо індивідуальні особливості учнів та вчителів відчутно впливають на результативність педагогічних прийомів.

Тому постає завдання вирівняти вибірки хоч приблизно: за віком, рівнем підготовленості, психологічним кліматом тощо. Складність тут полягає у тому, що індивідуальних відмінностей може бути як завгодно багато, а вирівняти вибірки (в даному випадку класи) за всіма параметрами практично неможливо. Виходом може бути значне збільшення кількості осіб, що беруть участь у експерименті, внаслідок чого ефект індивідуальних відмінностей значно згладжується – в результаті утворюється своєрідна алгебраїчна сума особливостей. Але збільшення кількості утруднює обробку даних, тому завжди важливо обґрунтувати подібні компроміси належним чином. Значення має також час проведення експерименту – важливо, щоб у групах, діяльність яких порівнюється, він проводився одночасно або через невеликий проміжок часу.

Якщо в структуру експерименту входить багаторазовий вплив на засвоєння матеріалу, то перед дослідником постає завдання визначення послідовності його пред'явлення.

Наприклад, у психолого-педагогічних дослідженнях велике значення має як послідовність, так і те, при вивченні якого матеріалу проводиться експеримент. Адже завжди важко передбачити, як вплине експеримент на засвоєння матеріалу, або навпаки, як вивчений матеріал змінить результат експерименту. Це ще раз свідчить про важливість правильного виділення незалежної змінної. Ідеальний експеримент, якщо це не передбачено спеціальною метою дослідження, повинен включати одну незалежну змінну для того, щоб мати можливість простежити "поведінку" залежної саме як результат діяльності незалежної.

На перший погляд здається, що поняття ідеального і безкінечного експериментів безпідставні, оскільки провести їх неможливо. Однак теоретичний етап підготовки до експерименту, його правильне планування неможливі без звернення до поняття ідеального експерименту, бо обдумування плану ідеального експерименту допомагає визначити, які саме умови утруднюють або унеможливають доведення гіпотези в реальному експерименті, а раз відомо, що заважає, то можна спробувати усунути або хоча б контролювати несприятливі умови в ході експерименту.

Оскільки істинною метою будь-якого експерименту є поширення його висновків на більш широку сукупність об'єктів, ніж ті, з якими проводився експеримент, не останню роль відіграє дотримання умов, за яких поширення висновків буде коректним. Достовірність висновків, а значить, правомірність узагальнень залежить принаймні від двох умов. Перша умова полягає в тому, щоб виявлене відношення незалежної та залежної змінних було вільним від впливу інших змінних. Друга умова – щоб постійний рівень додаткової змінної, що використовується в експерименті, відповідав її рівню у більш широкій області практики – іншими словами, для того, щоб результати експерименту можна було узагальнити, він повинен бути репрезентативним.

У загальному плані репрезентативність означає міру наближення реального експерименту до ідеального. Репрезентативність досягається шляхом порівняння плану або схеми реального експерименту з одним із видів ідеального за певними параметрами. Репрезентативність означає також міру відповідності властивостей піддослідних і тих, на кого поширюються висновки експерименту. Репрезентативна вибірка означає, що характеристики людей, які беруть участь у експерименті, наприклад, підлітків, збігаються або відповідають характеристикам усіх підлітків. На жаль, у більшості психолого-педагогічних експериментів дослідники нехтують цією умовою, в результаті чого робляться неправомірні висновки щодо можливостей учнів. Для досягнення високої репрезентативності треба, як правило, вирівняти вибірки за віком, статтю, академічною успішністю, рівнем знань. Вирівняти вибірки за цими параметрами відносно легко; значно важче вирівняти їх за психологічними характеристиками.

Однією з важливих характеристик плану експерименту є його валідність – ще один вимір наближення до ідеального експерименту. Валідністю називають міру достовірності висновків, яку забезпечують реальні експерименти відносно ідеального (як і репрезентативність). Але валідність передбачає передусім змістовну, а не кількісно-формальну відповідність ідеальному експерименту. Валідність поєднує мету експерименту з реальними можливостями та умовами їх досягнення. Основним змістовним моментом валідності виступає формулювання гіпотези, тобто перехід теоретичного припущення на рівень змінних, які можна зафіксувати емпірично, тобто правильна, адекватна операціоналізація припущення. (Як бачимо, у багатьох "пунктах" побудови експерименту виявляється, що саме гіпотеза є однією з найголовніших складових частин експерименту. Тому формулювання гіпотези, яка була б правильною і за змістом, і за формально-логічними ознаками, залишається найменш алгоритмізованим, але найважливішим етапом дослідження.)

Валідності стосується також і вибір відповідних засобів для доведення гіпотези. Наприклад, якщо при порівнянні ефективності певних педагогічних прийомів залеж-

ною змінною буде вибрана успішність учнів, то такий експеримент не можна вважати валідним. Успішність неадекватно відображає якісні зміни знань (якість їх засвоєння); оскільки успішність – це сукупний показник, на якому позначаються не лише педагогічні прийоми, але й усі інші чинники навчального процесу (наприклад, інтерес саме до цього вчителя, цікавість даної навчальної теми, поява нових учнів у класі тощо). Для того щоб оцінити дійсну корисність пропонованого педагогічного прийому, треба вибрати інші, дрібніші змістовніші показники (зміна кількості запитань з даної теми, зростання процентного відношення проблемних запитань, рефлексивність підходу учнів до аналізу матеріалу, швидкість "охоплення" основної ідеї теми і т. д.).

Відповідно до наближення реального експерименту до ідеального можна розрізнити три види валідності. Внутрішня (коструктивна) валідність – це відповідність гіпотези та теоретичних конструктів, що лежать у її основі, можливостям дослідної перевірки, включаючи рівень узагальненості гіпотези, відповідність гіпотез одна одній та ін. Наприклад, рівень проблемності завдання або цілісної ситуації неможливо оцінювати лише за кількістю помилок та часом вирішення, бо помилки та час – це універсальні показники, що застосовуються у найрізноманітніших експериментальних схемах.

З нею тісно пов'язана зовнішня та операціональна валідність: зовнішня валідність відображає міру адекватності застосовуваних для перевірки гіпотез засобів, включаючи репрезентативність, надійність тощо; операціональна валідність – це відповідність гіпотезі змінних та способів їх виміру, куди включаються апаратура, способи математичної обробки даних, відповідність інструкції та ін.

У реальних експериментальних ситуаціях діє цілий ряд факторів, що знижують валідність, і їх усунення або контролювання, таким чином, є одним із способів підвищення валідності. Так, "найпростіший" фактор, що заважає або спотворює перебіг експерименту, – це зміни у часі. Пору року, дня так чи інакше відображається на результатах, але оскільки виявити їх вплив важко, то треба прагнути проводити дослідження в один і той же період. Крім того, існує нестабільність в часі, тобто проведення експерименту навіть з однією і тією ж особою і в один і той же час обов'язково дає неоднакові результати. У цьому випадку найкращим контролем було б збільшення кількості експериментальних проб; але в такому випадку дослідження може набути вигляду тренування (натренованості), може спостерігатися втомлювання, перенасичення діяльністю тощо. Ще більш нестабільними через їх численність є побічні фактори (побічні змінні) дослідження.

Таким чином, існує кілька джерел нестабільності експериментальних результатів, навіть якщо прийняти, що незалежна змінна у часі не змінюється (що в реальності також буває рідко). Але, певна річ, основними джерелами нестабільності виступають індивідуальні коливання залежної змінної та змінність супутніх умов.

Ще однією причиною нестабільності є так звані ефекти послідовності (або ефекти порядку). Їхня дія полягає в тому, що поведінка (або результати експериментальної діяльності піддослідного), тобто зміна залежної змінної, залежить не від рівня зміни незалежної змінної, як це передбачається планом, а від порядку пред'явлення стимулів. Іншими словами, зміна залежної змінної може спричинятися самим лише порядком стимульного матеріалу (наприклад, якщо певний педагогічний прийом спрямований на підвищення продуктивності запам'ятовування, а дослідження проводиться таким чином, що до педагогічного впливу пред'являється складний матеріал, а безпосередньо після прийому – простіший, то більша ефективність запам'ятовування у цьому випадку буде лише і тільки наслідком тренування на попередньому, важкому етапі експерименту). Залежно від мети експерименту застосовується випадковий розподіл пред'явлень (по так званому закону великих чисел), або впорядковані послідовності по типу АВАВ або АВВА, щоб якнайбільше зняти або вирівняти вплив попереднього стимулу.

Стан самого експериментатора також є одним із джерел нестабільності. Хоча експеримент меншою мірою, ніж, наприклад, спостереження або інтерв'ю, залежить від експериментатора, тобто є більш об'єктивним, спеціальні дослідження свідчать, що два експериментатори, проводячи абсолютно ідентичні роботи, можуть одержати різні результати. Відіграє певну роль також установка експериментатора щодо гіпотези та інших моментів проведення дослідження. Прагнучи довести гіпотезу, експериментатор мимоволі, несвідомо робить якісь мікрмарки на свою користь.

### Види експерименту

За процедурою проведення експерименти можна поділити на дві великі групи: лабораторний та природний. Лабораторний експеримент залежно від мети та гіпотез дослідження може бути якісним, факторним, функціональним, статистичним, а також однорівневим або багаторівневим.

Лабораторний експеримент є найбільш штучним (він найсильніше відрізняється від спостереження). Лабораторний експеримент – це особливий тип експериментального методу, в якому відбувається максимальне виключення різноманітних факторів зовнішнього порядку. Лабораторний експеримент набув широкого розповсюдження у психологічних дослідженнях; дещо менше значення він має у роботах психолого-педагогічного спрямування.

Серед переваг лабораторного експерименту найважливішими є: 1) усунення або зменшення до мінімуму випадкових факторів впливу на результат; 2) найбільш чисте виділення, ізоляція експериментального фактора (тобто того, який саме вивчається); 3) можливість контролювання всіх факторів експериментальної ситуації; 4) спрямоване керування особами, які беруть участь у експерименті. Завдяки цим перевагам лабораторний експеримент дає можливість більш глибоко і диференційовано проникнути у природу зв'язку тих чи інших явищ.

Залежно від принципу одержання нового знання усі експерименти можна розділити на зовнішні та внутрішні або безпосередні та опосередковані. Внутрішнім експериментом можна назвати такий, у якому досліджуване явище реєструється безпосередньо. Прикладом внутрішніх психологічних експериментів може бути довільне виділення із складного психологічного акту його складових. Проте через малу можливість впливу і контролювання психічних явищ внутрішній експеримент не набув великого поширення, бо по суті він є різновидом експериментального самоспостереження, можливості і межі застосування якого загальновідомі.

Тому справжнім експериментом можна назвати лише зовнішній експеримент, тобто такий, де психічні явища викликаються (актуалізуються, стають чіткіше визначеними) опосередковано, шляхом впливу (наприклад, на органи чуття – найпростіший випадок), або будь-яким іншим способом стимулювання. Психічне явище виявляється викликанним примусово і фіксується не безпосередньо, а за допомогою обраних дослідником пристроїв, з використанням певних одиниць та еталонів.

Усі використовувані психологами види експериментальних методів можна поділити на загальні – такі, що застосовуються в усіх або в багатьох психологічних дисциплінах, і спеціальні, характерні лише для однієї. За характером завдання та виду одержуваних залежностей психологічні досліді можна поділити, як уже зазначалося, на якісні, функціональні, факторні, статистичні.

Своїм завданням якісні експерименти мають одержання даних, що свідчать про наявність того чи іншого явища як таких, що можуть бути характеристикою одного явища або однієї особи (наприклад, обсяг запам'ятовування). Другий вид експериментів – це



сукупність таких дослідів, у ході яких з'ясовується факт залежності явища від експериментального фактора (наприклад, залежність запам'ятовування від обсягу та характеру матеріалу). Метою функціональних експериментів є з'ясування функціональних зв'язків між двома та більше явищами; встановлення виду, характеру, величини однієї зміни явища залежно від певної величини зміни іншої (залежність між кількістю необхідних повторень для запам'ятовування, певного обсягу матеріалу або певної складності та ін.). Статистичні експерименти мають на меті встановлення кількісних залежностей між явищами, але не виходять на рівень висновків про причини такого зв'язку (обсяг запам'ятовування та швидкість читання тексту).

Загальна схема проведення експерименту складається з таких основних моментів. У випадку факторного експерименту дослідник вводить у дослід нову умову (незалежну змінну) або виключає її, фіксуючи появу та зникнення досліджуваного явища (залежної змінної), а при функціональному експерименті процедура полягає у зміні незалежної змінної на певну величину та реєстрації величини зміни залежної змінної. Таким чином, у першому випадку увага експериментатора спрямована передусім на встановлення наявності або відсутності психічного явища (точніше, зв'язку появи певного явища при впливі незалежної змінної), а у другому – на величину зміни явища (тобто сам факт зв'язку або причини постулюється).

Експерименти бувають також індивідуальні та групові. Якщо термін "індивідуальний експеримент" непорозуміння не викликає, то термін "груповий" слід роз'яснити детальніше, бо він має кілька значень. Наприклад, груповим експеримент може бути лише за формою, тобто експеримент, що за міркуваннями економії часу та приладдя проводиться відразу з багатьма учасниками, але метою має встановлення закономірностей, що стосуються кожного окремо (наприклад, обсяг запам'ятовування; матеріал може пред'являтися усій групі піддослідних, але дані фіксуються щодо кожного).

Другий вид групового експерименту – це власне груповий експеримент, бо він не лише проводиться з усією групою, а й висновки його стосуються саме групи як цілого (більшість соціально-психологічних експериментів, психологічного клімату в групі, вивчення ціннісно-орієнтаційної єдності та ін.). Часто при виборі між індивідуальною та групою формами проведення експерименту дослідники схиляються до групового (йдеться про перший вид групового експерименту). Це пояснюється не лише питаннями економії часу, одноманітності умов, але й тим, що такі дані більш постійні (стабільні у часі); менш розкидані, ніж при кількох індивідуальних.

Звичайно, груповий експеримент проводиться методом паралельних груп (вище-згадані контрольна та експериментальна групи). Метод паралельних груп є досить поширеним і суть його полягає у спостереженні двох груп осіб, що однакові за складом та іншими особливостями, але перебувають у різних умовах: одна (експериментальна) підлягає впливу, а друга (контрольна) – ні. Як уже згадувалося, важливим є добір груп, який також може здійснюватися різними шляхами: це може бути спеціальне формування вибірки з попарним підбором осіб; добір групи в цілому, на рівні середньоарифметичних показників. Застосовується також метод обертання груп, причому досить ефективною ця процедура може бути, якщо структурою експерименту передбачений не одноразовий вплив, а кількаразовий; у такому випадку в різних серіях експериментальна та контрольна групи міняються місцями, що знижує значимість індивідуальних особливостей піддослідних і таким чином дещо вирівнює групи.

Проте лабораторним експериментам притаманний цілий ряд недоліків, що є дуже суттєвими, особливо в умовах педагогічних досліджень. До цих недоліків слід віднести:

1) небезпеку занадто штучної і абстрактної експериментальної ситуації, що викликана усуванням та ізоляцією факторів зовнішнього впливу; 2) можливість невинновданого домінуючого впливу експериментального фактора, тобто в реальних умовах сила впливу експериментального фактора може бути набагато меншою завдяки дії інших умов; 3) безпосередню присутність експериментатора, орієнтація піддослідних на його авторитет, їхнє прагнення виконати завдання якомога краще; виправлення та підказування експериментатора (у тому числі й мимовільні); 4) вплив на результати дослідження досліджуваних осіб.

Результати проведення численних лабораторних експериментів свідчать про те, що їх учасники поводитися зовсім інакше, ніж у схожій природній ситуації. Це звукує сферу застосування лабораторного експерименту у віковій та педагогічній психології.

У зв'язку з тим, що експеримент, як і спостереження, має свої специфічні обмеження, значним кроком уперед як в суто теоретичному, так і в практичному плані було застосування так званого природного експерименту, вперше запропонованого у 1920 р. російським психологом О. Ф. Лазурським.

Сутність цього методу полягає у тому, що експеримент проводиться не в лабораторних, а у природних умовах. Оскільки природний експеримент проводився і був запропонований для використання у педагогіці, то такими природними умовами є реальна поведінка учнів на уроках, під час ігор, вдома тощо. Цей метод репрезентує проміжну форму між експериментом та спостереженням і поєднує переваги обох методів.

Природний експеримент для психолого-педагогічних досліджень дуже цінний, бо дозволяє вивчати дитину безпосередньо у процесі її навчання і виховання. Експериментальному вплив піддаються умови діяльності дитини, або ж така діяльність викликається примусово (штучно), але сам перебіг діяльності здійснюється в природних і, що особливо важливо, реальних умовах життєдіяльності. Попередньо проводиться аналіз, наприклад, значимості різних шкільних предметів та їхнього впливу на розвиток певних психічних процесів, які вже після цього експериментально вивчаються під час уроку. Техніка проведення експерименту передбачає також розробку спеціальної уніфікованої системи фіксації даних за ступенем їх вираженості (сильно, слабо, дуже багато, середньо, мало). Предметом вивчення у природному експерименті можуть бути різноманітні проблеми, що стосуються шкільного навчання.

Головною перевагою природного експерименту є те, що він поєднує позитивні якості експерименту та спостереження. Основні з них – можливість повторити експеримент, варіюючи різні умови його перебігу, перевірити результати, а також проводити вивчення діяльності у природних умовах за більш об'єктивної, безсторонньої реєстрації фактів. Тим самим знімаються недоліки штучності експерименту, тобто залежність дослідника від того, чи трапиться йому нагода помітити явище, яке його цікавить.

Це особливо важливо для психолого-педагогічних досліджень, оскільки вивчати дитину в лабораторних умовах досить складно. До труднощів, що виникають при проведенні природного експерименту, слід віднести складність виділення в чистому вигляді явища, що підлягає вивченню; неможливість систематичного виключання побічних випадкових факторів; важко також підібрати контрастні природні умови.

За характером та цілями розрізняються два види природного експерименту: констатуючий та формуючий. Констатуючий експеримент ставить своєю метою встановити якийсь психічний факт (наприклад, індивідуальні особливості перебігу певного психічного процесу, або якусь особисту рису дитини тощо), тобто він має переважно діагностичний характер, що зближує його з психодіагностичними методами. Відмінність екс-

перименту від діагностичних методів полягає в основному в тому, що діагностичні методи (наприклад, тести) даються вже готовими, стандартизованими і дослідник може їх лише адаптувати відповідно до задуму дослідження, а зміст експерименту створюється, конструюється з метою дослідження і може бути принципово новим, ще не закріпленим у методах діагностики. Проте констатуючий експеримент не набув статусу повноцінного самостійного методу дослідження психічного розвитку, бо не дає змоги охопити психіку в розвитку, а лише констатує наявність певних психічних новоутворень, нічого не вказуючи на сам процес новоутворення.

Найбільш адекватним методом вивчення психічного розвитку є формуючий експеримент, що своєю метою має зміну, переформування наявного рівня функціонування психіки дитини у наміченому напрямі. Якщо формування досліджуваного явища відбувається у ході навчання, то такий експеримент називається навчаючим; якщо ж в його основі лежать виховні цілі і дослідник формує особистісні якості учня, то мова йтиме про виховний (виховуючий) експеримент.

Окремими моментами формуючого експерименту (як його складові частини) можуть виступати констатуючий експеримент і всілякі психодіагностичні методи (тести, анкети, вивідники та ін.), оскільки для того, щоб дослідити певну властивість у динаміці, необхідно виміряти її в різні моменти часу (зокрема, до і після формування). Це відображається у схемі природного експерименту. Першим етапом дослідження за цією схемою є вимірювання психічних властивостей особистості, піддослідного за трьома рівнями (нижчий, середній, вищий); потім відбувається педагогічний вплив з метою підвищення рівня розвитку певних якостей; після цього проводиться повторне вимірювання сформованих якостей; на основі результатів першого та другого вимірювань формулюються висновки про ефективність здійснення впливів як педагогічних прийомів, що призводять до позитивних результатів.

У такому традиційному вигляді формуючий експеримент використовується багатьма радянськими психологами для вивчення психічних процесів (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення та ін.). Як результат численних досліджень були встановлені психологічні закономірності функціонування і розвитку цих процесів. Проте ці дослідження носили аналітичний характер, тобто були орієнтовані на вивчення окремих психічних процесів.

### Генетико-моделюючий метод

Мета: вивчення цілісної особистості, що саморозвивається.



### 1.3. Розвиток психіки і свідомості

#### Виникнення психіки

Виникнення і розвиток психіки – одне з найскладніших питань. Наукове обґрунтування це питання дістало на основі досягнень біології та історії. На певному етапі розвитку природи завдяки взаємодії механічних, термічних, хімічних, акустичних, світлових властивостей матерії з неорганічної матерії виникла органічна матерія – білок.

В органічному світі процес відображення набув нових властивостей. Якщо для неорганічної матерії процес відображення має пасивний характер, то для живої матерії він активний. Його відмінна риса – спроможність предмета, що відображається, реагувати на те, що його відображає.

Першими проявами такого біологічного відображення є процеси обміну речовин – асиміляція та дисиміляція – що відбуваються в живій матерії в потрібну умовою життя. Складні білкові молекули, які називають коацерватами, спроможні реагувати на впливи, пов'язані з обміном речовин.

Досягнення сучасної біології і біохімії свідчать, що коацервати реагують на подразники, які полегшують або утруднюють засвоєння речовин, і на ті умови, за яких вони відбуваються. Індиферентні ж впливи не викликають реакції. Ця властивість коацерватів називається подразливістю.

Позрадливість живої матерії є головною властивістю, що виявляється в еволюційній межі, коли відбувається перехід від неорганічної матерії до органічної. Позрадливість характерна вже для рослинної стадії розвитку життя.

На стадії зародження життя живі істоти починають реагувати не лише на біотичні впливи, які є частиною процесу обміну речовин, а й на нейтральні, небіотичні впливи, якщо вони сигналізують про появу життєво важливих (біотичних) впливів.

Здатність реагувати на нейтральні подразнення, які сигналізують про появу життєво важливих впливів, називають чутливістю.

Поява чутливості є ознакою виникнення психіки.

#### Розвиток механізмів психіки

Матеріальним субстратом психіки є нервова система та її периферійні органи – рецептори. Ці механізми психіки є результатом тривалого процесу взаємодії живих організмів з їх середовищем.

Поведінка – це своєрідна активність, прояв життєдіяльності живих істот, спосіб, в який вони пристосовуються до свого оточення й задовольняють свої біологічні потреби. Поведінку тварин вивчають фізіологія і психологія. Фізіологія розкриває її фізіологічні та біохімічні, а психологія – психологічні механізми та закономірності.

Психічні реакції пов'язані з появою в живих організмів чутливості, тобто реакції на нейтральні, індиферентні для організму подразнення. Такі реакції спостерігаються ще у деяких видів найпростіших в умовах експерименту.

Експерименти показують, що в інфузорії (парамеції) можна викликати реакцію на індиферентні подразники (світло), поєднуючи їх з важливими для життя подразниками – температурою.

Отже, вже у найпростіших є своєрідні механізми пристосування до середовища існування як засіб забезпечення життя. Ці механізми в процесі еволюції і поступово під впливом утруднених умов життя перетворилися у багатоклітинних організмів на нервову систему та рецептори.

Морфологічні та фізіологічні явища, форма та функція в цьому перетворенні перебувають в єдності, зумовлюючи одні одних.

Механізми регуляції поведінки живих істот і функції, обсяг яких усталився під час діяльності, успадковуються наступними поколіннями, гарантуючи їм пристосування до умов існування.

Розрізняють такі головні форми розвитку нервової системи як механізми поведінки та психічної діяльності:

- 1) дифузна нервова система;
- 2) ганглієва (вузлова і ланцюгова) нервова система;
- 3) трубчаста нервова система.

**Дифузна**, або сіткоподібна, нервова система – це елементарна форма нервової системи, властива таким багатоклітинним живим істотам, як медуза, актинія, морська зірка. Провідність збудження у дифузній нервовій системі значно прискорюється, сягаючи 0,5 метра за секунду, натомість швидкість провідності збудження в протоплазмі, властива для найпростіших, які не мають нервової системи, дорівнює лише 1–2 мікрони за секунду.

Прискорення провідності імпульсів у дифузній нервовій системі дає живим істотам з нервовою системою такої будови можливість набагато швидше виробляти пристосувальні реакції. Однак можливості дифузної нервової системи вкрай обмежені через відсутність нервового центру, який би зосереджував інформацію, що надходить із зовнішнього світу, і опрацьовував її, створив програму диференційованої поведінки, що властива організмам, які перебувають на вищому еволюційному щаблі розвитку і мають ганглієву нервову систему.

**Ганглієва** нервова система виникла внаслідок значного утруднення умов життя, її розвиток був зумовлений потребою появи централізованих апаратів для переробки інформації та регуляції рухів. Таким апаратом стали нервові вузли, ганглії, які почали зосереджувати в собі збудження, що виникали в поєднаних нервовим вузлом нервових волокнах, і спрямовувати рухи – реакції на ці збудження.

Нервова система вузлової будови – перший етап централізації нервових процесів, її можна спостерігати у нижчих видів хробаків.

Вищий етап розвитку вузлової нервової системи – ланцюгова система, коли в тілі істоти у відповідь на подразнення виникає вже низка об'єднаних у ланцюг вузлів, або гангліїв, серед яких головний ганглій зосереджує в собі збудження, обробляє їх і здійснює регуляцію рухів окремих частин тіла організму. Уже на прикладі кільчастих хробаків можна простежити механізм роботи ганглієвої нервової системи. А найвищий щабель розвитку ланцюгової нервової системи ілюструє будова ракоподібних, павуків, комах.

Так, у кільчастого хробака на передньому кінці, де розташована голова, зосереджуються нервові волокна, які завершуються рецепторами й сприймають хімічні, термічні, світлові зміни та вологість оточуючого середовища. Сигнали про ці зміни досягають головного ганглія, опрацьовуються там, і виникає "програма" поведінки, що позначається на рухах окремих сегментів тіла хробака.

Швидкість надходження збудження в ланцюговій нервовій системі значно перевищує провідність нервових сигналів у дифузній.

Отже, головний ганглій здійснює функцію регулювання життєдіяльності хробака. У ланцюговій системі виникає новий механізм функціонування нервової системи – інтеграція нервових імпульсів і централізоване керування життєдіяльністю організму.

На цьому етапі розвитку нервової системи з'являються рецептори – приймачі інформації. Дані порівняльної анатомії та фізіології свідчать, що спершу розвинулися органи контактування, а згодом – дистантні, або телерецептори (зір, слух, нюх).

Орган зору виник за певних умов як наслідок чутливості істоти до світлових (електромагнітних) подразнень. Спочатку чутливими були різні зони тіла організму, але згодом, на пізніших етапах еволюції, поступово чутливість зосереджувалася спереду, на голові.

Орган слуху розвинувся з чутливості до вібрацій. Він виникає найпізніше, тому в більшості безхребетних його немає. нюхова чутливість виокремилася з недиференційованої хімічної чутливості: це поєднання нюху і смаку.

У багатьох безхребетних смакова та нюхова чутливість не диференційовані. Рецептори та їх диференціація розвинулися в процесі життєдіяльності, в руках. Живі істоти, які мають диференційовані рецептори, набагато краще орієнтуються в середовищі, задовольняючи свої потреби в їжі, розмноженні, уникненні небезпеки.

Для комах характерна наявність не лише органів руху або рецепторів, а й залоз внутрішньої секреції – для вироблення павутиння у павуків, переробки нектару у бджіл, зведення будівель з трубочок у хробаків тощо.

Живі істоти з гнучливою нервовою системою здатні до "навчання" та "переучування", вироблення після безлічі спроб навичок рухатися в заданому напрямку, щоб уникнути болювого подразнення.

Хробакові потрібно зробити понад 150 спроб, щоб він з меншою кількістю помилок почав рухатися в лабіринті праворуч, аби уникнути електричного подразнення, яке діяло на нього під час руху ліворуч. А щоб переанітися, тобто змінити цей "завчений" шлях руху, знадобилося понад 225 спроб.

Отже, гнучлива нервова система хробака дає йому можливість не лише виробляти нові форми поведінки, а й зберігати вже вироблені навички, що свідчить про наявність у дощового хробака примітивної форми пам'яті.

У хребетних тварин внаслідок утруднення умов життя нервова система значно ускладнилася. Процес інтеграції та централізації роботи нервової системи завершився утворенням церебральної нервової системи: спинного та головного мозку, що розміщені в хребті та черепі.

Головний мозок утворився з мозкової трубки, тому нервову систему хребетних тварин називають трубчастю. У процесі розвитку хребетних тварин під впливом умов існування утворилися довгастий мозок і мозочок, середній і проміжний мозок і великі півкулі головного мозку, всередині яких розвинулася найскладніша за своєю будовою та функціями кора великих півкуль головного мозку.

Кора великих півкуль об'єднує і інтегрує в собі й регулює всю діяльність організму. Відділи головного мозку утворювалися поступово, і їх структура та функції у різних хребетних, за різних природних умов неоднакові.

Тварини, які перебувають на вищому щаблі свого розвитку, мають більш розвинений головний мозок. Щодо цього показувими є такі дані про співвідношення розвитку головного та спинного мозку в різних тварин і людини: якщо розвиток спинного мозку взяти за 1, то питома вага головного мозку відносно спинного буде така: у черепахи – 1, у півня – 1,5; у коня – 2,5; у кішки – 3; у собаки – 5; у шимпанзе – 15; у людини – 49. З еволюцією тваринного світу питома вага кори головного мозку зростає, виконуючи провідну функцію.

Дослідження доводять, що екстирпація (знищення) кори по-різному позначається на зоровій та руховій функціях тварин, що перебувають на різних щаблях біологічної еволюції. Так, що стосується зорової функції, то птахи після знищення кори великих півкуль продовжують бачити, сідаять на намічену місцевість, щури – не розрізняють форм предметів, реагують лише на світло, мавпа – сліпа.

Птахи після знищення кори великих півкуль не втрачають здатності літати, їх рухи не спотворюються, у кішки рухи поновлюються за кілька годин, собака за 24 години може стояти, але самостійні рухи розладнані; маєпа може стояти лише за сторонньою допомогою.

Екстирпація півкуль головного мозку в риб не позначається на їх життєдіяльності, у жаб – майже не позначається, у птахів – позначається: одужавши, птах починає літати, але втрачає орієнтацію в просторі; кішка не нападає на мишу, навіть зголоднівши; собака стає інвалідом – не може відшукати їжу, не впізнає господаря, втрачає можливість набувати досвід.

### Розвиток психіки у філогенезі

Характерна ознака психічної реакції – чутливість організму до індивідуальних подразників, які за певних умов (коли вони збігаються з біологічно важливими подразниками) сигналізують про можливість або потрібність задовольнити біологічні потреби організму.

Чутливість виникає на основі подразливості. Чутливість, вважає О. М. Леонтьєв, – це реакція на впливи, які орієнтують організм у середовищі, здійснюючи сигнальну функцію.

*Подразливість* – властивість усієї органічної природи. Завдяки їй у рослинному світі відбуваються вроджені реакції – тропізми.

*Тропізм* – це автоматичні рухи в певному напрямку рослин і найпростіших організмів, зумовлені відмінностями перебігу фізико-хімічних процесів у симетричних частинах організму, що є реакцією на однібічні впливи подразників на організм. Теорію тропізмів у тварин розробив Ж. Леб. Недоліком його теорії було твердження про те, що ці реакції тварин механічні, але під впливом досвіду вони набувають пластичності та мінливості.

Розрізняють фототропізми, хемотропізми, геліотропізми, гальванотропізми та ін., відповідно до видів енергії, що діють на організми у звичних умовах їх існування. Рух соняшника, наприклад, відбувається під впливом фото- і термотропізмів; у напрямку проростання коріння та стебла; в поведінці хробаків і деяких комах, які закопуються в землю або повзуть до верхівок рослин, виявляється дія геотропізмів, фототропізмів або термотропізмів.

Під впливом умов існування виникла нервова система, основною властивістю якої є чутливість до впливів навколишнього середовища. Водночас виник механізм стихійного відображення, який ускладнювався у зв'язку з утрудненням умов існування, що й спричинило еволюційні зміни будови організму.

Розрізняють такі головні стадії розвитку психіки тварин:

- а) стадія елементарної сенсорної психіки;
- б) стадія перцептивної психіки;
- в) стадія інтелекту.

**Стадія елементарної сенсорної психіки.** Характерна особливість цієї стадії розвитку психіки полягає в тому, що поведінка тварин зумовлюється впливом на організм окремих властивостей предметів, які повсякденно супроводжують життя тварин, – хімічних, світлових, температурних тощо.

Ця стадія розвитку переважно безхребетних і тих хребетних мешканців води, земноводних і плазунів, у яких предметне сприймання відсутнє. На цій стадії відбувається диференціація чутливості до світла, дотику, запахів, рухова чутливість, внаслідок чого виникають і розвиваються аналізатори – дотиковий, зоровий, нюховий і слуховий.

Ступінь розвитку аналізаторів і їх рецепторів залежить від особливостей умов життя живих істот. Так, у павуків, комах добре розвинена дотикова чутливість (на щупальцях,

на папцях, на крильцях). Чутливість до хімічних подразників розвинена вже у павуків та інших безхребетних. Ці комахи мають нюх та розрізняють подразники на смак. У хруща, наприклад, налічують близько 50 000 органів нюху, а в трутня – понад 30 000. Комахи відчувають дуже слабкі запахи. Бджола вирізняє запах помаранчевої шкірки з-поміж 49 ефірних запахів. Бджоли реагують на запах і не приймають "чужої" бджоли до вулика. Комахи – топохімічні істоти, тобто такі, в яких різні зони чутливі до різноманітних хімічних подразників.

Відома чутливість комах до змін температури, чутливість зору. Бджоли розрізняють кольори та форми квіта, але не геометричні фігури. Більшість комах глухі. Лише такі з них мають слух, які коливальними рухами своїх крилець викликають досить інтенсивне коливання повітря, що спричинює звукові хвилі.

**Стадія перцептивної психіки.** Сенсорна стадія психіки передувє перцептивній стадії нервової діяльності у тварин, що виникає на її основі.

Для цієї стадії характерне відображення предметів як цілого, а не окремих їх властивостей, як це відбувається на етапі сенсорного розвитку психіки.

Наприклад, якщо свавил відгородити від їжі, то він реагуватиме не тільки на предмет, на який спрямована його діяльність (на їжу), а й на умови, за яких ця діяльність відбувається, – тварина реагуватиме на огорожу і шукатиме спосіб її обійти.

Рівень сенсорної нервової діяльності такої реакції на умови, за яких відбувається життєдіяльність тварин, не передбачає.

Стадія перцептивної психіки властива свавіям. Поява її зумовлена низкою істотних анатомо-фізіологічних змін в організмі: розвитком великих піскуль головного мозку і особливо їх кори та дистантних аналізаторів (зорового, слухового), зростанням інтеграційної діяльності кори.

Умовно-рефлекторна діяльність кори великих піскуль на рівні перцептивної психіки є підґрунтям для зародження уявлень.

Тривалість відтворення образів у пам'яті зростає протягом усього еволюційного розвитку хребетних тварин. Так, при одноразовому збудженні образна пам'ять працює у щура – по 10–20 секунд, у собаки – близько 10 хвилин, у мавпи – 16–48 годин.

Тривалість збереження образів у пам'яті – важлива особливість перцептивного рівня розвитку психіки. Ця особливість є важливою передумовою для виникнення інтелектуальної поведінки тварин.

На стадії перцептивної психіки відбуваються складні зміни в процесах розрізнення та узагальнення уявлень. Виникають диференціація та узагальнення образів предметів. Ці узагальнення являють собою не суму окремих відчуттів, що виникли внаслідок одночасного впливу різних подразників, а їх комплекс, своєрідну інтеграцію, яка є підґрунтям для перенесення операції з однієї конкретної ситуації в іншу, подібну до неї, що робить поведінку тварин на цьому етапі психічного розвитку досить складною.

Успіх диференціації та узагальнення залежить не стільки від міри схожості впливів, що справляють враження на тварину, скільки від її біологічної ролі.

Розвиток узагальнення на стадії перцептивної психіки відбувається у зв'язку з розвитком інтегративних зон кори великих піскуль головного мозку, які об'єднують рухи в одну цілісну операцію (рухові поля), відчуття – у цілісний образ (сенсорні поля).

**Стадія інтелекту.** Психіка більшості свавців залишається на стадії перцептивної психіки. Але в антроподів – людноподібних мавп – відображална діяльність піднімається ще на один щабель розвитку психіки порівняно з перцептивною.

Цей вищий щабель називають стадією інтелекту, або "ручного мислення" (О. М. Леонт'єв). Як показали дослідження Кеслера, Ладігіної-Котє, Войтоніса,



Вацуро, Рейнського та інших, мавпам, особливо шимпанзе, властива елементарна розумова діяльність, елементи наочно-дійового мислення. Мавпи швидше, ніж інші тварини, навчаються та переучуються, виявляють більшу активність процесів збудження та гальмування.

І. П. Павлов зазначав, що аналітико-синтетична діяльність кори головного мозку собаки – це конкретне, елементарне мислення.

Але розумова діяльність, інтелект тварин – це зовсім не те, що розум людини. Між ними існують надзвичайно великі відмінності.

Для стадії інтелекту характерним є розв'язування завдань. Мавпа (шимпанзе) в експериментальних умовах не могла безпосередньо дістати їжу (банан, помаранчу тощо). У клітці, де вона перебувала, лежала палиця, за допомогою якої можна було дістати їжу. Ставилося запитання: чи "здогадається" мавпа використати цю палицю, щоб дістати їжу. Спочатку шимпанзе робить спроби дістати їжу своєю рукою, але зазнає невдачі. Невдача на деякий час відволікає мавпу від поживи. Помітивши палицю, вона маніпулює нею. Якщо тварина одночасно помітить палицю та їжу, то здобуває їжу, підсунувши її до себе палицею.

Такі дослідження проводилися в різноманітних варіаціях. Мавпа успішно розв'язувала завдання під час експерименту. Найскладнішим з них було двофазове завдання, яке полягало в тому, що їжу можна було дістати довгою палицею, але спочатку цю довгу палицю потрібно було дістати короткою, яка лежала в межах безпосереднього досягання. Це завдання мавпа також розв'язувала.

Мавпи здатні поєднувати в один акт дві дії послідовної операції, з яких перша є підготовчою для здійснення другої, вирішальної операції (двофазові завдання).

У життєдіяльності тварин легко виявити наявність різноманітних взаємостосунків, їх виявом можуть бути своєрідні рухи, пози, акустичні сигнали. На різних щаблях розвитку живих істот ці стосунки і взаємовпливи набувають різної складності. З їх допомогою тварини повідомляють одна одній про небезпеку, поживу, гнів, страх, у різний спосіб передають ту чи іншу інформацію.

Але ці різновиди стосунків ("мова" тварин) мають інстинктивний характер, є виявом емоцій.

На відміну від людської мови, "мова" тварин не є засобом трансляції індивідуального досвіду іншим тваринам.

Елементи інтелектуальної поведінки антропоїдів зумовлені розвитком кори великих півкуль, особливо лобових часток та прифронтальних їх зон. Якщо у мавп знищити частину цих зон, то вони втрачуть змогу розв'язувати двофазові завдання.

Стадія інтелекту, що властива вищим ссавцям і досягла найвищого рівня розвитку в людиноподібних мавп, є передісторією виникнення та розвитку людської свідомості.

Для всіх щаблів психічного розвитку тварин характерні фіксованість та індивідуальна мінливість поведінки. Фіксовані форми поведінки є спадковими, інстинктивними формами поведінки.

### **Інстинкти**

**Інстинкти** – це акти взаємодії організму із середовищем, механізмом яких є комплекс безумовних рефлексів. Інстинктивна діяльність часто включає і механізми тропізмів. Наукове пояснення походженню інстинктів дав Ч. Дарвін, довідавши, що поведінка тварин являє собою органічну єдність і стає результатом природного добору, тих змін у фізичній організації та поведінці, які були спричинені зовнішніми умовами і закріпилися в організмі тварини через доцільність для її життєдіяльності.

Розрізняють інстинкти живлення, розмноження, самозбереження та інші форми родового або видового пристосування до навколишнього середовища.

**Інстинктивні форми поведінки** – це великої сили потяги організму, а саме слово "інстинкт" (лат.) означає "потяг".

Залежно від умов життя і стану організму інстинкти виникають, чергуються нові акти поведінки, розмноження, захисту, ласті, пов'язані з живленням, тощо. У процесі індивідуального пристосування тварин до умов існування інстинктивні дії виражаються осмисленими вчинками, але коли якась ланка інстинктивного акту порушується, тварини продовжують здійснювати наступні операції в ланцюжку інстинктивної дії, хоча успіху така дія не має.

Так, крошка продовжує сидіти на гнізді, якщо забрати з-під неї яйця, а бджола, починаючи заліплювати наповнені медом щільники, продовжує це робити й тоді, коли вихрвати із щільників мед.

Отже, інстинктивні дії – це неусвідомлені, механічні дії.

У кожної тварини протягом життя інстинкти можуть змінюватися (можна домогтися "мирного" співіснування лисиці та курки, кішки та миші тощо). Але така індивідуальна зміна інстинкту – не спадкова властивість.

Зміна звичних форм поведінки виявляється в набуванні нових навичок і способів поведінки, що виникають у результаті багаторазового природного доцільного еживання рухів і дій або в процесі дресування.

### **Виникнення і розвиток людської свідомості**

**Передумови виникнення свідомості.** З розвитком науки, особливо історії та біології, поступово формувалися погляди про походження людини та її свідомості.

Головною передумовою виникнення людської свідомості було утруднення умов існування людиноподібних істот – антролоїдів. Під впливом умов життя їх центральна нервова система стала набагато складнішою за будовою та функціями. У одні великих півкуль головного мозку поступово розвивалися тім'яні, скроневі та особливо лобові частки, які здійснювали вищі пристосувальні функції.

Досить помітно розвинулися вони в людини під впливом праці. Про це свідчить те, що у маєли лобові частки становлять 0,4 відсотка об'єму великих півкуль, в orangутанга та шимпанзе – 3,4 відсотка, а в людини – 10 відсотків.

На біологічному етапі розвитку психіки виникли передумови для появи вищих, суто людських, форм психіки – свідомості. Знання біологічного етапу розвитку психіки як передісторії людської свідомості дає можливість науково пояснити її виникнення.

Протягом усього розвитку в різних видах діяльності в людини поступово формувалися специфічно людська, свідомо спрямована пізнавальна діяльність, умва, людські почуття та якості волі, різноманітні психічні властивості, які істотно відрізняються від інстинктивної психічної діяльності тварин.

Праця, суспільний спосіб життя – це головні чинники історичного розвитку людської свідомості як вищої форми психіки, яка виявляє ставлення людини до свого середовища, здатність змінювати природу, пристосовувати її до своїх потреб.

Ці особливості в психіці тварин відсутні. Вони не вискремлюють себе з навколишнього середовища, пасивно пристосовуються до його змін.

Знання умов виникнення та розвитку свідомості в людини має велике значення для її формування.

**Історичний розвиток людської свідомості.** Свідомість людини не відразу стала такою, якою вона є тепер, а подолала триеталний шлях свого суспільно-історичного розвитку.

Перші люди, що виділилися з тваринного світу, мало ще відрізнялися від своїх предків-тварин, їх свідомість була обмеженою. Вона являла собою усвідомлення люди-

ною її найближчого природного середовища і свого обмеженого зв'язку з іншими людьми. Людина почувалася безпорадною перед природою.

Свідомість первісної людини мала ще значною мірою стадний характер.

Рівень свідомості зумовлював низький рівень розвитку виробничої діяльності людей і їх суспільних відносин. Яким був спосіб життя людини, такою була і її свідомість.

Із розвитком способів добування людьми засобів до існування, способів виробництва матеріальних надбань розвивалась і їх свідомість. Прагнучи задовольнити свої потреби, що виникали внаслідок змін умов життя, люди винайшли вогонь, поступово перейшли від вживання кам'яних знарядь праці, якими вони користувалися сотні тисяч років, до бронзових і залізних знарядь.

Поруч із мисливством, рибальством, скотарством виникло хліборобство, а далі ремісництво; від ремісництва люди перейшли до машинного виробництва і т. д.

А зміна знарядь праці зумовила ускладнення людських взаємин: розвивалися самі люди, їх потреби, життєвий досвід, їх свідомість, здібності та інші психічні властивості. Розвиток психічних властивостей людей являє собою і результат, і потрібну передумову вдосконалення і розвитку їх практичної діяльності.

Історичний розвиток людської свідомості був і є можливим через те, що кожне попереднє покоління не тільки фізично породжує наступне покоління, а й передає йому свої виробничі і культурні надбання.

Кожне нове покоління починає свою життєдіяльність із засвоєння результатів діяльності попередніх поколінь, розвиває її далі і передає свої здобутки нащадкам. Для здійснення зв'язку людських поколінь неабияке значення має:

- а) передавання самих знарядь праці, створеної людьми техніки і створених за її допомогою матеріальних цінностей;
- б) передавання засобами мови людського досвіду (в процесі навчання і виховання), результатів пізнавальної діяльності, досягнень науки і т. п.

Завдяки цьому стає можливим історичний поступ людства і розвитку людської свідомості.

Протягом усієї історії людство своєю працею створювало нові умови свого існування. Водночас люди і самі змінювались. Обставини такою ж мірою творили людей, як люди створювали ці обставини. Чим більше люди пізнавали навколишній світ і вдосконалювали знаряддя своєї праці, тим більшу владу здобували над життєвими обставинами.

Історичний розвиток людської свідомості виявився насамперед у збагаченні її змісту, який відображає об'єктивну дійсність, у розширенні світогляду людей. Разом із збагаченням змісту свідомості поступово розвинулись і її форми, набувши тієї різноманітності і тих специфічних особливостей, які характерні для сучасних людей.

Упродовж історії розвинулись безпосередні чуттєві форми відображення людиною світу. Стає досконалішим людський зір, особливо його здатність тонко розрізняти просторові властивості об'єктів, охоплювати різноманітні їх ознаки, відзначати красу їх форм і пропорцій, що відрізняє зір людини від зору тварини.

Орел, літаючи над хмарами, бачить свою здобич у траві. Людина не здатна помічати такі віддалені в просторі об'єкти, але вона бачить те, чого не бачить орел: вона удосконалила свій зір через техніку і мистецтво. Переваги її зору виявляються у вдумливого сприйманні пропорцій предметів, витворів живопису, скульптури і архітектури. Слух людини також набув надзвичайної витонченості, яка є результатом мовного спілкування з іншими людьми, виникнення і розвитку пісенної, музичної творчості.

Завдяки праці та іншим видам діяльності людська рука досягла такої досконалості, що змогла, ніби чарівною силою, викликати до життя шедеври образотворчого мистецтва.

Якісних змін зазнали й інші форми чуттєвого пізнання світу людиною.

Збагачення вмісту психіки людини – це і розвиток нових, суто людських видів і форм пам'яті, які полягають в опосередкованому мовою довільному запам'ятовуванні і відтворенні даних попереднього досвіду. Необхідність перетворювати дійсність у процесі праці спричинила до розвитку в людини здатностей перетворювати її в образи, уявляти предмети, над втіленням яких вона працює.

Розвинулися форми людського мислення, нерозривно пов'язані з розвитком мови, з її багатим словником і розвиненою граматичною будовою. Виникли передумови для розумової діяльності людини, що давали їй змогу застосовувати її результати до практичної діяльності, добирати найдоцільніші способи діяння, планувати дії, передбачати їх не тільки найближчі, а й найдалі результати.

У процесі праці і на її ґрунті в людини виникала нова мета і мотиви діяльності, формувалися різноманітні виробничі, технічні, пізнавальні, наукові, естетичні та інші потреби й інтереси. Розвинулися нові види діяльності людей, зокрема розумова, мистецька та інша діяльність.

З розвитком життя людей збагатилися і їх емоції, почуття. Сформувалися суто людські почуття, зумовлені різноманітними видами людської діяльності, формою їх суспільних відносин.

Виникнення нових видів діяльності людини сприяло розвитку найрізноманітніших її здібностей. Під час праці ці здібності не тільки виявлялися, а й формувалися. Відомо, що всі здібності, що відрізняють людину від тварини, розвинулися і продовжують розвиватися в процесі праці.

Підкоряючи природу, людина виробила здатність опановувати себе, усвідомлювати свої обов'язки як члена суспільства і керуватися цим усвідомленням у своїй діяльності. Пізнаючи навколишню природу та інших людей, вона пізнавала себе саму. Історичний розвиток свідомості людини був водночас і розвитком її самосвідомості.

Свідомість людини визначає її суспільне буття.

Тому правильно зрозуміти сутність свідомості можна, тільки враховуючи суспільні умови життя людини.

Свідомість людини має загальні риси, властиві їй на всіх щаблях розвитку. Водночас вона набуває своїх конкретно-історичних особливостей на кожному його ступені залежно від суспільних умов життя людей, їх виробничих відносин.

Так, одні риси були притаманні людині первіснообщинного типу суспільності, коли людство протистояло природі спільно, коли основні засоби виробництва і його продукти були громадською власністю.

Суперечливі суспільні відносини людей визначають і суперечливий характер розвитку їх свідомості.

Історичний розвиток людської свідомості відбувається послідовно, із зміною людських поколінь. Завдяки цьому стає можливим продовження розвитку людського роду, його історії, яка складається з численних історій розвитку окремих людей кожного нового покоління.

Водночас історичний розвиток людей створює передумови для індивідуального розвитку людської особистості, її свідомості.

Вплив історії людського життя на розвиток людини визначають, по-перше, спадкові передумови, які є початковими для індивідуального розвитку, і, по-друге, зміна тих суспільних умов, в яких відбувається цей розвиток.

Людина народжується із спадковими, вродженими можливостями для свого подальшого розвитку. Ці можливості реалізуються в певних суспільних умовах її існування. Вона живе і діє в суспільстві, у ньому одержує певне виховання і освіту. Вступаючи у стосунки з іншими людьми, засвоюючи матеріальні і духовні надбання, створені попередніми поколіннями людей, вона сама формується як свідомо особистість.

### Питання для контролю та самоконтролю

1. Дайте визначення поняття та предмета медичної психології.
2. Основні завдання медичної психології на сучасному етапі розвитку медицини та психології.
3. Психічні та соматичні розлади як основні об'єкти дослідження медичної психології.
4. Клінічні аспекти психологічної норми та патології, необхідні для вивчення медичної психології.
5. Медична психологія як комплексна наукова дисципліна.
6. Медична психологія в системі наук, її зв'язок із соматичною медициною, психіатрією та психологією.
7. Перелічіть основні методи дослідження особистості, що застосовуються у медичній психології.
8. У чому полягає генетико-моделюючий метод і які особливості його застосування у медичній психології?
9. У чому полягає метод спостереження і які особливості його застосування в медичній психології?
10. Які основні завдання і функції анкетного методу дослідження особистості?
11. У чому полягає суть експериментальних методів дослідження особистості?
12. Перелічіть етапи реалізації експерименту.
13. Які види експерименту застосовують для дослідження особистості?

### Список використаної та рекомендованої літератури

1. Аванесов В. С. Тесты в социологическом исследовании. – М., 1982.
2. Адлер А. Понять природу человека. – СПб: Ювента, 1997.
3. Айзенк Г. Проверьте ваши способности. – М.: Мир, 1972.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
5. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация // Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Наука, 1976.
6. Амосов Н. И. Регуляция жизненных функций и кибернетика. – К.: Наукова думка, 1964.
7. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. – М.: Наука, 1977.
8. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. – Л.: Наука, 1968.
9. Анастаси А. Психологическое тестирование. В 2 т. – М., 1982.
10. Баевский Р.-М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Наука, 1979.
11. Балабанова Л. М. Категория нормы в психологии студенческого возраста. – Харьков, Консум, 1999.
12. Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. – К.: Вища школа, 1978.
13. Бочарова С. П., Кисиль Г. С. Природа взаимовідносин психологічного і фізіологічного в структурі особистості // Матеріали других міжнародних психологічних читань "Актуальні проблеми сучасної психології" – Харків. Ун-т внутрішніх справ. 1995. – С. 20–22.

14. Брагусь Б. С. К проблеме человека в психологии // *Вопр. психологии.* – № 5. – 1997. – С. 3-19.
15. Бурлачук Л. Ф. Главные направления развития современной медицинской психологии в Украине // *Психология и медицина: Тезисы докладов I Украинского семинара медицинских психологов, 21–22 января 1994 г.* – Харьков, Київ, Париж, 1994. – С. 3–5.
16. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии на основе метода Роршаха. – К., 1979.
17. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – К., 1989.
18. Вітенко І. С. Проблеми розвитку та впровадження в систему охорони здоров'я України медичної психології // *Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: Тез. доп.* – К., 0., 1997. – С. 6–7.
19. Вітенко І. С. Медична психологія. Програма для студ. мед. вузів. – К., 1994 – 42 с.
20. Вітенко І. С., Коломєць М. Ю., Дишук І. П., *Методологія та зміст підготовки лікаря-психолога в Україні // Мед. освіта.* – 2001. – № 4 – С. 14–18.
21. Вітенко І. С. Деякі проблеми підготовки медичних психологів в Україні // *Актуальні проблеми медичної та фармацевтичної освіти в Україні: Тез. доп.* – Львів, 1996. – С. 13.
22. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія. – К.: Здоров'я, 1994.
23. Волков В. Т. и др. Личность пациента и болезней. – Томск, 1995. – 328 с.
24. Гильбух Ю. З. *Метод психологических тестов: сущность и значение // Вопр. психологии.* – 1986. – № 2.
25. Головата Е. И., Пачина Н. В. Психология человеческого взаимопонимания. – К.: Изд-во полит. лит-ры Украины, 1989.
26. Гришин В. В., Лушин П. В. *Методики психодиагностики в учебно-познавательном процессе.* – М., 1990.
27. Дикманн Х. *Методы в аналитической психологии.* – М.: Институт аналитической психологии, 2001.
28. Дружинин В. Н. *Психодиагностика общих способностей.* – М., 1996.
29. *Загальна та медична психологія (практикум) / Під ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенко.* Дніпропетровськ АРТ-прес, 2002.
30. *Измерение интеллекта детей / Под ред. Ю. З. Гильбуха.* – К., 1992.
31. Исаев Д. Н. *Детская медицинская психология: Психологическая педиатрия.* – СПб: Речь, 2004. – 381 с.
32. Казачкова В. Г. *Метод незаконченных предложений при изучении отношений личности // Вопр. психологии.* – 1989. – № 3.
33. Кісарчук З. Г. Теоретико-методологічні проблеми діяльності практикуючого психолога // *Практична психологія: теорія, методи, технології.* – К., 1997.
34. *Клиническая психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского.* – СПб: Питер, 2006. – 959 с.
35. *Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна.* – СПб: Питер, 2002.
36. *Клиническая психология: состояние и перспективы // Вестник Моск. ун-та. Серия 14. Психология.* – 1998. – № 1. – С.82.
37. Козелецкий Ю. *Человек многомерный (психологическое эссе).* – К., 1991.
38. Козлова В. П. *Анализ результатов диагностических методик, ориентированных на норматив // Вопр. псих.* – 1985. – № 5.
39. Коммер Р. *Клиническая психология.* – СПб: Питер, 2002.
40. Кон И. С. *Жизненный путь как предмет междисциплинарного исследования // Человек в системе наук.* – М., 1989.
41. Коняева А. П., Лисенко В. П., Тітова Т. М., Фурман А. В. *Етичний кодекс товариства психологів України.* – К.–Донецьк, 1993.

42. Косенко В. Г. и др. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров / Косенко В. Г., Смоленко Л. Ф., Чебуракова Т. А. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 416 с.
43. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
44. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – М., 1994.
45. Лежелева Л. А., Якубов Б. А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. – Л.: Медицина, 1977. – 160 с.
46. Майерс Д. Социальная психология. – СПб: 1997.
47. Максименко С. Д. Генетическая психология. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2000.
48. Максименко С. Д. Загальна психологія. – К.: Форум, 2000.
49. Максименко С. Д. Методологічні проблеми вікової та педагогічної психології // Психологія. – 1982. – Вип. 21.
50. Максименко С. Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці. – К.: Наукова думка, 1999.
51. Медична психологія (підручник) / Під заг. ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенко. – Дніпропетровськ, 2008.
52. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпресс, 1999. – 592 с.
53. Методы социальной психологии / Под ред. Е. С. Кузьмина, В. Е. Семенова. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1970
54. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О., Кришталь В. В., Сердюк О. І. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 4. – С. 99–102.
55. Мягков И. Ф. и др. Медицинская психология: преподавательский курс. – М.: Логос, 2003. – 320 с.
56. Общая психодиагностика: основы психодиагностики, немедицинской психотерапии и психологического консультирования / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. – М.: Изд-во МГУ, 1987.
57. Общая психология / Под ред. А. В. Петровского. – М.: Просвещение, 1977.
58. П'анок В. Г. Українська практична психологія: визначення, структура і завдання // Практична психологія та соціальна робота. – 1997. – Жовтень. – С. 8–10.
59. Петрова Н. Н. Психология для медицинских специальностей. – М.: Академия, 2006. – 319 с.
60. Поляков Ю. Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы // Вестник Моск. ун-та. Серия 14. Психология. – 1996. – № 2. – С. 3.
61. Психологія / За ред. Г. С. Костюка. – К.: Ред. шк., 1968.
62. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб, 2004.
63. Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – Материалы Российской конференции. – СПб; Иваново, 2000.
64. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию. В 2-х т. – М., 2000.
65. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология: Учебник. – 2-е изд., дополн. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
66. Соколова Е. П. Проективные методы исследования личности. – М.: Изд-во МГУ, 1980.
67. Степаненко В. Етика. – К.: Лібра, 1998.
68. Тодд Дж., Богарт А. К. Основы клинической и консультативной психологии. – СПб, 2001.
69. Философский энциклопедический словарь. – М., 1992.
70. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии: Методы исследования личности. – СПб; Питер, 2004. – 331 с.

## РОЗДІЛ 2. ПСИХІЧНА ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

У сучасній медицині відбувається поступове подолання тенденції однобічного соматизму, коли в поясненні та лікуванні того чи іншого соматичного відхилення зовсім ігнорують або дуже недооцінюють роль психіки. "В дійсності, – зазначав ще В. М. М'ясищев, – у хворобливому розвитку бере участь і психіка, але в різних захворюваннях її роль буде різною". Слід зазначити, що в галузі медицини протиставлення психічного і соматичного є невиправданим, оскільки на рівні кожного окремого індивіду дійсна єдність біологічного (тілесного) і психічного (духовного) не викликає сумніву. К.-Г. Юнг свого часу зазначав, що досвід нам свідчить, що тілесні й духовні процеси відбуваються як єдність, але це питання не для позитивної науки: "Тіло і розум – два аспекти єдиного живого буття, і це все, що нам відомо. Оскільки ми не в змозі помислити їх разом, я схильний говорити, що ці дві речі існують разом певним чудовим способом". Нам здається, що значна увага до психосоматики, яку слід зафіксувати в сучасній літературі викликана саме прагненням дослідників подолати однобічний "соматизм" у медицині, адже з точки зору цілісності як кореневої властивості особистості, будь-яка хвороба пов'язана і з соматикою і з психікою, тобто є психосоматичною. В цьому сенсі ми вважаємо найбільш глибоким і адекватним розуміння проблеми В. М. М'ясищевим, який зазначав: "Хворобливий процес являє собою особливий і своєрідний випадок розвитку. З психологічної точки зору і у своїй психогенетичній динаміці він є своєрідним психогенним утворенням".

Хвороба як особлива ситуація в житті пацієнта активує систему значущих взаємин, вищих регуляторних механізмів, які проявляються, з одного боку, в характерних способах сприйняття, переживань і оцінок, а с іншого, – в особливостях пристосувальної поведінки.

Процес лікування кожної хвороби супроводжується низкою психологічних явищ, пов'язаних з особистістю хворого, лікаря і терапевтичними методами, що застосовуються, – явищ, які чинять як позитивний, так і часом негативний вплив. Деякі психологічні феномени лікувального процесу (очікування хворих, емоційний контакт між лікарем і хворим, катарсис, усвідомлення тощо) широко освітлюються в зарубіжній літературі, але інтерпретуються переважно з позицій психоаналітично орієнтованих теорій.

Пацієнт – не тільки об'єкт діагностики і терапії, але й суб'єкт зі складним психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища. Розвиток і поглиблення психологічного аспекту медичної моделі хвороби дозволяють сприймати хворого не як нозологічну одиницю, а як неповторну індивідуальність. Концентрація уваги лікаря лише на органічних проявах патологічного процесу призводить до сприймання хворого як носія певної симптоматики поза індивідуальної своєрідності його емоційних реакцій, які нерідко значно впливають на перебіг хвороби і терапію. Деорганізація соціального життя пацієнта, що викликається хворобою, іноді більш гостро переживається ним, ніж порушення функціонування організму. Сучасні принципи терапії значною мірою орієнтовані на мобілізацію і активацію резервів хворої людини. Серед цих резервів велику роль відіграють психологічні можливості його особистості. Особистісний підхід у терапії дозволяє переборювати недоліки лікарняної практики, що заснована на однобічному біологізаторському розумінні хвороби, так як на відміну від традиційної соматотерапії прагне не тільки усунути симптоми хвороби, але й, опосередковуючи терапевтичні заходи через особистість пацієнта, досягнути відновлення



його особистого і соціального статусу. Соматичні захворювання часто супроводжуються патологічними порушеннями психічної діяльності, тому що при соматичному захворюванні уражається не один якийсь орган, і не система органів, але в патологічний процес втягується весь організм в цілому, в тому числі і центральна нервова система. Патогенез соматогенних нервово-психічних порушень досить складний. Важливу роль відіграють глибокі порушення в обміні речовин, що призводять до токсикозу, виснаження функцій нервових клітин та їхніх дегенеративних змін. Крім того, соматичне захворювання само по собі може виступати в якості психотравмуючого фактору.

Психотравмуючі обставини помітно впливають на перебіг соматичних хвороб і ступінь декомпенсації. Йдеться не про гострі психічні стреси, а про тривалу емоційну напругу, яка не розв'язується через неадекватні установки і позиції особистості у важких для хворого умовах життя. Протягом соматичної хвороби відбувається зміна його патогенетичних механізмів. Соматичний патологічний процес затихає, і подальший перебіг хвороби значною мірою може визначатись психосоціальними факторами. У таких випадках виникають складні взаємодії в системах "хвороба і особистість", "особистість і життєва ситуація", які можуть бути гармонізовані за допомогою психокорекційних і психотерапевтичних методів.

Психологічний світ хворого і його поведінка суттєво пов'язані з ієрархією в системі його стосунків, цінностей і мотивів, із взаємодією свідомого і несвідомого і механізмами психологічного захисту. Таке розуміння хворого дозволяє розкрити характерні взаємозв'язки його особистості, хвороби і життєвої ситуації, які потребують від лікаря взаємин з пацієнтом за типом "суб'єкт-суб'єкт", замість "суб'єкт-об'єкт". Вузько-професійний, "технічний" підхід до хворого перетворює його лише на пасивний об'єкт діагностичних і терапевтичних дій. Встановлення ж позитивного емоційного контакту з хворим, заснованого на принципі "партнерства" (розуміння і прийняття його лікарем як особистості), і сприйняття такого ставлення пацієнтом роблять його суб'єктом терапії, що бере активну участь у лікувальному процесі.

На першому етапі лікування важливо, разом з наданням відповідної інформації хворому про хворобу, з'ясувати особливості його "концепції хвороби" і "масштабу переживання", значення і врахування яких суттєві при проведенні психотерапії.

Внутрішній світ хворої людини складається з її уявлень про свою хворобу, з тих змін, які хвороба привносить до особистості і в психічний стан, а також з тих впливів, які справляє психіка людини на перебіг хвороби (вони можуть мати різні напрямки). Все різноманіття цих взаємопов'язаних явищ в клінічній психології називають "психологічним радикалом хвороби".

Психологічний радикал хвороби включає в себе такі компоненти: внутрішня картина хвороби, психічний стан пацієнта в зв'язку з хворобою, особистісні особливості хворого. Клінічна картина будь-якого захворювання складається із зовнішньої картини, яку утворюють об'єктивні патологічні зміни в органах і тканинах організму (анатомічні, гістологічні, біохімічні), і внутрішньої картини, яка формується з хворобливих та інших відчуттів, уявлень і переживань хворого. Больові, тактильні, пропріо- і інтерорецептивні імпульси, що йдуть від патологічного джерела, а також зміни загального самопочуття складають чутливу частину внутрішньої картини хвороби і знаходять своє відображення у скаргах хворого. Уявлення, роздуми, переживання, міркування через ці відчуття складають її інтелектуальну частину. Нерідко хворий прагне сам поставити собі діагноз, визначити причину захворювання, припустити наслідок, уявити фізичну модель хвороби. Для цього часто мобілізується особистий життєвий досвід і відомості, одержані з науково-популярної медичної літератури, зі слів знайомих, друзів, медичних працівників.

Хворий цікавиться даними аналізів і спеціальних досліджень, розпитує про їх значення і намагається включити їх до моделі хвороби, що він уявляє.

Внутрішня картина хвороби може і зовсім не бути уявленою у свідомості хворого. У таких випадках кажуть про анозогнозії (відсутність усвідомлення хвороби) або про гіпнозогнозії (недостатнє усвідомлення хвороби). Такі явища часто спостерігають у психічних хворих і слабоумних, відзначають на початкових стадіях соматичних захворювань, коли ще немає помітного болю і порушень функцій, а також у кінцевих стадіях вкрай важких страждань.

Розглянемо психічний стан пацієнта. В клініці можуть спостерігатись клінічні стани трьох рівнів: психологічні, невротичні (пограничні), психотичні. Неадекватні психологічні стани підлягають психокорекції, невротичні стани потребують психотерапевтичних втручань у поєднанні з психофармакотерапією.

Невротичні стани відрізняються від психологічних патологічними ознаками: зривом і дезорганізацією процесів вищої нервової діяльності, що виражається в астеничних, іпохондричних, істеричних, obsesивних, тривожно-фобійних та інших синдромах. При цьому зберігається свідомість, критичне ставлення до хвороби, до свого здоров'я. При психотичних станах – соматогенно зумовлених психозах – критика до хвороби відсутня, порушуються адекватне відображення оточуючого світу і поведінка. Це виявляється в синдромах порушеної свідомості (деліріозному, присмерковому, оглушенні, аментивному) і примарних синдромах (параноїчному, галюцинаторно-параноїчному, депресивно-параноїчному та ін.).

Виокремлюють такі ознаки психологічних станів хворих. Найбільш загальними змінами вважають обернення інтересів, думок і почуттів від зовнішнього світу до власного тіла і його функцій, вибірковий контакт з оточуючими людьми, пошук допомоги, фіксація уваги на хворобі, егоцентризм, зсув мислення в бік емоційного і аутичного, застій і напливи думок, інтерпретації, збідніння інтересів та ініціативи, схильність до автоматизмів і негативістських тенденцій, своєрідні зміни мовлення, міміки, моторики тіла, афективність, зміна плину часу, розгортання споминів.

Як правило, хворобу супроводжують негативні емоції, викликані як хворобливим відчуттям, так і усвідомленням факту хвороби і всього з нею пов'язаного. Настрій (емоційний фон) частіше пригнічений, знижений, сумний, стурбований. Афективні реакції виявляються у вигляді "стресових" емоцій тривоги, страху, небезпеки і стурбованості, які можуть доходити до ступеню жаху і паніки.

Між важкістю соматичного захворювання і емоціями, які його супроводжують, не завжди спостерігається абсолютний паралелізм і відповідність. Схематично можна виокремити три види співвідношень.

1. Емоційний стан адекватний за знаком і силою. Це емоції негативного характеру (стурбованість, небезпека, тривога), що виражені помірно. Вони мають охоронне, цілительне (саногенне) значення, оскільки спонукають пацієнта до пошуків адекватної медичної допомоги.

2. Емоційний стан неадекватний за знаком. Замість негативних переважають емоції піднесення, оживлення, ейфорії. Недооцінюються важкість і характер захворювання, з'являються бравада і легковажність.

3. Емоційний стан адекватний за знаком, але неадекватний за силою. Це перебільшені негативні емоції туги, страху, відчаю і паніки, які можуть бути джерелом психогенів і обтяжувати хід хвороби.

Два останніх види станів потребують обов'язкової психологічної корекції з боку лікаря.

Психічний стан хворого характеризується також змінами у пізнавально-інтелектуальній діяльності. Вони є результатом і відволікаючої дії домінанти (внутрішньої картини хвороби), і негативних емоцій, які пригнічують мисленнєві процеси, а також, вочевидь, токсичних факторів, що супроводжують хворобу. Ці відхилення полягають у розсіяності і неувважності, у певному погіршенні пам'яті і кмітливості, у зниженні творчих можливостей і в розумовій втомлюваності, в зниженні загальної працездатності. Послаблення вищих функцій свідомості, аналізу і синтезу, за наявності вираженої ефективності і послабленої волі – це ті умови, які сприяють виявленню т. зв. "автоматизмів".

Хвороба змінює особистість хворого. Можна виокремити найбільш загальні, типові психологічні ознаки для будь-якої чітко вираженої і достатньо тривалої хвороби. У цих випадках відбувається не поява якихось нових властивостей психіки, а сповзання на старі, філогенетично більш давні рівні психічної діяльності.

Нарешті, існують особливі умонастрої пацієнта. Йдеться про сумніви хворого, про його томливі очікування і розчарування, про надію і відчай, про протест проти хвороби і приреченості. Надія – важливе для хворого явище психічного життя, це не тільки емоція, але одночасно і поняття, що має змістовну сторону (сподіваються завжди на щось, на якусь подію, результат), тому ми вважаємо для надії більш вдалий термін "умонастрій". У душі кожної хворої людини з моменту захворювання і до моменту смерті або одужання постійно драматично співіснують конкурентні явища надії і безнадії. У різні часи певну перевагу може одержати одна із сторін. Амплітуда коливань – від твердої райдужної віри у зцілення до безпросвітної відчаю і приреченості. Зайве казати про те, наскільки важливо кожному лікареві мати уявлення про всі ці явища.

В цілому даний аналіз зумовлює обов'язкове врахування двох істотних аспектів, без чого неможливе адекватне розуміння проблематики медичної психології.

По-перше, весь розгляд медико-психологічних проблем повинен розгортатися на підґрунті цілісного підходу до особистості.

По-друге, лише розуміння психологічних аспектів існування і розвитку здорової особистості може розглядатися як початкова позиція у розумінні питань хвороби. Перефразовуючи глибоку думку Енгельса про те, що "анатомія людини є ключем до анатомії мавпи, а не навпаки", слід розуміти, що "ключем" до розуміння хворої особистості є знання про особистість здорового.

## 2.1. Особистість як центральна проблема медичної психології

### 2.1.1. Поняття особистості у медичній психології

Психічні явища людини не існують, насправді, окремо і розрізнено. У своїй сукупності вони складають унікальний і неповторний візерунок – психологічну цілісність (міжфункціональну психологічну систему). Лише розуміння структурно-динамічних закономірностей даної цілісності може відкрити нам як розуміння окремих її складових (психологічних функцій), так і усвідомлення сенсу існування людини і шляхів оптимізації цього існування. Ця цілісність і нерозривна єдність психіки людини і є те, що утворює особистість.

**Особистість – це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ.**

Л.І Божович визначає особистість як "такий рівень розвитку людини, який дозволяє їй керувати і обставинами власного життя, і самою собою". В різних підходах

обов'язково відзначається якість саморегуляції і саморозвитку як фундаментальна для особистості.

Прокоментуємо наше визначення. У ньому підкреслено головне: природа людської психіки – особистісна. Вищий, з відомих нам, рівень розвитку буття, наділений рефлексією і тому здатний відображати все інше буття і самого себе, втілюється (в-тілюється) і стає дійсним способом існування конкретної людини. Можна сказати і навпаки: життя людини в світі є дійсним способом (формою) існування вищої психіки. Ми не знаходимо у світі інших форм існування вищого рівня психіки, окрім особистості. Можна, звичайно, говорити про те, що предмети і явища культури являють собою інший, специфічно перетворений спосіб її існування. Це так, але вони – втілення особистості. Опредметнення, тобто додаткове переведення психічного (ідеального) у предметне (матеріальне) здійснюють особистості, залишаючи в предметі, закарбовуючи у ньому всю унікальну своєрідність саме даної особистості – автора.

Особистісність природи психіки людини означає, з іншого боку, що будь-який окремий психічний процес набуває дуже складного устрою. Він має власні закономірності і якості, але поряд з цим у ньому відображається вся цілісність особистості. Тому, коли вивчають окремо психічне явище (мислення, емоції, пам'ять тощо), лише спеціальне й штучне абстрагування дозволяє досліднику робити висновки щодо нього в "чистому", так би мовити, вигляді. Насправді ж це завжди – мислення даної конкретної людини, її емоції чи будь-які інші явища. Цей вплив цілісності (її проектування) на конкретне явище не є чимось "дріб'язковим", стороннім. Адже, якщо говорити про мислення, насправді його показники визначаються далеко не лише особливостями власне інтелектуальної сфери: мотиви діяльності, цілі, цінності, нахили, стійкі і тимчасові емоційні стани, навіть соматичне здоров'я – все це в сукупності і визначає функціонування будь-якої психічної функції. Особливо важливим виявляється врахування даного положення в галузі практичної психології.

### **Змістовні ознаки особистості**

Особистість має такі змістовні (ключові) ознаки: **цілісність, унікальність, активність, вираження, відкритість, саморозвиток і саморегуляція**. Розглянемо їх ґрунтовно, оскільки ці якості є складними і внутрішньо суперечливими, а їх розуміння необхідне для дійсного осягнення психології особистості.

**Цілісність.** Особистість, безумовно, являє собою утворення, яке складається з окремих психічних явищ (процесів, станів, властивостей). Але, разом з тим, вона ніколи не є лише сума цих явищ, оскільки особистість не можна зрозуміти в логіці такого собі "додавання розумінь" окремих її складових. Цілісність особистості, насправді, не визначається лише її складовими. Більше того, кожна частина ніколи не існує окремо і самостійно, вона є носієм усієї особистості, а також її відбиттям. Тут важливою видається думка К.-Г. Юнга про те, що цілісність ніколи не "вміщається" в межах свідомості, як і будь-якої іншої психічної функції. "Цілісність має невимірювану плинність, вона древніша і водночас молодша, ніж свідомість, і охоплює її в часі і просторі". Особистість живе, розвивається і формується лише вся, як цілісність. У цьому живому русі цілісності змінюються взаємозв'язки окремих складових, і змінюються самі ці складові. Але ці зміни – вторинні і третинні порівняно зі змінами цілого – особистості. Вони виникають внаслідок окремого живого руху особистості і сприяють наступним цілісним рухам. Ця унікальна здатність особистості як цілісності відбиватися в її кожній окремій рисі стосується не лише рис психічних. І саме тому ми легко впізнаємо людину навіть за фізичними її особливостями, оскільки це особливості даної конкретної особистості і містять в собі

загадковим способом її всю. Щоб упевнитися в тому, що це саме так, прислухаємося до того, що каже з цього приводу чудовий російський філософ О. Ф. Лосев: "Спостерігаючи добре знайомий вираз обличчя людини, котру ви давно знаєте, ви обов'язково бачите не просто зовнішність обличчя, як щось самостійне, не просто так, як ви говорите, наприклад, про геометричні фігури. Ви бачите тут обов'язково щось внутрішнє – однак так, що воно дане лише через зовнішнє, і це зовсім не заважає безпосередності такого споглядання. Отже, особистість є завжди виявлення... Особистість людини немислима без її тіла – звичайно, тіла, по якому видно душу... Та й як ще я можу взнати чужу душу, як не через її тіло... Тіло завжди прояв душі, отже, в якомусь сенсі, сама душа... По тілу ми тільки й можемо судити про душу". Далі філософ так само яскраво, просто і переконливо доводить виявлення всієї особистості в міміці, інтонації, русі: "Мені іноді страшно буває поглянути на обличчя нової людини і жахливо буває вдивлятися в її почерк: її доля, минула і майбутня, піднімається цілковито, невблаганно і неминуче".

Таким чином, цілісність особистості специфічно охоплює всі структурні і динамічні вияви життя людини. Вона зумовлена не сумою окремих складових, а інтегрованою єдністю трьох витоків існування особистості – біологічною, соціальною та духовною. Ця складна дійова інтеграція визначає той факт, що констатувати цілісність як атрибутивну ознаку особистості виявляється недостатнім для її дійсного розуміння. Так, особистість цілісна, але у кожній окремій людині ця цілісність своя, чимось схожа на інших, а чимось принципово відмінна. Так виходить на світло інша фундаментальна ознака особистості – її **унікальність (індивідуальна неповторність)**. Деякі психологи проблему унікальності розглядають у контексті суперечливої єдності типового і індивідуального в особистості. Насправді, суперечливість ця дещо штучно ускладнюється. Типовим є те, що перед нами – особистість (спрощено кажучи, вона відповідає наведеному визначенню), що вона має всі перераховані фундаментальні ознаки і всі складові частини. Що ж являє собою унікальність особистості? Яка її природа? Відомий персонолог Г. Олпорт зазначав, що "видатною властивістю людини є її індивідуальність. Кожна людина – унікальне творіння сил природи. Точно такої ж, як вона, ніколи не було і не буде". Його визначення особистості є відображенням того, що для автора явище унікальності є центральним. "Особистість, – пише Олпорт, – це динамічна організація всередині індивіда тих психофізичних систем, які детермінують характерну для нього поведінку і мислення". Унікальність цілісної структури особистості кожної людини зумовлена двома основними факторами: *по-перше*, своєрідністю динамічної взаємодії трьох основних витоків особистості (біологічного, соціального, духовного), а *по-друге* – постійним саморухом, саморозвитком особистості, в процесі якого весь час змінюється індивідуальний візерунок особистісних проявів, набуваючи все більш своєрідної і завершеної форми. І, між тим, особистість завжди залишається незавершеною, відкритою до нових змін. Незавершеність – важливий параметр особистості, що притаманний їй однаково як на початку життєвого шляху, так і на завершальному його етапі.

Розглянемо зазначені фактори. В чому своєрідність взаємодії трьох витоків (трьох дійсних начал) особистості? Ця проблема зазвичай розглядається як співвідношення біологічного і соціального в особистості та її розвитку. Частковість і штучність такого розгляду є зараз очевидною, але слід знати, як це вирішувалось.

Деякі вчені вважали, що головним чинником існування і розвитку особистості є фактор біологічної спадковості (біологізаторські, біогенетичні концепції). Виходячи з таких своїх переконань, вони розгортали погляди на існування і психологічну будову особистості. Так виникла теорія рекапітуляції (Ст. Холл, Гетчінсон та ін.), в межах якої вважається, що дитина, яка народилася, у своєму розвитку поступово відтворює всі

етапи історичного розвитку людства: період скотарства, землеробства, торгівельно-промислового епохи. Лише після цього вона вступає в сучасне життя. Долаючи певний період свого розвитку, дитина живе, відтворюючи певний історичний період. Це виявляється в її нахилах, зацікавленнях, прагненнях і діях.

В "горнічній психології" (В. Мак-Даугалл), у психоаналізі (З. Фройд) особистість, нагадаємо, тлумачиться як ансамбль ірраціональних несвідомих біологічних потягів. Біхевіоризм взагалі "знімає" проблему особистості, якій не залишається місця в механістичній схемі "стимул – реакція". За винятком теорій Ст. Холла і біхевіоризму Дж. Уотсона, біогенетичний напрям в цілому правильно підкреслює велике значення для особистості біологічних детермінант. З іншого боку, ці теорії або виключають зовсім вплив соціальних факторів на існування і розвиток особистості, або зводять їх до негативного тиску, який все життя вимушена долати особистість (З. Фройд). У цьому випадку специфічна унікальна природа особистості ніби виникає на межі протидії біологічних і соціальних чинників (найбільш яскраво це виражено в поглядах В. Мак-Даугалла: інстинкт, що на шляху своєї реалізації зустрічається з опором соціального середовища, перетворюється на почуття, тобто суто особистісну якість). Насправді ж взаємодія соціальних і біологічних детермінант не зводиться лише до протидії, вона набагато складніша і багатша за змістом.

Протилежні, соціогенетичні, погляди формувалися тими вченими, які вважали, що домінуючу роль у житті і розвитку особистості відіграють соціальні чинники. Граничне вираження ці погляди набувають у так званій теорії "чистої дощечки" (*tabula rasa*), сутність якої полягає в тому, що ніякі природжені фактори не відіграють ролі у становленні і існуванні особистості, все в ній (конфігурація цілісності, типове й індивідуальне) зумовлене лише впливом соціальних умов існування. Знову зазначимо, що в цілому соціогенетичні теорії правильно фіксують велике значення соціального оточення щодо життя особистості. Але їхня односторонність, уявлення про те, що соціальне має долати біологічне, є дійсно слабким місцем.

Цікавим феноменом вивчення психології особистості є те, що існує багато сучасних поглядів, які взагалі не звертають увагу на біологічні процеси у своїх теоретичних побудовах (екзистенціальна психологія, гуманістична психологія тощо). Однак парадоксально, що в галузі психологічної практики, в якій ці концепції досягають зараз найбільших успіхів, психофізіологічні, в цілому, біологічні параметри особистості розглядаються тут мало не першочергово ("організмичне Я" у К. Роджерса).

Неможливість вирішити загадку цілісності і унікальності особистості зумовлена, як бачимо, не тим, що біологічне або соціальне її підґрунтя не враховується, а тим, що існує потяг акцентувати одне з начал за рахунок іншого. У дійсності, і біологічне, і соціальне, і духовне не пригнічують одне одного, а складно і плідно взаємодіють, породжуючи унікальне "диво" (термін О. Ф. Лосева) – людську особистість.

Психологія, якщо вона хоче пояснювати феномен особистості в цьому світі, не повинна бути ні "природничою" наукою, ні "соціальною". Вона повинна згадати, що з давніх-давен слово "психологія" означало "знання душі", і займатися виключно цим, не відволікаючись на хай і важливі, але супутні фактори.

"Дитина народжується як суто біологічна істота, індивід". Ця фраза О. М. Леонтьєва зачарувала психологів, виросла в таку собі точку відліку. Але ж людина народжується як людське дитя. І це означає далеко не лише те, що вона як організм має всі біологічні задатки (генотип, потенціальна і актуальна анатомія внутрішніх органів, фізіологічні процеси, морфологія, біохімія), які дозволяють, розгортаючи своє функціонування, зумовлене генотипом, народитися цій особі ще й як особистості. Цього насправді замало. Унікальна складність біологічної організації людини зумовлює те, що одразу

після завершення морфологічних процесів формування організму індивід як система потрапляє в особливий внутрішній стан. Це – стан готовності бути особистістю. Складність і нюансованість зв'язків в організмі виявляється на диво міцною і пластичною. Настільки, що навіть окремі морфологічні або навіть психосенсорні аномалії принципово не перекривають шлях індивіду до особистості (яскраві роботи і досвід вітчизняних вчених Мещерякова і Соколянського засвідчили, що навіть сліпоглухонімі діти можуть стати повноцінними особистостями за умови спеціалізованого навчання). Цей загадковий, але й обов'язковий для людини стан і є те, що ми називаємо духовністю: це початок внутрішнього світу особистості (свідомість).

Отже, констатуємо: *біологічна організація людського індивіда не лише забезпечує природні потенційні можливості розвитку організму, а й створює особливий психічний стан готовності до формування особистості, внутрішній світ людини, її духовність*. Саме тому він ще до народження є унікальним і цілісним, цей індивід, наділений духовністю (станом готовності до особистісного способу існування). Водночас, особистість не зумовлена лише біологічно. Не слід скидати з рахунку, що саме по собі біологічне в особистості є продуктом, результатом і втіленням людської активності двох люблячих соціальних істот – особистостей. Отже мова може йти, взагалі-то, про соціальну (і духовну!) природу біологічного підґрунтя особистості... І про нескінченний плин переходу один в одного цих атрибутивних детермінант людського буття – біологічного, соціального, духовного.

Разом з тим, здатність людини навчатися, тобто засвоювати і привласнювати культурно-історичний досвід, є точно так само важливим, хоча й принципово іншим за природою атрибутом існування особистості. Тож антинімічність біологічного і соціального є явно надуманою, штучною.

На самому початку життя, дійсно, біологічне переважає у плані мотивації – активність новонародженої дитини зумовлена багато в чому дією інстинктивних мотиваційних факторів, і в цьому З. Фройд, безумовно, правий. Але вже тут, на самому початку, ці інстинктивні інтенції діють не просто, а складно, опосередковано через специфічний стан системи організму як зародка внутрішнього світу. Цього не знав, не додумав З. Фройд, і саме тому його теорія є концепцією невротичної особистості, за вдалим визначенням Л. С. Виготського. Психологія не дуже багато знає про те, як саме опосередковуються інстинктивні потреби специфічним духовним станом системи організму, і що являє собою цей стан. Але зрозуміло одне – це опосередкування відкриває людську дитину до зовсім особливої зустрічі з соціальним оточенням. Зустрічі, дуже відмінної від подібного контакту вищих тварин, і мова тут далеко не лише про відсутність або нерозвиненість певних морфологічних задатків (згадайте лишень досліди зі сліпоглухоніми дітьми).

Світ соціального зовсім не протистоїть людині, як це розуміють деякі теоретики. Він огортає і запрошує. С. Л. Рубінштейн свого часу дуже обережно зауважив, що людина не лише протистоїть світу, вона ще й перебуває всередині нього, огортається ним. І в такому існуванні вона – невід'ємна частина цього світу. Екзистенціальна психологія "вхоплює" це дуже акцентовано: для неї особистість є "існування – людини – в – світі". Хоча наступна теза щодо "закінутості" людини у світ справедливо критикувалася Рубінштейном: людина не закинута в світ, вона – частина його, частина, яка рефлексує принципово весь світ, у тому числі й той, що поки що не даний актуально. Такою людина стає завдяки зустрічі людського індивіда з соціальним світом. Останній існує в трьох основних формах – інші люди, взаємостосунки між людьми та предмети культури як особлива форма опредметнення – втілення внутрішнього світу (духовності) інших людей. Активність (на початку переважно біологічна), опосередкована духовним ста-

ном, змушує людину виявляти себе і водночас – привласнювати соціальне оточення, переводячи його у своє – ідеальне (екстеріоризація – інтеріоризація). Так відпочаткова складна єдність (організм – стан), яка існує як потенція (те, що може статися), набуває чіткості і виразності: виникає дійсний внутрішній світ людини – її Я. Це – усвідомлений світ думок і бажань, прагнень, цінностей, мрій. Це – особистість. І в ній немає окремо – біологічного, окремо – соціального, окремо – духовного. Вона – цілісна і унікальна. Навпаки, тепер вже "її" біологія (тіло) відокремлюється ("Я – не тіло, але я маю тіло"), як відокремлюється ідеальне (Я – не мрія і не бажання, але я маю мрії і бажання).

Однак виникнення ідеального не означає припинення "стосунків" між ним і матеріальним (тілом). Виникає нова складна форма взаємостосунків – сполучання. Тіло (біологічне), крім того, що воно є атрибутом (носієм) особистості, ще й залишає значну долю самостійності – воно продовжує існувати за законами природи (біології). Воно відносно самостійне, оскільки його контакт з ідеальним є необхідністю і формою існування: воно змінює ідеальне, але й саме змінюється під дією останнього. Те саме спостерігається з боку ідеального. Сполучання – це суперечлива, внутрішньо конфліктна єдність двох самостійних і самодостатніх начал, які, однак, не можуть існувати одне без одного. Тому існування особистості і являє собою дійсну драму, як це вдало висловив Л. С. Віготський. Саме таке складне матеріального біологічного і ідеального зумовлює цілісність і унікальність особистості. Разом ці дві центральні властивості породжують специфічну річ – форму особистості. Традиційно у психології під формуванням розуміють сукупність засобів соціального впливу на індивіда з метою створити в нього систему певних соціально-позитивних властивостей і рис. Однак поняття формування не може бути вичерпане цим розумінням. Л. І. Анциферова зазначає, що формування "означає процес створення під впливом різних факторів особливого типу відношень всередині цілісної психологічної організації особистості". Особистість, розвиваючись, набуває певної форми – способу організації. Форма охоплює як внутрішній світ особистості, так і систему її зовнішніх проявів. Саме форма є прямим виявом цілісності і унікальності особистості: вона забезпечує пластичну і гнучку стійкість особистості, завдяки динаміці взаємозв'язків між одиницями структури. Оскільки форма – це вияв, по ній ми пізнаємо дану конкретну особистість. Формування – процес, що не обмежується часом (його обмежує лише фізична смерть індивіда, хоча й після неї в його особистості ще довго можуть відкриватися невідомі аспекти, риси, властивості, особистість і після смерті тіла може до-формовуватися). Постійний, плинний розвиток форми являє собою спосіб існування особистості.

Можна виділити такі рівні розвитку особистості (як "об'ємного", "оформленого цілого"):

*на першому рівні* ще відсутня рефлексія власного внутрішнього світу, який лише формується, створюється. На цьому рівні особистісні якості створюються в процесі подолання труднощів у досягненні власних цілей;

*на другому рівні* розвитку особистість формує власне оточення, передбачає наслідки і планує події, обирає друзів і т. ін.;

*на третьому рівні* особистість стає суб'єктом власного життєвого шляху, який вона сама обирає. Інша ознака цього рівня – особистість стає суб'єктом розвитку свого власного внутрішнього світу, формує власне Я. Саме на цьому рівні основною стає якість унікальності.

Наступна фундаментальна якість особистості – її **активність**. У вітчизняній психології активність розглядається як антитеза реактивності (реакція – акція / поведінка / у відповідь на подразнення). Звісно, принцип реактивної поведінки, в цьому сенсі, збе-



рігається у людини протягом усього життя, вже хоча б тому, що за цим принципом діє організм. (Нагадаємо, що реактивність поведінки – провідний принцип біхевіористичних уявлень). Але особистість відрізняється саме тим, що поряд з реактивною переважаючою стає активна поведінка, тобто поведінка, що спонукається власними усвідомленими цілями і мотивами. Дана особливість відзначається в багатьох теоретичних уявленнях. Так, З. Фрейд говорить про "принцип реальності" в поведінці всупереч "принципу задоволення". В останньому випадку розуміють поведінку, що виникає у відповідь на інстинктивну потребу, коли не враховуються ні зовнішні, ні внутрішні обставини (Л. С. Виготський вдало називає таку поведінку "поведінкою в обхід особистості"). Поведінка за "принципом реальності" є усвідомленою і зваженою, це поведінка за інтенцією Его. А. Адлер, для того щоб підкреслити здатність особистості до визначення власної поведінки, вживає термін "креативне Я". Кожна людина, вважає Адлер, може здійснювати різні дії під впливом зовнішніх або внутрішніх факторів, у тому числі й таких, як стереотипи та звички (реактивність), але не тільки... Особистість відрізняється тим, що вона має особливу інстанцію – "креативне Я", яка в найвідповідальніші моменти життя здатна породжувати виключно власні цілі і лише їм підпорядковувати поведінкову активність. Це, за Адлером, ключова ознака дійсної особистості. У вітчизняній психології активність особистості (в такому її розумінні) розглядається в термінології "довільність – мимовільність". Тут фіксується важливе протиріччя: з одного боку, особистості притаманна керована, детермінована, зумовлена поведінка. Тобто, поведінка обмежена (метою, ситуацією, уподобаннями, інстинктами – в даному випадку це несуттєво). З іншого боку, як зауважує Е. В. Ільєнков: "Людині притаманна вільна, тобто така, що здійснюється свідомо, дія, узгоджена лише з універсальною всезагальною метою роду людського". Це протиріччя вирішує Л. І. Божович у дослідженні основних етапів розвитку вольових дій в онтогенезі. Спочатку довільна поведінка формується завдяки "натуральній" потребі, яка безпосередньо спонукає дитину долати перешкоди на шляху до її задоволення. Це, за словами Е. Кречмера, – "гіпобулічний етап" формування довільності. Він притаманний малим дітям і хворим на розлад вищих психічних функцій. На наступному етапі розвитку особистості людина в умовах боротьби сильних і протилежно спрямованих афективних тенденцій починає використовувати інтелектуальні плани дій. Вона зважає, оцінює, уявляє собі результати вчинку. Кінець кінцем, приймається рішення, ставляться власні цілі, формуються наміри. Отже, цілі і наміри (К. Левін) являють собою психічні новоутворення, що виникають в результаті зустрічі афекту й інтелекту. Це є другий, за Божович, етап розвитку вольової сфери. Поведінка здійснюється завдяки свідомій регуляції людиною власної мотиваційної сфери, і найважливіший мотив визначається через інтелектуальні операції.

Третій етап, вважає Л. І. Божович, виникає в результаті інтеріоризації засобів організації поведінки і формування інших вищих психологічних систем, що несуть у собі додаткові мотиваційні сили, які здатні безпосередньо, минаючи свідому регуляцію, спонукати людину до здійснення вчинку. На цьому етапі поведінка набуває вигляду мимовільної. Людина, наприклад, може не роздумуючи, миттєво кинутись на захист іншого або з ризиком для життя відстоювати власні уподобання. Таку поведінку Л. І. Божович називає "постдовільною". Вона є результатом взаємодії в кожній ситуації внутрішніх особистісних структур, самої ситуації і системи загальнолюдських цінностей і смислів, прийнятих даною людиною. Ми бачимо тут розвиток "по спіралі": поведінка ніби й не регулюється, але відповідає загальнолюдським принципам гуманізму. Таким чином, розвиток довільності (активності) "розширює" особистість до духовних скарбів цивілізації.

Суттєвою ознакою особистості є її **здатність до вираження** власного внутрішнього змісту. Мова йде про принципово творчу сутність особистості і її становлення.

"Особистість, якщо вона є, – підкреслює О. Ф. Лосев, – взагалі мислиться завжди і незмінно впливаючою і діючою". Виразне існування, тобто особистісне існування, за Лосевим, є завжди синтезом двох планів буття – внутрішнього і зовнішнього. Зовнішнє буття особистості – це її вигляд, лик, те, що сприймається іншими. Внутрішнє ж – це сутнісне, осмислююче і те, що припускається. Ми сприймаємо особистість, але вже в цьому акті якось охоплюємо і враховуємо те, чого "не видно", але що виражається з глибини. "Термін "вираження" вказує на певне активне спрямування внутрішнього в бік зовнішнього, на деяке активне самоперетворення внутрішнього у зовнішнє". Якщо особистісне буття є виразним, це означає, що особистість має внутрішню і зовнішню сторони, вони знаходяться у постійних динамічних взаємопереходах і домінує тут внутрішнє (якщо домінуючим буде зовнішнє, перед нами буде не особистість, а простий набір соціальних ролей, функціонер, або "гвинтик"). Виражаюча активність внутрішнього світу людини викликає життєвий рух особистості, в якому вона зустрічається з соціальною дійсністю. Соціальна поведінка будується як засвоєння і виконання великої кількості соціальних ролей. Утворюється так званий рольовий шар структури особистості. Рольова поведінка, наприклад, професійна, може бути досить міцною і ригідною, пригнічувати виразність. Тоді особистість знеособлюється, інволюціонує. Розвиток же полягає в тому, що виразність "проходить" через шар соціальних ролей і особистість, її сутність відбивається на поведінці і на продуктах діяльності. Розвиток вираження – втілення особистості становить гостру педагогічну проблему. Як переконливо показав О. С. Арсенєв, у педагогічному процесі цілі розвитку творчості (вираження, опредметнення) і традиційні задачі навчання і виховання – є антиномічними. Педагогічна система, як відображення системи державної, має на меті, перш за все, адаптувати дітей до наявних соціальних умов життя. Це відбувається через пригнічення виразності (шар соціальних ролей пригнічує виразність). Цим досягається органічне пристосування дитини до соціальної дійсності, але при цьому блокується творче начало. Вирішення цієї дилеми, розвиток креативності дітей і дорослих залишається глобальною проблемою сучасної світової освіти.

Серйозним є питання сфер вираження особистості. Людина сучасного світу може втілювати себе у виробничій сфері, художній або науковій творчості, в системі комунікації. Питання вибору особистістю сфери реалізації себе є також проблемою навчання і виховання. В теоретичній психології існує оригінальна гіпотеза В. В. Давидова про сполучальний розвиток різних сторін свідомості людини. Вибір суб'єктом сфери своєї реалізації (втілення) визначається, згідно з цією гіпотезою, особливим психологічним механізмом, який полягає у можливості особистості самій вибирати предмет власної активності. Наприклад, при сприйманні музичного твору (акт, безумовно, креативний) можуть виражатися різні "сутнісні сили" особистості, в залежності від того, предметом якої діяльності робить музичний твір суб'єкт сприймання: навчальної (коли він вчиться чомусь на даному еталоні), пізнавальної (якщо сприймає, скажімо, мистецтвознавець), моральної (якщо предмет сприймання – виховний потенціал твору), утилітарної (якщо сприймання відбувається виключно задля розваги і відпочинку). Гіпотеза Давидова, а також доповнююча концепція гетерогенності розумових процесів П. Тульвісте, безумовно, є прогностичними і цікавими. Але слід визнати, що навіть за умови їх прийняття залишається питання про причини саме такого опредметнення (втілення). Тут аж ніяк не можна обмежуватися вихованням, а слід враховувати і власне організмичні (індивідуально-типологічні) особливості людини, адже схильність її до певної діяльності насправді багато в чому визначається ними.

Наступна сутнісна ознака особистості – її принципова **незавершеність, відкритість**.

М. М. Бахтін свого часу писав: "... не можна перетворювати живу людину на безголосий об'єкт заочного завершеного пізнання. В людині завжди є щось, що лише сама вона може відкрити у вільному акті самосвідомості і слова, що не піддається зовнішньому заочному визначенню". Мова йде про незавершеність "внутрішньої" особистості людини.

У стані дійсної особистісної активності, "на порозі" справжнього життєвого вчинку, особистість завжди непередбачувана через те, що нікому (в тому числі і їй самій) до кінця не відомі дійсні можливості, глибини ("вершини", – сказав би Л. С. Віготський) особистісної природи. Достоевський недаремно відмовляється від психології: сучасна йому (та й нинішня) наукова психологія знаходиться лише на шляху до дійсного пізнання змістовних підвалів особистості. Та сама духовність, яка у вигляді потенційного стану відпочатково зумовлює особистість як можливість, далі, по життю, зміцнюється й розвивається, піднімаючи невідомі пласти природи і роблячи людину дійсно до кінця незабагненою і нескінченною у своєму становленні, що не завершується ніколи. Незавершеність – це хоча й не пізнана, але дуже важлива ознака особистості, врахування якої є абсолютно необхідним.

Здатність до **саморегуляції** – поведінки – ще одна сутнісна ознака особистості. Відомо, що досить довгий час в онтогенетичному розвитку збалансованість психологічних процесів досягається завдяки неусвідомлюваним механізмам так званої базальної емоційної регуляції. Ці механізми працюють незалежно від бажання людини, і сенс їх роботи полягає в забезпеченні психологічно комфортного і стабільного стану внутрішнього світу. Вони діють протягом всього життя людини, але з ускладненням життєвої ситуації (а це є прямим наслідком розвитку і соціалізації) їх дія виявляється недостатньою – занадто складними й неоднозначними стають умови життя. Тому в особистості здійснюється формування принципово нових механізмів, які управляються свідомо самою людиною. Першим з відомих є механізм вольової регуляції поведінки. В ситуації боротьби різних (а часто й протилежних) мотивів, вольове зусилля забезпечує вибір і безконфліктний подальший життєвий рух. Виникнення такого механізму є справжнім і значним надбанням особистості. Але виявляється, що він лише частково полегшує стан невизначеності і протистояння. В експериментах доведено, що внутрішнє протистояння мотивів після вольової дії повністю не припиняється і стан психологічного комфорту, як правило, не виникає (дуже яскраво це описує теорія когнітивного дисонансу). Напруга і внутрішня конфліктність супроводжує дію даного механізму весь час. Чому ж, в такому випадку, існує багато ситуацій, коли напруження дійсно спадає і особистість виявляється самовідрегульованою? Дійсно, таких ситуацій – більшість, адже інакше ми всі були б невротиками. А можливим це виявляється тому, що саморегуляцію здійснюють зовсім інші, складні і потаємні механізми. Деякі з них дослідила Б. В. Зейгарнік. В основі цих механізмів лежить особливе переживання, яке автор розуміє як активну діяльність (про-живання) по породженню нових життєвих сенсів. Залучення додаткових сенсів відбувається за рахунок розширення усвідомлення і виявлення нових контекстів діяльності. Це призводить не до загострення і придушення конфлікту, а до гармонізації сфери інтенцій. Механізм, що діє при цьому, являє собою, за словами Зейгарнік, "рефлексивне відчуження негативного сенсу та включення дії у більш широкий смисловий контекст". Отже, ми бачимо, що процес саморегуляції передбачає не просто вольове зусилля, а перебудову смислових утворень, умовою якої є їх усвідомленість. Нові сенси породжуються лише в процесі особливих переживань. Видно, як у цій точці своєрідно

перетинаються три лінії становлення особистості, що виокремлені нами в попередньому аналізі (довільність, інтеграція, переживання). В результаті відбувається те, що дістало назву механізму смислового зв'язування, коли встановлюється внутрішній зв'язок із ціннісною сферою особистості і нейтральний до цього зміст перетворюється в емоційно заряджений сенс. Результатом цієї роботи є виникнення нових інтенцій і гармонізація внутрішнього світу особистості. Найважливішими умовами дії механізму смислового зв'язування Б. В. Зейгарнік вважає "розвинену уяву, володіння широкою часовою перспективою, наявність ієрархізованої смислової сфери". Таким чином, даний механізм може існувати лише в інтегрованій, зрілій особистості, адже в такому вигляді процес саморегуляції є суто індивідуальним і пов'язаним з системою цінностей і мотивів даного суб'єкта, його сприйняттям світу тощо. Зейгарнік наводить чудовий приклад дії даного механізму, який ми тут відтворимо. Мова йде про повість Г. Гессе "Курортник". Головний герой (письменник) приїхав на курорт у Баден, щоб відпочити і потім плідно попрацювати. Проте його плани нашоухнулися на значні перешкоди, оскільки сусідом по кімнаті виявився надто гамірний і невихований голландець. Біля нього постійно юрбився натовп людей. Кілька ночей підряд письменник просто не міг спати. Чутливий до найменшого шуму, він змушений був слухати непотрібні розмови і сміх нескінченних гостей, важкі кроки вранці, що руйнували його сон. Всі відчайдушні спроби в цих умовах відпочити і попрацювати закінчувалися повним розчаруванням. Кінець кінцем, письменник почав відчувати справжню ненависть до свого сусіда, і його життя перетворилося на справжнє пекло. Неefективними виявилися такі механізми саморегуляції, як волевове зусилля та спроби дати вихід негативним емоціям у фантазіях. Тоді він приймає абсолютно парадоксальне рішення – полюбити голландця. Майстерний опис досить довгого процесу породження нового сенсу і виникнення нового типу відношення до ситуації повний драматизму і вміщує всі складові цього процесу: руйнація агресивних почуттів і постановка задачі на їх зміну, пошук цінності для їх перебудови і звернення до євангельської заповіді "Полюби ближнього свого", надання цій цінності конкретної форми через позитивне емоційне насичення образу голландця за допомогою професійних письменницьких засобів (голландець стає головним героєм створеного вночі літературного твору). Важкий творчий процес закінчився, як пише автор, "повною перемогою над голландцем". Він уже не викликав тих болісних переживань, що заважали письменнику відпочивати і працювати. Отже, герою вдалося впоратися із ситуацією завдяки дії механізму саморегуляції – смислового зв'язування.

Ми навели цей приклад задля того, щоб ще раз звернути увагу на те, що вищі і найскладніші механізми саморегуляції поведінки можуть здійснюватися лише всією особистістю – цілісною і інтегрованою. Отже, можна високремити такі послідовні етапи становлення саморегуляції в системі інтеграції особистості:

*базальна емоційна саморегуляція;*

*волевова саморегуляція;*

*смислова, ціннісна саморегуляція.*

Повторимось: попередні ланки не зникають у процесі становлення, вони стають допоміжними і другорядними, але продовжують існувати. Якоюсь мірою правильним буде говорити, що переважання певних механізмів саморегуляції поведінки слід розглядати як показник рівня розвитку інтегративних процесів особистості.

Тепер цілком закономірно постає проблема сенсу. На певному етапі свого розвитку людина зустрічається з новим для себе переживанням – стражданням від відчуття внутрішньої порожнечі і недостатності сенсу життя. Це так званий екзистенціальний вакуум. Поява цього переживання означає для психолога дуже позитивну, як це не дивно, річ – у

людини з'явилося прагнення відкрити сенс життя. Це прагнення В. Франкл назвав фундаментальною мотиваційною силою людини. Нам необхідно віднайти сенс буквально у всьому – в подіях, у поведінці інших людей, власних переживаннях. Існує також поняття вищого, життєвого або екзистенційного сенсу, яким особистість прагне наділити життя людини, – страждання, смерть, кохання та інші термінальні цінності. Франкл пише: "Прагнення знайти сенс – первинна сила у житті людини. Цей сенс є унікальним і специфічним для кожної людини і може бути здійснений тільки нею самою; тільки тоді стає значимим те, що воля задовольняє прагнення людини до сенсу". Відкриття сенсу означає відкриття особистості до зовнішнього світу. Це дуже важливі, кардинальний і зламний момент людського існування: людина перестає знаходитися лише всередині власного Я, лише всередині життєвих ситуаційних інтересів – вона виходить за конкретну ситуацію і стає людиною всього світу. Тут, ми бачимо, перетинаються лінії інтеграції і взаємовідносин зі світом – світ перестає бути "навпроти" людини, і навпаки, вона опиняється всередині світу, "огортається" ним і споріднюється з ним.

Цікавою є заочна дискусія В. Франкла з А. Маслоу та К. Роджерсом з приводу того, що є головнішим у житті і розвитку особистості – сенс чи самоактуалізація. Франкл аргументовано доводить, що самоактуалізація (як прагнення людини стати тим, ким вона, в принципі, може стати) є лише моментом, аспектом прагнення людини до життєвого сенсу, і, отже, – центральним напрямом розвитку особистості є відкриття сенсу. Разом з тим, абсолютна більшість сучасних теоретиків психології особистості притримується саме позиції Маслоу і Роджерса, вважаючи, що саме самоактуалізація є магістральною лінією розвитку особистості. При цьому якимось не приділяється уваги тому, що оці терміни: "саморозвиток", "самоактуалізація", "самоздійснення", "само-реалізація" – коріняться в ортодоксальному юнгівському психоаналізі. І всі вони є синонімами юнгівської "індивідуації", адже "самоактуалізуватися" – в дійсності зовсім не означає "актуалізувати самого себе". А означає це – "актуалізувати самість", тобто дійсне під-, а потім і надсвідоме підґрунтя людської особистості. Ми вже бачили, що подібні уявлення відносяться до концепції "розгортання" особистості. Заперечень нема – це красиві, приємні і стрункі теорії, але ж вони, на жаль, ненаукові. Це, швидше, філософсько-культурологічні побудовання. В дискусії Франкла з Роджерсом і Маслоу неправі всі. Адже вони шукають центральне і суттєве не в об'єкті дослідження (особистості), а в своєму уявленні про цей об'єкт. Але ж це – речі зовсім різні. Якщо ж говорити про особистість, яку треба вивчати, тобто про живу конкретну людину, то для неї центральним є весь життєвий шлях, і все, що на ньому є, – першочергове, домінантне і надсуттєве: від конфлікту на роботі до екзистенційних проблем сенсу буття. Тому ми й вважаємо, що науковий підхід до проблем розвитку особистості мусить адекватно відображати цей процес, а не придумувати його. Саме в такій постановці нам здається, що логіка, яка тут запропонована, можливо, й не така красива і струнка, але більше наближена до реального життя людини. Разом з тим, значний інтерес до теорій самоактуалізації не можна замовчувати і не враховувати. Важлива саме логіка цілісного підходу. Адже ніхто не сперечається з тим, що, скажімо, процес самоактуалізації, або формування Я-концепції, або пошук сенсу життя – є дуже важливими моментами життя особистості. Але вони – саме моменти, і в цьому вся справа! Одна логіка – вивчати розвиток особистості як цілісний процес, що йде по окремих лініях, і бачити в цьому процесі важливі і суттєві моменти. І зовсім інше – взяти штучно якийсь момент, зробити його центральним і сказати, що це і є вся особистість, а її розвиток є розвитком виключно даної структури, з урахуванням його впливу на інші.

## Поняття особистості в психології



## 2.1.2. Онтогенез особистості

Генетична психологія ґрунтується на тих логіко-методологічних засадах, що, як вже неодноразово відзначалося, дійсне пізнання і розуміння об'єкта дослідження можливе лише за умови простеження виникнення і становлення даного об'єкта. Тож з генетичної точки зору, для того, щоб зрозуміти, що таке особистість, треба пояснити і показати (відтворити в моделях) процес її становлення, визначити, яким чином і в результаті дії яких саме закономірностей і механізмів виникає і розвивається особистість як цілісність. Цей шлях пошуку призводить, кінець кінцем, до можливості відповіді на питання: "Що розвивається?", "Що є об'єктом розвитку?".

На перший погляд, у психології приділялася і приділяється більш ніж достатня увага дослідженню проблеми розвитку особистості. Проте це дійсно лише на перший погляд... Ретельний аналіз великого масиву літератури засвідчує, що в абсолютній більшості випадків завдання вивчення розвитку особистості конкретизується і реалізується як вивчення розвитку окремих психічних явищ або їх групи (редукціонізм). Мета ж розуміння психологічної сутності особистості через осягнення шляхів і механізмів її становлення взагалі навіть не ставиться. Одним з наслідків цього є доволі чітке і напрочуд легке логічне розведення теорій розвитку особистості на так звані "біологізаторські" і "соціологізаторські". Просто перша група теорій будується на узагальненні емпіричних фактів про становлення окремих психічних явищ, на які (нібито) більше впливають біологічні (спадкові) фактори, а друга – вивчає психічні явища, що розвиваються більше під впливом соціального оточення. Звісно, ці теорії фіксують дійсний стан речей: адже особистість і справді дозріває як біологічна істота, а з іншого боку – вона формується як істота соціальна. І дозрівання, і формування є складовими процесу розвитку особистості, але вони не є цей розвиток, і не "дають" його навіть при складанні між собою. (Останнє є саме по собі доволі проблематичним моментом, і з того часу, як О. В. Запорожець зауважив, що взаємостосунки дозрівання і формування не досліджені в психології, нічого не змінилося). Ми можемо зазначити зараз, що психологія не має теорій розвитку цілісної особистості через один суттєвий момент: втрачена "третя складова" розвитку, а саме – саморозвиток. Свого часу Г. С. Костюк зазначав, що недостатність існуючих протилежних підходів для дійсного розуміння розвитку особистості повинне долатися "науковим розумінням процесу становлення людської особистості як "саморуку", що визначається єдністю його зовнішніх і внутрішніх умов". 30 років по тому ця ж думка висловлюється В. І. Слободчиковим та Є. І. Ісаєвим: "Мова повинна йти про розвиток не лише за сутністю природи (дозрівання), не лише за сутністю соціуму (формування), а перш за все за сутністю людини – про саморозвиток: як фундаментальну здібність людини ставати і бути дійсним суб'єктом свого власного

життя". Отже, нічого позитивного в даному напрямі за ці роки в психології особистості не відбулося... Генетико-моделюючий метод, як було показано, включає принцип саморозвитку, тож подальший наш аналіз буде здійснюватися саме в межах даного методу.

Нам здається, що є сенс поставити фундаментальне питання (як не було поставлене ні Г. С. Костюком, ні Слободчиковим (як, загалом, і іншими дослідниками): це питання про витоки, рушійні сили саморозвитку цілісної особистості. Тут знову працює генетична логіка: констатація наявності явища (саморозвитку), його опис зовсім не означає його дійсне розуміння, коли ми не вирішимо, як, завдяки яким витокам це явище виникає і розвивається. З іншого боку, увага до феномену саморозвитку не є випадковою – адже це сутнісна, ключова функція особистості. Можна сказати навіть так: особистість існує як цілісна структура, що забезпечує реалізацію функції саморозвитку, саморуку. Отже, як з'являється дана функція? Всебічний поглиблений аналіз людського існування, а також численних теоретичних уявлень про нього дозволяє нам визначитися в цьому аспекті: витоком саморозвитку (а отже, і особистості в цілому) є *нужда* як енергетично-інформаційна сутнісна якість, що забезпечує експансію життя в онто- і філогенезі. *Нужда* виступає як єдина вихідна інтенційна сила, діяльність якої "запускає" складну систему "особистість" і забезпечує її розвиток як саморозвиток. Вона, ця сила, є унікальним носієм динаміки життя, зокрема, життя людини. *Нужда* породжує не просто існування, і не просто онтогенез; саме *нужда* зумовлює унікальне явище життя і його розвитку: еволюція життя виявляється спрямованою, і спрямована вона в бік постійного ускладнення і прогресу. Таким чином, *нужда* визначає наявність у біологічній еволюції детермінанти: розвиток виявляється детермінованим не наявним рівнем морфологічної, анатомічної будови чи функціонування, він детермінований майбутнім – це рух до ускладнення. Дане явище отримало в сучасній науці назву "ортогенез". *Нужда* в такому її розумінні є джерелом існування і розвитку будь-якої живої істоти, а не лише людини. Однак нам уявляється, що за своєю власною природою *нужда* є динамічною і відкритою до самозмін. Тому вона здатна модифікуватися в межах систем, де вона діє, і ця модифікація породжує нові, складніші функції і, відповідно, структури, що покликані їх реалізувати. Самозмінна і здатність еволюціонувати означає, що *нужда* рослини, тварини і *нужда* людини – це єдиний за глибиною природою енергетично-інформаційний носій, але ті зміни, які він отримав, знаходячись в межах окремої ланки життя (наприклад, рослинної), призводять до того, що подальша її дія, подальше всезагальне її існування вимагає і з необхідністю породжує більш складні системи, які її реалізують.

Ми зовсім не даремно зачіпаємо і підкреслюємо тут глобальність природи *нужди*. Адже це дозволяє зрозуміти нерозривну єдність усього живого, що існує на Землі. З іншого боку, таке розуміння сприяє вирішенню теоретико-логічної проблеми визначення дійсного місця цього явища в ряду відомих інтенцій живої істоти і, безумовно, людини. Найлегше і найшвидше впадає в око близькість *нужди* до Фройдівського *libido*, і отже, виникає бажання ототожнити ці інтенції. Але ця близькість є уявною і абсолютно не відповідає дійсності. Якщо говорити про Фрейда, то у нього *libido* означає лише сексуальний потяг "у первинному медичному сенсі". *Libido* тут дійсно є силою, вияв якої забезпечує дію інстинкту продовження роду і через нього – експансію життя. Отже, *libido* за Фрейдом – енергетичне утворення виключно вузько-сексуального спрямування; і з іншого боку, породжується воно і водночас виявляється в інстинктивній, тобто – спрощеній, схематизованій, біологічно запрограмованій поведінці. Таке розуміння дійсно дуже далеке від нашого уявлення про *нужду*, хоча слід зазначити й таке: за самим сенсом слова, за його етимологією, *libido* в цілому є повністю адекватним нашому розумінню *нужди*, хоча й не тотожним йому. Редукція терміну, швидше за все, не задовольняла

самого автора, який у своїх пізніх роботах все більше схилився до всезагального значення даного явища, кінцею кінцем вирішивши ввести новий (для себе, звісно) термін "Ерос", що означає фундаментальну життєву силу, а швидше навіть – "космічне начало існування". Однак ретельний аналіз робіт цього періоду засвідчує, що З. Фройд, працюючи реально з даним поняттям, все ж залишається в межах суто сексуально-інстинктивних. Важливим для нас є відзначення парадигмального положення Фройда щодо протистояння соціального лібідозній енергетиці, при виключно конфліктному підґрунті розвитку структури і динаміки особистості.

Набагато змістовніше і цікавіше розробляв поняття *libido* К.-Г. Юнг, приводячи його до дійсного філософсько-світлоглядного звучання. Зазначаючи, що "поняття *libido* надається у функціональному відношенні таке ж значення в галузі біології, яке у фізиці має поняття енергії", Юнг розвиває поняття *libido* до означення всезагальної психічної енергії, життєвої сили, що притаманна всьому органічному світу. Далі Юнг пропонує власну "генетичну теорію *libido*" і розбудовує її до філософського рівня. Він вважає, що *libido* забезпечує пристосування організму до оточуючого середовища, виявляючись тут як "позасексуальне" відгалуження споконвічно єдиного потоку. "Цей розгляд приводить нас до поняття *libido*, яке в самому розширенні йде далі меж природничо-наукового формулювання до філософського світобачення, до поняття волі взагалі", Юнг звертає увагу, що в його тлумаченні поняття *libido* стає поруч з такими уявленнями, як Ерос Платона, світова душа як енергія розуму Плотіна, воля Шопенгауера *etc.* Юнг особливо підкреслює здатність *libido* розділятися, що є передумовою будь-якого розвитку і творчості: "душа світу в "нескінченність всього життя" і тому виключно – енергія, вона є організм ідей, які набувають у ній дійовість і дійсність". Зазначається, що у багатобарвності явищ природи вплюється "воля *libido*" в найрзноманітнішому застосуванні і формуванні. У цій, загальнофілософській, частині ідея Юнга є дуже привабливою, оскільки відповідає дійсному стану речей. Але лише в цій, абстрактній частині. Подальший аналіз засвідчує, що лише в цій частині Юнгу вдалося підійти до розуміння сутності психіки людини "зверху", тобто – з точки зору глобально-природних і культурних явищ. Коли ж справа доходить до тлумачення конкретних механізмів дії цього всезагально-глобального *libido*, Юнг, незпомітно для самого себе, пояснює їх у традиційній психоаналітичній (Фройдівській) поліці – "знизу". Він цілком справедливо, хоча (зауважимо в дужках) і не відкриваючи нічого особливо нового, вважає, що поява людської психіки, свідомості пов'язана із специфічним подвоєнням природного світу, завдяки здатності людини створювати символи. "Нове" тут передбаналося у відкритті механізму: для Юнга символ виникає як наслідок дії всезагальної енергії *libido*. Але, на жаль, нове лише передбачалося: К. Юнг пояснює цей механізм, виходячи вже не з того *libido*, природу якого він описав філософськи, а виключно з *libido* Фройдівського – нереалізований сексуальний інстинкт "відгалужується" і вплюється у специфічний рух, предмет або образ, що символізує... статевий акт. І далі Юнг, використовуючи свою дійсно феноменальну ерудицію, намагається довести, що і добування вогню, і малювання, і писемність, і мовлення і... все інше суто людське є символами, що створені завдяки "відхиленню" *libido*, але – виключно як сексуального інстинкту. Отже, Фройд залишається непереможеним. Коли Юнг переносить свою логіку в галузь онтогенезу, він виявляється ще ближче до Фройда. До речі, ми могли б тут з цікавістю проувалити, в чому ж проблема Юнга-дослідника? Парадоксально: він набагато раніше Фройда почав розробляти ідею *libido* як всезагального (а не лише вузько-сексуального) носія життя, в тому числі – розумного життя. Він перевершив Фройда у філософсько-методологічному плані, але, поосорнувшись з цією власною (дійсно цікавою, глибокою і перспективною) позицією в психологічній межі – мусив



"з'їхати" на Фройдівські уявлення... Здається, що це – проблема не лише вченого, а й особистісна позиція, вірніше – міжособистісна: страшно робити крок, який випередить маестро засновника... Про це, між іншим, свідчить і те, що Юнг не вводить новий термін адже те явище, яке постулював, філософськи описав і довів він, є зовсім несхожим на *libido* Фройда, яке вже на той час настільки зросло з іменем автора, що особистісна позиція Юнга виявилась від початку прогративною: він хотів розширити галузь улюбленого поняття творця психоаналізу, а вийшло, що він знайшов інше явище, цікавіше і глибше. Тут діяв подвійний негативний ефект: з одного боку, ми певні, що читачі не дуже-то й переймалися змістом юнгівських теоретизувань, зустрівшись з терміном *libido*, а з іншого боку – Фройд обов'язково відчув це випередження Юнга і, мабуть, для їхніх взаємостосунків було б краще, якби останній не побоювся ввести нове поняття. Але Юнг у цій своїй позиції виявився послідовним – він "приклеїв" Фройдівський старий механізм до нового явища, а потім відмовився описувати власне психологічну (не філософсько-світглядну) природу цього явища: так *libido* залишилось просто сексуальним інстинктом, а яскраві побудови Юнга "зависли" поза психологією.

І все ж теоретичні викладки Юнга приваблюють нас уже через те, що ми не знаходимо в історії психології аналогічної концепції, яка б так глибоко і майстерно торкалася природи вихідної рушійної сили онтогенезу особистості. І тому саме з цією теорією ми спробуємо порівняти наш уявлення про *нужду*.

*Нужда*, безумовно, є пліном енергії життя, але вона не є сексуальним інстинктом. І вона взагалі не є інстинктом. Останній у точному розумінні являє собою виключно біологічно запрограмовану поведінку. Така поведінка може зумовлюватись *нуждою*, і відбувається це лише в найбільш елементарних, розрізнених актах організмичного функціонування. Як справедливо зауважив свого часу Г. Олпорт – виключно інстинктивна, чисто біологічна поведінка – це аномалія; це – патологічне явище. Теза вимагає пояснення.

Традиційно термін "біологічне" використовується для опису анатомічної чи морфологічної структури організму та його суто природних функцій – руху, живлення, росту, розмноження, виділення. Отже, біологічне – це виключно натуральне, і спонукається воно такими ж "чисто" натуральними потребами, що й забезпечує існування організму. Зрозуміло, що в цій традиції вихідна енергетична сутність організму, яка й породжує конкретні потреби, має виключно натуральну природу. Тут і виникає невирішувана проблема соціального, яке слід якимось чином "додати", "включити" в існуючу енергетичну систему. Але ми хотіли б звернути увагу на цікавий факт: в межах живої природи Землі ми не зустрічаємо жодного випадку, коли організм існував би сам, відокремлено, ізолювано від інших організмів. Осмислення цього факту як фундаментального привело свого часу В. І. Вернадського і Т. де Шардена до створення теорії біосфери, а потім і ноосфери як унікальної єдності земного життя. Насправді, цей факт говорить про дуже суттєву річ: існування і експансія життя на всіх його рівнях забезпечується не лише нескінченною енергією розмноження, а й таким же нескінченим потягом до спів-існування. *Нужда* є відпочатковим поєднанням цих двох сил, які в своїй єдності і створюють могутній потік нескінченного існування. Коріння соціального, безумовно, знаходиться в найпростішій взаємодії живих істот, яка є абсолютно необхідним атрибутивним фактом, точно таким же за значущістю, як і розмноження. Таким чином, *нужда* відпочатково є поєднанням двох глобальних прагнень – розмноження і взаємодії ("біологічного" і "соціального"). Одне неможливе без іншого, і це є, якщо хочете – імператив існування живого. І виходить, що точно так, як організму, щоб жити, треба боротися з оточенням (на всіх рівнях живого), точно так йому необхідно і бути разом з іншим живим, а це викликає розвиток відповідних форм поведінки. Чому Фройд помітив тільки боротьбу, тільки

протистояння – можна лише здогадуватися, але саме це й привело його до редукації. Ми можемо звернутися ще раз до еволюції життя і зауважити, що є дуже невелика і еволюційно безперспективна група організмів (хоча й дуже чисельна), яким для розмноження не потрібен інший організм. Абсолютна більшість може реалізувати цю фундаментальну потребу виключно за умови зустрічі з іншим. Таким чином, зустріч і взаємодія стає не лише "порухом" з розмноженням, а перетворюється на його передумову. Це – "клітинка" процесу, коли соціальна (взаємодія) перетворюється (втілюється) в біологічне – нову живу істоту.

Таким чином, першою атрибутивною змістовною ознакою нужди є її гетерогенність: біологічне і соціальне тут відпочатково складають суперечливу, але абсолютно нерозривну єдність.

Інша важлива характеристика нужди пов'язана з її інформаційним аспектом. Нам здається прикрою помилкою фактичне постулювання вченими незмінності природи вихідної життєвої енергетичної субстанції (Фройд, Юнг, Плотін, Платон *etc.*). Юнг був правий відносно численних розгалужень вихідної життєвої сили. Кожне відгалуження нужди породжує живу істоту як суб'єкта реалізації її суттєвої функції. Поки живе істота – в ній існує відгалуження нужди, яке є саме відгалуженням, тобто воно залишається складовою єдиного потоку нужди. Численні життєві прояви і контакти живої істоти, всі її зміни вбираються (асимілюються) нуждою, залишаються в ній, збаганують і урівноважують цей нескінченний енергетичний плин величезною цільністю нової інформації. Кожна Зустріч двох істот, що відбувається з метою власного продовження через створення і народження нової істоти, означає не лише подвоєння енергії, але й подвоєння інформації, урештєблення існування. Саме це є вихідною умовою розвитку. Отже, другою атрибутивною властивістю нужди є її здатність до розвитку (саморозвитку).

Аналіз філо- і онтогенезу живого засвідчує, як уже вказувалося, що нескінченний плин нужди, її саморозвиток не є випадковим і частинним. Він має спрямування. І спрямований він на постійне ускладнення і підвищення інтегрованості. Цей рух завершується в умовах Землі "виходом" нужди на позицію можливості усвідомлювати саму себе (рефлексія). Але можна відповідально говорити про те, що це не є дійсним кінцевим етапом становлення нужди: просто людство виникло на цьому етапі і нужда відрефлектувала саму себе. Але рух продовжується... Таким чином, третя атрибутивна ознака нужди полягає в тому, що її розвиток є спрямованим і являє собою ортогенез.

Важливою атрибутивною властивістю нужди є її здатність до породження. Ця креативна якість виявляється в усьому, що пов'язане з життям, і це є, дійсно, справжнім дивом (О. Ф. Лосев). Але ми зупинимось тут на найбільш суттєвому. Зустріч двох відгалужень нужди, втіленої в живі істоти різної статі, породжує якісно нову нужду (інформаційно і енергетично нову), яка продовжується в існуванні нової живої істоти. Цей акт є єдиним цілісним предметним нужди в живій природі. Якщо ж говорити про людину, ми зустрічаємося з "другою" реальністю: нужда людини може створювати і нову людину, і якісно новий продукт (теорію). Особливості цього аспекту ми розглянемо нижче. Однак необхідно зазначити, що в акті створення нужди зовсім не виступає в ролі такої собі модифікованої *libido* (навіть у творчій царині), адже вона відпочатково є єдиною натуральною і соціальною.

Наступна атрибутивна властивість нужди полягає в тому, що вона існує лише у формі втілення в породжену нею живу істоту. Поза живим ми не маємо такої енергетично-інформаційної біосоціальної сутності, якою є нужда. Можна увити собі, що вона пов'язана з суттю фізичною енергетикою Всесвіту, але виникає і існує виключно як втілена в біологічну істоту. Тут, швидше за все, ми маємо ефект, схожий з тими явищами мікросвіту, відкриття яких призвело до необхідності створення принципу

доповнюваності: жива істота існує водночас і як структура, і як втілена в ній *нужда*. З іншого боку, *нужду* ми не можемо охопити іншим шляхом, окрім вивчення живої істоти, як її прояву. Отже, все залежить від ракурсу дослідження.

Атрибутивною властивістю *нужди* слід вважати її афіліативну природу. В даній роботі показано, що дійсною формою існування *нужди* є любов. У контексті аналізу *нужди*, ми схильні розглядати любов (слідом за Т. де Шарденом) досить широко, вважаючи її силою, що протистоїть космічній ентропії і зумовлює рух всіх живих істот (не лише людей) одне до одного. І саме результатом цього руху є народження.

Нарешті, необхідно зазначити, що важливою атрибутивною ознакою *нужди* є нескінченність її існування. Завершеним (кінцевим) є існування організму, особистості як носіїв і втілення *нужди*. Але завдяки Зустрічі і через неї *нужда* продовжує своє існування і є нескінченною в часі. Нам здається, що аналіз даної атрибутивної властивості дозволить, крім усього іншого, відкрити нові аспекти значення часу в житті.

Перераховані атрибутивні властивості *нужди* окреслюють (нехай поки що і схематично) її природу. Ми, зокрема, бачимо принципову різницю нашого розуміння порівняно з точкою зору Юнга та інших вчених.

Лише тепер ми можемо провести аналіз онтогенезу особистості, який є формою існування і дискретним виявом-втіленням *нужди*.

В контексті цієї задачі передчувається посилена увага наших читачів до терміну "*нужда*". Традиційно, принаймні у вітчизняній психології, дане поняття використовується для опису найбільш примітивних, нерозвинених, суто натуральних енергетичних тенденцій організму (і – виключно організму), реалізація яких забезпечує його чисто біологічне адаптивне існування. Відношення до такої тенденції в літературі однозначне: особистісне існування, – говорить Г. С. Батіщев, – полягає якраз у подоланні, закресленні, "знятті" вихідних натуральних "*нужд*", які прив'язують людину до біології, не дають їй стати вільною. За рахунок чого повинна долатися так витлумачена *нужда*? Зрозуміло й це – звісно, за рахунок соціокультурних, вищих потреб. Звідки беруться ці потреби? І от відповідь на це питання являє собою справжній "момент істини", оскільки вона водночас є методологічною позицією, яка буде реалізовуватись у подальших теоретичних побудовах авторів. Існують три варіанти відповіді: особистісні (власне людські, соціокультурні, – термінологічні тонкощі тут не важливі) потреби є такими, що "закладені" в людині відпочатково і потім – "розгортаються". В цій відповіді біля кожного слова можна сміливо ставити знак питання: ким, куди і як закладені, що означає – "відпочатково", чому і за якими механізмами розгортаються?

Другий варіант відповіді – про соціалізацію: культурні потреби формують у людині соціальне оточення. Тут зовсім нічого не зрозуміло для психології: як саме і, власне, "з чого" формуються ці потреби? І що означає те, що потребу у людини формує хтось інший? В третьому варіанті здійснюється спроба поєднати "*нужденність*" (в традиційному розумінні) з культурними потребами: "*нужди*" зустрічаються з соціальним оточенням і перетворюються на особистісні потреби. І в цьому сенсі не так уже й важливо, що саме відбувається при цій зустрічі – зіткнення і конфронтація, як вважав Фрейд, чи засвоєння і привласнення, як думав Виготський. Головне те, що сама трансформація "*нужд*" в культурне утворення не зафіксована ніким і ніде.

Як видно, жоден варіант відповіді не може нас задовольнити, оскільки всі вони передбачають вихідну "подвійність" людини – організм і соціальна істота (особистість) в кращому випадку співіснують в якомусь дивному явно надуманому просторі. Тут не просто порушується принцип неперервності (недиз'юнктивності) існування психічного як процесу, а відбувається дещо гірше – психічне якимось губиться, втрачається між

цими надфеноменами – біологічним та соціальним. (І от він – справжній момент істини: за великим рахунком, по суті справи, ніхто не відходить від Фройда, у якого психічне знаходиться "між" інстинктами (біологічним) і *super-ego*). І навіть О. В. Брушлінський, який дуже серйозно, компетентно і ґрунтовно захищає принцип недиз'юнктивності, не витримує і робить застереження: "На будь-якому своєму онтогенетичному етапі (крім першого) будь-яке психічне формується і розвивається з психічного ж. Дещо огрублюючи сутність справи, можна навіть сказати, що у будь-якого немовляти психічне виникає лише "один" раз – на самому початку онтогенезу, і потім воно лише формується і розвивається на основі вже існуючих психічних утворень" (підкреслено нами. – С. М.). Чудовий фахівець робить маленьке, здавалося б, послаблення, але цей один раз – багато чого вартий: ним закреслюється вся концепція, сама по собі абсолютно вірна і евристична.

Ми ставимо дуже просте запитання: чи можна будь-яку (взагалі – БУДЬ-ЯКУ) внутрішню інтенцію вважати не психічною, тобто такою, що не з'являється в результаті відображення і не спрямовує надалі це відображення, такою, що не само-регулює? І тут є лише одна (і теж – "проста") відповідь: звичайно, ні! Найпростіша, "найбіологічніша" інтенція є психічною за визначенням, вона є психіка (хоча, звичайно, психіка не є лише інтенція). Таким чином, *нужда*, навіть у традиційному її розумінні, безумовно, є психічним утворенням. Отже, немає ніякої "зустрічі" чисто біологічного з соціальним і психіка не народжується бодай "один раз", – вона вже є, вона є завжди, і *нужда* – її носій. Людина – жива істота, і це означає, що її вихідна інтенціональна природа не може істотно відрізнитися від інтенціональної природи будь-якої іншої живої істоти. Вона відрізняється принципово, але – не істотно. Тому ми й не бачимо необхідності відмовлятися від вихідного поняття. Навпаки, ми повертаємо йому його дійсне багатство: *нужда*, взагалі-то, відображає кореневу, ґрунтовну необхідність, і крім того – вона означає виражену динаміку – рух. Це є – ненасичувана динамічна тенденція. (В цьому сенсі "потреба" – набагато слабший, з точки зору активної динаміки, термін).

З іншого боку, ми не уявляємо собі можливості зрозуміти механізми онтогенезу особистості поза психодинамічним аспектом. Адже "винести за дужки" найсуттєвіше – рух системи, що тільки й існує в саморусі – означає приректи себе на повну неуспішність, або, в найкращому випадку, на те, щоб придумати ще одну статичну схему, яка жодного відношення до реального стану речей не матиме.

Особистість, як уже зазначалося, ми розглядаємо як складну відкриту систему, що саморозвивається. Напрямок розвитку особистості (філо- і онтогенез) не відрізняється сутнісно від загального напрямку еволюції – ускладнення, диференційованість, домінування розвитку внутрішнього порівняно з зовнішнім, саморегуляція, інтегрованість.

Ознаками розвитку особистості слід вважати, *по-перше*, відсутність жорсткої віднесеності до якогось заздалегідь визначеного масштабу, критерію, зразка, еталона; *по-друге*, наступність, тобто обумовленість попередніми стадіями розвитку; *по-третє*, цілісність, коли система розвивається в цілому і це випереджає розвиток окремих частин; і, *по-четверте*, універсальність розвитку людських потенцій, яка є самоціллю.

Минуле (масштаби, зразки, еталони) не може прямо і безпосередньо детерминувати розвиток особистості, оскільки воно є "нижчим" у складі особистості – "вищого". І це минуле, "нижче", змінюється і перетворюється у складі особистості, втрачаючи вихідні спрямовуючі тенденції. С. Л. Рубінштейн зазначав: "... з появою нових рівнів буття у нових якостях виступають і всі його рівні, що лежать нижче". Таким чином, вихідні тенденції і еталони насправді не зникають, а самі стають іншими, опосередковуються новим рівнем існування та майбутнім цього існування. Розглянемо дві детермінуючі

тенденції онтогенезу особистості з боку "минулого" – спадково-генетичну і власне історичну (як історію покоління). На перший погляд здається, що код спадковості (генотип) найбільш чітко і жорстко визначає існування людини, оскільки містить в собі інформацію щодо всіх можливих структур і механізмів. Виходить, існує своєрідна матриця (цілком матеріальної природи), яка зумовлює існування всього, що виникне на ній (але – лише на ній! І це є обмеженням). І знову – маємо вульгарну і спрошену логіку грубого поділу: матриця – матеріальне, а все, що вона породжує, – це її функції, властивості, тобто – не матеріальне, ідеальне (згадаймо: психіка – властивість (функція) мозку; дуже схоже на те, що запах – властивість ацетону). Ця логіка, що буквально "нав'язла в зубях", зовсім не відповідає дійсності. Генотип людини виявляється зовсім не схожим на якусь матрицю-кліше. Молекулярна генетика впевнено показує, що сам генотип є просто блискуче гнучким і рухливим: існують цілком надійні дані про те, що кількість працюючих генів дорослої людини збільшується порівняно з новонародженою дитиною в сотні тисяч разів (300 трильйонів проти 30 тисяч). Це зростання не можна пояснити тільки збільшенням у дорослого кількості клітин. Збільшення зумовлене принциповою необмеженістю можливостей людини, і генотип через зворотний зв'язок із життєвими умовами (соціальним) ніби надає можливість реалізуватися цій безмежності. Хоча мова йде саме про принципову, а не актуальну життєву ситуацію: актуально людина завжди саме обмежена умовами життя.

Інша флуктуація – за 12 років життя після народження об'єм головного мозку людини збільшується різко і значно (на 100 % наприкінці першого року і ще на 100 % – у підлітковому віці). А як сильно (і все життя) збільшується поверхня кори великих півкуль! Це збільшення є дійсно структурно нескінченним. Отже, генотип людини є принципово іншим (і за структурою, і за функціями) у порівнянні з генотипом інших живих істот. Як виникла ця іншість? Вона виникає від опосередкування: взаємодії біологічних структур із соціальними факторами. Наші гени не є чисто біологічними утвореннями: вони, як і цілісна *нужда*, вже від початку являють собою саме біосоціальну єдність. Точно так, як біологічне стає соціальним у своєму прояві (ознаки, риси, поведінка), так і соціальне стає біологічним, що помітно вже в існуванні тварин, не кажучи про людину. І оскільки навіть генотип ми не можемо вважати чисто біологічною компонентою, мова не може йти про те, що розвиток особистості хоч якоюсь мірою детермінований біологічно. Процес формування полягає в іншому: одні біосоціальні тенденції (генотип, *нужда*) зустрічаються з іншими такими ж біосоціальними тенденціями (оточуючий природний і соціальний світ) і, опосередковуючись одне одним, визначають розвиток цієї цілісності, якою є особистість людини. В цьому сенсі найбільш суперечливим є аспект співвідношення задатків і здібностей. Нам же, навпаки, він здається найбільш яскравим підтвердженням нашої ідеї. Коли кажуть, що при всіх теоретичних судженнях треба погодитись, що "людина не може вийти за межі її задатків", то кажуть ніби й правильно. Але нехай нам дадуть відповідь ще на одне просте питання: що таке задаток? Хто бачив, спостерігав хоч один задаток? Відповідають на подібні питання дуже неточно: говорять, що задатки пов'язані з морфоанатомічною структурою, вони є спадковими і, отже – не психологічними; а здібності, навпаки, є психологічними і не спадковими. Але, наскільки нам відомо, ніхто ще ніколи однозначно не дослідив жодного задатку. І це не випадково: задаток – це не те, що існує реально, а те, що існує як термін, як концепт – тобто – в голові дослідника і ніде більше. Чи відповідає цьому концепту якась реальність? Ми певні, що в строгому сенсі слова такої чіткої, окресленої, конкретної реальності (як матеріальної, морфоанатомічної) просто нема. Морфологічну будову голосових зв'язок людини можна назвати задатком мовленнєвої здібності, але, з іншого боку, сміливо можна й не називати.

Тому що мовленнєва здібність, насправді, не полягає в членуванні звуків: вона полягає зовсім в іншому. Наділити звукові послідовності значенням і сенсом, зрозуміти цей сенс, передати його, "ввійшовши" в контекст життєіснування особистості адресата – яке відношення до цього має морфологія людського горла? Звісно, що якась-таки має. Але здібність – це взагалі-то явище дуже далеке від анатомії і морфології: чи є мовленнєва здібність у сліпоглухонімої людини, яка розуміє і транслює думку, але не говорить і не чує? Яким задатком зумовлена чутливість шкіри людини до кольору, яку сформував експериментально О. М. Леонтьєв? Чи втратив музичну здібність Людвіг ван Бетховен, коли став глухим? Ми можемо поставити багато таких питань. На них відповіді не так уже й важко, треба тільки відійти від схоластичного логізування і розтинання всього на елементарні частини. Біосоціальна єдність, якою є організм людини, не детермінує розвиток особистості, а, навпаки, сама детермінується цим розвитком – змінюється, варіює, в тому числі змінюючи і "соціальну спадковість".

Точно так, як розвиток особистості не обмежується її генотипом, він не обмежується й історією покоління. Діти завжди відрізняються від батьків з точки зору соціального існування, навіть якщо вони продовжують трудові династії, виконують ті самі соціальні ролі і не виходять за межі соціальної стратифікації, займають у ній ті ж місця, що й їхні батьки та діди. Безумовно, у продовженні соціальної "справи" батьків грає роль і генетична спадковість, безумовно, тут є важливим мікросоціальне оточення в дитинстві. Але тут немає жорсткого детермінізму і рамок: людина все одно сама вибирає шлях життя, сама йде ним, досягаючи власних вершин. Є діти – продовжувачі справи батьків (хоча їх не так і багато), але вони – не "поставлені" на цей шлях і не являють собою простий зліпок – копію особистості батьків. Вони йдуть цим шляхом, тому що мають власні мотиви і цінності.

Дуже яскраво цей момент висвітлено у Юнга. Розвиток особистості в дитячому і особливо підлітковому віці, як початок руху життєвим шляхом, супроводжується і спрямовується архетипом (зрілість, мудрість, обізнаність). Юнг пише, що для нього особисто в підлітковому віці таким архетипом слугував образ мудрої незайомої людини, до якої хлопчик часто звертався в скрутні моменти і завжди отримував відповідь, увагу і пораду. (Звичайно, місце такого архетипу може займати реальна людина – батько, дідусь або хтось із визначних родичів). Але слідування за архетипом (тут, як бачимо, архетип детермінує і, водночас, обмежує, "еталонізує" розвиток) кінцем кінцем призвело до гострого конфлікту з ним. Юнг боляче пережив цей конфлікт – розходження з "протидником", але на певній межі людина має вирішувати сама.

Отже, розвиток особистості не детермінується минулим (у будь-якому його вигляді) і не обмежується ним. Разом з тим, у цьому процесі зберігається наступність – кожний новий етап є результатом і наслідком попереднього. Саме цим забезпечується безперервність існування психічного в цілому і особистості як його людської форми існування, зокрема. Нас цікавлять межі наступності в часі. Концепція нужди дозволяє відмовитись від дискретності в розумінні існування і розвитку особистості. Ми, нарешті, починаємо розуміти сенс метафори, згідно з якою розвиток особистості є продовженням існування біологічного і соціального, а отже – має історичні характеристики. Можна тлумачити нашу ідею і так, що ми замінюємо метафору на наукове поняття: особистість у своєму становленні продовжує історію, тому що вона виявляється функцією біосоціальної нужди, яка предметнилась в ній і продовжила тим своє енергетично-інформаційне існування. Таким чином, особистість, власне – не виникає, а народжується двома особистостями, продовжуючи їх, а тому – і всіх інших людей. І саме тому вона – носій історії як всезагальної еволюції Всесвіту. Саме звідси – універсальність і самоцінність: світ рефлексує себе в особистості, в цьому сенсі – немає більш самодостатньої і значущої цілі існування і створення.

Ми вже зазначали, що діагноз розвитку, принаймні в тому розумінні, яке наявне у Л. С. Виготського, відсутній в сучасній психології. Жодний напрям нашої науки не може похвалитися тим, що в ньому, хоч би фрагментарно і частково, розроблені діагностичні процедури саме процесу розвитку. Навіть експериментально-генетичний метод не може вважатися власне діагностичним, оскільки він не вирішує такі проблеми, поставленої Виготським: чи є те, що формується в процесі застосування цього методу, тим самим, що формується і без його застосування.

Відсутність методичної дослідницької процедури змушує говорити про причини цього. Нам здається, що основна причина полягає у фрагментарності аналізу особистості – часткові елементи вважаються за суттєві і змістовні, а від цього – деформується і предмет дослідження.

### **Розвиток особистості – розгортання чи новоутворення?**

Концепції розвитку особистості як розгортання певних "структур" або "планів", які від початку існують в особливому згорнутому стані в людині, мають давню історію і є актуальними в сучасній філософії і психології особистості. Одна з причин їхньої стійкості – довільне і, ми б сказали, зручне перенесення законів розвитку організму на особистість у цілому. Біологія ніяк не може звільнитися від епігенетичних уявлень про розвиток живого організму, хоча ці уявлення і суперечать новим науковим фактам. Абсолютна більшість розуміє процес розвитку біологічної істоти як розгортання і реалізацію генетичної програми.

Після бурхливої і переможної для Е. В. Ільєнкова і його колег літературної філософсько-психологічної дискусії 70-х років буквально і прямі перенесення уявлень біологічного епігенезу на розвиток особистості стали у вітчизняній науці все ж таки непопулярними. Але слід визнати, що генез окремих особистісних структур розглядається часто саме в рамках цієї парадигми (розвиток здібностей є прямим результатом розгортання задатків, розвиток характеру є розгортанням властивостей нервової системи). Хоча ці теоретичні погляди в більшості випадків не декларуються, однак побудова і способи аналізу експериментальних досліджень та прикладна психологічна (корекційна) робота засвідчують методологічне підґрунтя таких робіт. Ми вже не говоримо про сферу практичної педагогіки, де уявлення про біологічну запрограмованість і фатальність не лише здібностей і рис характеру, а й ціннісних орієнтацій дитини є абсолютними і єдиними принципами побудови процесу навчання і виховання.

Справа, однак, не лише у біологічній програмі та її розгортанні. Сучасна західна психологія особистості дуже широко використовує принцип розгортання. Офіційно лише теорія Е. Еріксона має назву епігенетичної, але, як засвідчує аналіз, вона далеко не поодинокі. За Еріксоном, розвиток особистості має чітко стадіальний характер, "ці стадії є результатом епігенетичного розгортання "плану особистості", який успадковується генетично". Роль суспільного оточення – сприймати успадковані стадії і сприяти їх проходженню дитиною. Що являють собою ці "плани", залишається незрозумілим. Точно такою самою є позиція гуманістичної психології і феноменології. Так, Л. Х'елл і Д. Зіглер зазначають: "Роджерс постулює природний розвиток людей до "конструктивної реалізації" властивих їм вроджених можливостей". А. Маслоу говорить про розгортання самості, і процес розвитку, на його думку, полягає в актуалізації цієї самості (самоактуалізація). Цікаво те, що гуманістична психологія, яку називають "ною хвилею" і яка виникла як опозиція психоаналітичним теоріям, залишила той самий принцип епігенезу, який був провідним у психоаналітиків. Тільки вона поміняла програми: якщо у психоаналізі розвиток тлумачиться як розгортання підсвідомого (інстинктів, потягів, архетипів), то для гуманістичної психології розвиток є розгортанням надсвідомого.

Привабливість і уявна зрозумілість явища розгортання породжує, однак, багато питань і дуже розходиться з реальним життям особистості. Головним є навіть не те, що "плани" і "програми" залишаються явищами незрозумілими і такими, які взагалі не підлягають пізнанню. Важливішим є надто жорсткий детермінізм, який зовсім не відповідає реальності. Досвід свідчить, що людина сама обирає свій шлях, сама переживає прагнення і знаходить способи досягнення мети. Вона часто помиляється і розчаровується, змінює своє життя, знаходить інше оточення, відмовляється від звичок тощо. Усе це якимось не поєднується з програмованістю. Слід визнати, що якими б складними не були програми, вони все-таки обмежені. Натомість різноманіття людських індивідуальностей як варіантів розвитку особистості – необмежене.

Крім того, існують власне наукові факти, які засвідчують, що значна кількість окремих психологічних структур особистості протягом її розвитку не розгортається, а навпаки – згортається. Так, із виникненням опосередкованого запам'ятовування, наприклад, людина може "дозволити собі" зберігати в актуальному досвіді не величезну буквальну інформацію, а її знак. Згортання притаманне всім вищим психічним функціям особистості.

У культурно-історичній теорії Л. С. Виготського процес розвитку особистості розуміється не як розгортання чогось згорнутого і закодованого, а як виникнення принципово нових психологічних якостей – новоутворень, яке відбувається в активній діяльності і взаємодії індивіда з культурним середовищем, іншими людьми. У цьому процесі біологічне (підсвідоме) відіграє свою роль. "Біологічний зв'язок, – зазначає Е. В. Ільєнков, – який відбивається в тотожності морфофізіологічної організації особин виду *homo sapiens*, складає лише передумову, лише умову людського, "родового" в людині, але не "сутність", не внутрішню умову, не конкретну спільність, не спільність особистості і особистостей". Такою самою передумовою, з іншого боку, є наявність духовно-культурного середовища – носія і зберігача загальнолюдських цінностей (надсвідоме).

Щоб відбувся розвиток особистості (відбулося життя людини), між цими підсвідомими і надсвідомими передумовами повинна "розміститися" цілеспрямована активність самого індивіда, яка призведе до появи новоутворень.

Отже, існує не суперечність навіть, а протиріччя: з одного боку, розуміння розвитку особистості як розгортання внутрішнього плану (програми), який у певному вигляді є в людині зараз. З іншого – бачення розвитку як набуття психічних новоутворень в активній розподіленій діяльності. Ці дві позиції можуть бути діалектично поєднані: розвиток особистості являє собою набуття індивідом психічних новоутворень у власній діяльній активності. Виникнення цих новоутворень і означає розгортання, ускладнення особистості в цілому.

Розвиток особистості відбувається шляхом привласнення індивідом культурно-історичного досвіду всього людства. Але не зовсім зрозумілими є механізми переплавлення цього досвіду в досвід індивіда. З іншого боку, як привласнення досвіду сполучається з внутрішнім процесом розвитку і з активністю самої людини? Іншими словами, розвиток особистості відбувається лише в процесах навчання, виховання та інших формах взаємодії, але він і не відбувається лише в цих процесах. Дане протиріччя є суто епістеміологічним і виникає через спрощене розуміння процесу привласнення, ототожнення його з соціалізацією. Остання являє собою адаптивний "зовнішній" процес пристосування людини до соціальних умов існування. Це є процес виникнення ідеального. Зустрічаючись у процесі реалізації власної активності з соціальним середовищем, людина створює з цих об'єктів (матеріальних або ідеальних) особливі засоби-знаки, що допомагають їй реалізувати свою активність. Ці засоби перетворюються на психічні структури свідомості, розвиваючи і змінюючи її. Так відбувається з'єднання



власних сутнісних механізмів розвитку з рухом особистості в соціумі. Фактично, як вказував Л. С. Віготський, розвиток особистості є не соціалізацією, а, навпаки, індивідуалізацією, оскільки в цьому процесі особистість укладається і набуває унікальності та неповторності. Отже, протиріччя долається в тому, що, як пише Е. В. Ільєнков, "індивід повинен "правласнувати" не готові результати розвитку культури, а лише результати разом із процесом, що їх породжує і продовжує породжувати, тобто разом з історією, яка їх створює". Відбувається процес, який має назву "розпредметнення", коли людина у власній активності здійснює розкриття вселюдських зусиль і механізмів, які привели до появи предметів культури. Це є, власне, квазідослідження, квазітворчість. Але саме "квазі" доречне лише з точки зору соціальної цінності результату. Для самої ж особистості, внутрішньо, це є справжня творчість. Ця теза дуже суттєва для педагогічного процесу. Вона засвідчує, що принципово неправильною є установка, яка панує в педагогії і психології, ніби розвиток інтелекту – наслідок оволодіння готовими знаннями, а також уміннями і навичками їх використання. "У цьому випадку, – зазначає Ф. Т. Михайлов, – розвиток буде мінімальним і випадковим". Натомість, справді розвиваюча освіта полягає в тому, що перед людиною ставиться не готовий об'єкт засвоєння, а створюється особливе початкова ситуація, в якій у суб'єкта виникає власне завдання і власна творча активність, спрямована на оволодіння засобом і ситуацією в цілому. Л. С. Віготський написав про це: "Лише тоді, коли особистість оволодіває тією чи іншою формою поведінки, вона піднімається на вищу сходинку".

Важливою є проблема взаємвзаєвідношення розвитку цілісної особистості й окремих психічних структур. Це, власне, питання співвідношення цілого і частин у розвитку. Теоретично воно, завдяки діалектичній логіці, вирішується досить нескладно: "Розвиток кожної окремої функції, – зазначає Віготський, – є похідною від розвитку особистості в цілому". Отже, зрозуміло: розвиток особистості є визначальним і випереджальним відносно окремих психічних структур і механізмів. Ясно, що лише дослідження розвитку цілісної особистості може пояснити особливості розвитку її частин, і аж ніяк не навпаки. Те саме стосується і педагогічного управління розвитком індивіда: вирішального і пропльозованого результату навчання і виховання можна досягти лише через взаємодію з цілісною особистістю, але не на шляху впливу на окремі психічні функції.

Дане протиріччя, однак, є достатньо гострим у сфері практично-психологічної та педагогічної. Справді, якщо виходити з того, що особистість не є вродженою, а виникає, треба визнати наявність певного періоду розвитку дитини, коли особистості ще нема. Тут розвиток кожного окремого процесу є вирішальним, а похідною від їх розвитку буде цілісна особистість. Ясно, що ця логіка вимагає своєрідних систем експериментальної роботи і педагогічної діяльності (навчання та виховання).

Розвиток особистості полягає в організації та інтегруванні людиною свого внутрішнього світу. Це є шлях до себе, шлях самопізнання й самосвідомлення. Власне кажучи, психічний розвиток тільки тоді стає розвитком особистості, коли він починає являти собою рефлексю людини власного досвіду. З цього моменту людина сама визначає напрями власного розвитку, контролює його і несе за нього відповідальність. Це є те, що в сучасній психології називають саморозвитком.

Але водночас розвиток особистості не може бути зведений до рефлексії. Насправді, і про це дуже глибоко писав С. Л. Рубінштейн, особистісний розвиток здійснюється виключно в площині активної діяльнісної взаємодії людини з оточуючим світом.

Розв'язання цієї суперечності полягає в одночасному "утриманні" цих двох ліній розвитку. Людина, яка зосереджується на собі, відсторонюючись від світу, є дисгармонійною особистістю, а її розвиток деформується. Але людина, не здатна до

глибокої рефлексії і саморегуляції, теж є дисгармонійно-поверховою, безвідповідальною і неперспективною. Адже така позиція зумовлює недостатність саморегуляції та кризи відповідальності. Врешті-решт уся особистість може бути зведена лише до зовнішніх виявів, являючи собою простий набір соціальних ролей-масок.

Безперервність протікання особистісних процесів означає, що в кожному період свого існування особистість слід розглядати як результат існування минулого, її справжнє ґрунтується на історії розвитку, є похідною цієї історії. Визначальним є досвід, якого набуває особистість, здійснюючи життєвий шлях. Отже, особистість, її дійсний теперішній стан і її майбутнє можна зрозуміти і пояснити, виходячи з історії її розвитку. Це положення дуже широко використовується в окремих напрямках практичної психології, особливо в психоаналізі. Абсолютизація його призводить до прийняття тези, що минуле особистості детермінує її життєвий шлях (З. Фройд, А. Адлер). Однак життєвий досвід і наукові факти свідчать про те, що особистість, закономірності її розвитку і прогнозування майбутнього, насправді, не можна зрозуміти лише на підставі досвіду і минулого самих по собі. Зокрема, у когнітивній психології доведено, що відтворення матеріалу з пам'яті відбувається тільки в контексті сучасної ситуації і проблем сьогодення. Більше того, матеріал, що відтворюється, не є в чистому вигляді таким, як він запам'ятовувався. Він сам в іншому, таким, як бачить його людина зараз. З цим явищем дуже часто зустрічаються практичні психологи і психіатри, коли досліджують преморбідні стани: не лише пацієнт, а й його близькі тлумачать минуле з точки зору того, що людина стала хворою. Вони ніби шукають у ньому підтвердження розвитку хвороби (або, навпаки, тлумачать його так, ніби ніякої хвороби просто не могло бути. Це – у випадку, коли близькі не приймають хворобливого стану пацієнта). Г. Олпорт, полемізуючи з психоаналітиками, встановив наявність у людини так званих "автономних комплексів". Ці новоутворення мотиваційного характеру формуються у людини на певному етапі життя і зовсім не пов'язані з історією розвитку. Принаймні функціонування автономного комплексу та його виникнення повністю визначаються сучасним життям людини.

Перераховані та деякі інші суперечності в тлумаченні розвитку особистості підкреслюють складний і неоднозначний характер цього процесу.

Аналіз засвідчує, що особистість розвивається у формі становлення. Саме це поняття найбільшою мірою відбиває сутнісні особливості даного процесу. Термін "становлення" найчастіше вживається як синонім "розвитку" чи "формування". Між тим, в теоретичних шуканнях О. Ф. Лосева ми знаходимо ретельну розробку цього поняття як такого, що відображає специфіку розвитку не взагалі, а лише окремих ускладнених систем, до яких належить і особистість. Становлення, за Лосевим, є такою формою розвитку, "коли з простого кількісного назрівання виникають усе нові й нові якості, незрозумілі, якщо попереднє кількісне назрівання розуміти лише абстрактно кількісно. Отже, відносно певних структур і систем розвиток відбувається у вигляді становлення кількісно-якісних структур.

Становлення, визначає Лосев, "є неперервний процес зміни, коли не можна встановити жодної точки, котра б порушувала суцільну безперервність простору". Будь-яке відхилення, навіть психічну хворобу людини, слід розглядати лише у контексті цілісного процесу становлення. Життя людини, пише Лосев, "є перш за все становлення... Життєве становлення не можна скласти з одних лише дискретних точок. Рух зовсім не є сумою нерухомих точок. Це, як кажуть математики, континуум". Далі філософ звертає увагу на те, що для того "щоб становитися, треба спочатку бути чимось, і це "щось" повинне залишатися незмінним у процесі всієї зміни: що ж тоді і міняється, якщо немає нічого незмінного?". Це дуже важлива і глибока думка, і О. Ф. Лосев багато разів

повертався до неї, формулюючи щоразу по-іншому. Тим самим поняття розвивається і поглиблюється. За основним правилом діалектики, пояснює він в іншому місці, становлення може відбутися лише тоді, коли є те, що саме становиться і що залишається незмінним при всіх своїх змінах, які фактично відбуваються. "Як тільки порушиться і зміниться в своїй сутності це "що", так, можна сказати, перевалює його становлення, почалося становлення чогось іншого". Це зауваження дає змогу інакше зрозуміти і усвідомити весь цілісний континуум розвитку людини. Якщо виходити з того, що особистість виникає, існує і зникає, слід дотримуючись позиції Лосова, виконати, що маємо не один-єдиний, а три різних процеси розвитку людини. Розвиток, який породжує становлення особистості (до її появи), і розвиток, який продовжує цей процес у зовсім інших формах (після смерті або повної руйнації особистості). На жаль, ця думка ніяк не відбивається в психологічних дослідженнях особистості, навіть у генетичній психології та в культурно-історичній теорії. Нам здається, що вона може відкрити принципово новий і продуктивний шлях досліджень у майбутньому.

Отже, підсумовує Лосов, "особистість є парш за все деякою незмінною єдністю, яка ніби сама по собі існує поза всякою зміною". Однак "реальна особистість – особистість історична. Вона постійно змінюється і становиться. Саме на цьому ґрунтується наша логіка дослідження особистості: вона сама, як цілісність, в завжди і в незмінно (адже коли це не так, то що ж становиться), водночас вона постійно і вічно змінюється і розвивається за певними лініями розвитку. Ми вже говорили вище, що кожна з цих ліній являє собою окрему лінію розвитку всієї особистості. Зараз варто додати: саме таке становлення забезпечує дві суттєві, на перший погляд, протилежні речі – воно визначає єдиний рух особистості при збереженні її як цілісної незмінної єдності (незмінна вона виключно в цій цілісності і єдності).

По-перше, ми маємо становлення реальної особистості, конкретно людини. Вона пов'язана зі своєю власною історією, і становлення її – це якраз той нескінченний плін.

По-друге, становлення відбувається з ідеєю особистості, яка "поза її історією залишається на своєму місці". Ідея особистості становиться дуже повільно, разом зі становленням культури (ідея особистості в античності, наприклад, кардинально відрізняється від ідеї особистості в наш час, отже, вона теж проходить становлення, але вельми специфічне).

По-третє, в особистості, стверджує Лосов, є те, що "воістину керує всім становленням, а не лише його ідейним осмисленням. Це є першобраз, дійсне втілення ідеї". Особистість у своєму розвитку користується прагненням до даного образу і фактично сама керує власним становленням.

Таким чином, розуміння Лосовим становлення особистості полягає в тому, що це постійний рух чогось єдиного, цілісного і незмінного. При тому що це, водночас, постійний плін і зміна в межах окремих ліній-проявів. Суттєвою є також характеристика становлення як саморуху і саморозвитку.

Ми можемо навести тут лише загальну характеристику основних ліній розвитку особистості, оскільки, як легко помітити, вони відповідають напрямам дослідження особистості. При цьому ми хотіли б зробити не аналітичний огляд досліджень і теоретичних конструкцій, а викласти концептуальне бачення життєвого руху цілісної особистості по окремих лініях розвитку. Отже, в чому полягає розвиток взаємовідносин особистості із зовнішнім світом (перша лінія)? Якщо відповісти однією фразою – розвиток цієї сфери полягає у подоланні жорсткого протистояння "суб'єкт – об'єкт", або "суб'єкт – інший суб'єкт" і досягненні стану гармонійної єдності зі світом без втрати суб'єктності, тобто без "розчленованості" в цьому світі. Мається на увазі становлення як

діалектичний рух по спіралі і заперечення заперечення (Б. М. Кедров, 1983). До появи особистості організм людини не перебуває в суб'єктній опозиції до зовнішнього світу – об'єкта, оскільки сам є об'єктом серед інших об'єктів, "розчинених" у цьому світі. Народження особистості означає появу суб'єкта, тобто людини рефлексивної, відповідальної, усвідомлюючої і пристрасної. Людини, яка сама приймає рішення, керується власними мотиваційними переживаннями, і сама будує власну поведінку. Цей рух тепер стає життєвим шляхом. Суб'єктність, крім того, передбачає відстороненість, відмежування від оточуючого (від "не-Я"), перетворення його у відчужений об'єкт. Так починалась особистість в історії, так вона починається в кожній людині онтогенетично. Відомі кризи трьох років (криза "Я сам") і кризи і має своїм внутрішнім сутнісним змістом акценти перетворення. Спочатку для дитини, засвідчує О. М. Леонтьєва, ставлення до людей та до предметів є недиференційованим, тобто вона не відокремлює одних від інших. Але ставлення ці в обох випадках мають виражений об'єктний, відсторонений характер. Надалі ці ставлення стають різними, але їхня об'єктність зберігається. Протягом подальшого онтогенезу стосунки з людьми подекуди змінюються, а них починає з'являтися подолання відчуженості, і іноді з окремими людьми можуть виникати рівні "людини" суб'єкт-суб'єктні стосунки. З рештою предметів і явищ найчастіше об'єктність зберігається протягом усього життя. Але дійсний прогрес становлення особистості, вихід її на вищий виток спіралі пов'язується з можливістю подолати в собі цю відчуженість і "допустити" світ до себе, авійти з ним у відносини, які М. М. Пришвін назвав "родинною увагою". Те, що особистість здатна на це, ми знаємо з власного досвіду – кожен з нас хоча б раз у житті відчував цю спорідненість і глибoku проникненість світ.

Даний досвід засвідчує, що такий стан – дійсно вищий рівень існування людини порівняно з відчуженою об'єктністю. Принциповим є, що та чи інше ставлення людини до світу визначається її власною активністю, її діями. Вихідним тут має бути філософсько-методологічне положення Б. В. Ільєнкова: "Не лише мислення не може існувати без матерії, але й матерія не може існувати без мислення".

Як лінію становлення, розвитку виразності особистості можна уявити таким чином. Виразальна активність внутрішнього світу людини викликає життєвий рух особистості, у якому вона стикається з соціальною дійсністю. Соціальна поведінка будується як засвоєння і виконання великої кількості соціальних ролей. Утворюється так званий рольовий шар структури особистості. Рольова поведінка, наприклад, професійна, може бути досить міцною і ригідною, придушувати виразність. Тоді особистість інволюціонує. Розвиток же полягає в тому, що виразність "проходить" через шар соціальних ролей і особистість, її сутність ідентифікується на поведінці і на продуктах діяльності. Якщо говорити про професійну діяльність, то в цьому випадку ми маємо сутність майстерності. Майстер-професіонал, який не просто правильно виконує трудові операції: він у них, а також у продукт праці втілює власну особистість. Узагалі, є сенс говорити про особливу людську потребу втілення себе в цьому світі. Становлення особистості багато в чому визначається розвитком цієї потреби. Традиційно у філософії ця потреба і породжена нею активність описуються категорією "опредметнення". Людина у своїй діяльності постійно ніби "розчиняє" культурні й природні предмети і явища, переводячи їх тим самим у власні особистісні сутнісні сили (розпредметнення). Але вона і втілює ці сили в зовнішній світ. Людина опредметчує себе як індивідуально-неповторне соціальне ціле. "Результатом її опредметнення є її твір". Твір є тим, що робить наше життя і нашу особистість вічним (причому "твір" тут слід розуміти широко, це є, фактично, все, що залишає після себе людина). "Істинне буття людини... це її дія... писав Гагелъ, – в останньому індивідуальності дійсна... лише таір слід вважати її істинною дійсністю".

Розвиток вираження-втілення особистості становить гостру педагогічну проблему. Як переконливо показав О. С. Арсеньєв, у педагогічному процесі цілі розвитку творчості (вираження, опредметнення) і традиційні завдання навчання й виховання є антиномічними. Педагогічна система як відображення системи державної має на меті, перш за все, адаптувати дітей до наявних соціальних умов життя. Це відбувається через притищення виразності (шар соціальних ролей придушує виразність). Цим досягається органічне пристосування дитини до соціальної дійсності, але при цьому блокується творче начало. Вирішення цієї дилеми, розвиток креативності дітей і дорослих, як уже згадувалося, залишається глобальною проблемою сучасної освіти.

Розглянемо тепер пізню розвинуту інтеграції особистості. Прогресивні зміни системи взаємодії язків людини із зовнішнім світом призводять до того, що особистість перетворюється на суб'єкта не лише власної поведінки, а й власного внутрішнього світу, тобто себе самої. Перетворення людини в суб'єкта власного життя і власного становлення означає певне подвоєння процесу розвитку. Адже виникає управління і контроль з боку самого індивіда за розвиваючими процесами і механізмами. Саморозвиток притаманний зрілій, інтегрованої особистості. Що ж являв собою цей рух? Важливою складовою ланкою інтеграції є розширення усвідомлення, тобто наближення до збалансованого і цілісного внутрішнього світу особистості (самості, або "синтонного еґо", – у термінології К. Г. Юнга). Більшість зарубіжних теоретиків особистості саме в розширенні свідомості вбачають сутність інтеграції.

Інакше суттєвою складовою процесу інтеграції є поява відчуття причетності і інтринсивної мотивації. Ця мотивація означає, що винагороду за виконання певних дій особистість ніби несе в самій собі. Людина, яка діє, дістає задоволення, відчувачи власну компетентність і самоповагу. Задля виникає почуття власної ефективності і відчуття себе як джерела змін в оточуючому світі. Така мотивація породжує почуття особистісної причетності людини до того, що вона робить, і зовнішні винагороди стають не такими вже й важливими і ніби другорядними. Ми вважаємо розвиток інтринсивної мотивації і, відповідно, почуття причетності не лише наслідками процесів інтеграції особистості, а й важливими умовами розвитку цих процесів. Так, можна висловити припущення, що слабкість інтегративних процесів у шкільному віці викликається орієнтацією оцінювання навчальних або поведінкових дій учнів майже завжди на зовнішні винагороди.

Дослідження засвідчують, що зовнішні винагороди блокують розвиток почуття причетності й гальмують інтринсивну мотивацію, а особистість залишається внутрішньо байдужою до своїх дій та успіхів. Але ж затримка вказаних процесів означає й затримку інтеграції особистості взагалі. Більше того, у такій педагогічній ситуації не формується ще один суттєвий елемент процесу об'єднання. Ми маємо на увазі відповідальність і, зокрема, інтегральний покус контролю. Зовнішньо орієнтоване, стимул-реактивне педагогічне управління розвитком поступово привчає індивіда до того, що визначальними у житті й діяльності є зовнішні умови, а не внутрішні прагнення й переживання. Так виникає екстернальність, безвідповідальність. Це дуже шкодить завершеності особистості, адже відсутність відповідальності означає, що внутрішній світ не усвідомлений і не сформований людиною.

Традиційно початок онтогенезу особистості пов'язується з фізичним народженням людини, хоча в цьому випадку, принаймні, вітчизняна психологія промовляла тезу: "особистістю не народжуються – особистістю стають", відсуваючи народження особистості ще сильніше в час (О. М. Леонтьєв взагалі говорив про "подвійне" народження особистості). Емпіричні дослідження поведінки і особливостей розвитку амбріона людини дозволили зробити на сучасному етапі узагальнення, згідно з якими є сенс

говорити про те, що "початковим етапом онтогенезу особистості є запліднення. Однак нам здається, що цей момент, насправді, не можна вважати відпочатковим, оскільки в цьому випадку розривається первісна біосоціальна єдність *нужди* як фактора збереження дійсної наступності в існуванні особистості як представника роду "людина".

Першим етапом онтогенезу особистості ми вважаємо особливу соціальну ситуацію взаємодії двох люблячих осіб протилежної статі, яка спрямована, у кінцевому рахунку, на створення власного продовження кожного з учасників – появу нової людської істоти. Ці взаємовідносини є абсолютно унікальними і невідтворюваними в принципі. Любовні стосунки являють собою найбільш яскравий і повний вияв *нужди* як асоціальної генетичної "єдності" існування людської істоти. Це – унікальний випадок її опредметнення, що сплівавадар в часі у двох осіб. В любовних стосунках найбільш відверто, глибоко і яскраво відображаються всі суттєві ознами особистості, її життєві сенси і цінності; відбувається мобілізація і активація всіх сфер, у тому числі і власне організмичної. Саме тут складаються оптимальні умови самоствілеву, і водночас вияву всіх тих глибин і пластів людської культури, накопиченої поколіннями, носіями якої є кожна з цих люблячих одна одну істот. Вияву – і втілення. Тут зароджується прагнення, задум і формується образ майбутнього існування результату та органічного продовження любові – унікального створіння (твору), яким є майбутня особистість. Існують численні (хоча й лише парвинні) емпіричні дані, отримані в різних галузях, на жаль, виключаючи психологію, про величезне значення для розвитку майбутньої дитини особливостей стосунків між її батьками, які передували її зачаттю. В іншому місці ми ретельніше розглянемо це питання. Взаємостосунки двох люблячих осіб є важливою компонентою опредметнення *нужди* і водночас засобом її продовження в новій істоті. З іншого боку, особливості цих стосунків визначальним чином впливають на реалізацію наступного етапу – власне, запліднення. Вони не лише мобілізують всі сили і по-справжньому "відкривають" особистості назустріч одна одній і... назустріч новій істоті, їх спільному творінню. В цих стосунках, якщо розглядати суто психологічні межі явища, відіграє особливий психічний стан людей, і він, за механізмами, притаманними існуванню будь-якого стану взагалі, впливає на діяльність всіх систем істоти, в тому числі, і на біохімію, фізіологію статевих систем. Психічний стан майбутніх батьків визначає наступний етап і опосередковано визначає важливі особливості подальшого розвитку дитини. Таким чином, перший етап онтогенезу відбувається, на перший погляд, зовсім без даної особистості. Але він є багатим в чому вирішальним для неї. Тут з'єднується час: минуле, теперішнє, майбутнє концентрується в миттєвостях; і майбутнє стає вирішальним. Ідеальне (психічне, соціальне) має в даному випадку набагато більшу силу, воно стає біологічним, атілюючись в матеріальні процеси і упорядковуючи, структуруючи, спрямовуючи їх. Ми бачимо, що мова йде, власне, про важливий механізм онтогенезу: *нужда* актуалізує внутрішнє (ідеальне), надає йому якості дійсної реальної сили, яка, об'єднавшись з подібною силою люблячої істоти, визначальним чином змінює матеріальні процеси. Крім того, в цьому механізмі дуже суттєвим є фактор інформації – динаміка *нужди* забезпечує передавання історико-спадкової інформації через батьків (актуалізуючись в їх особливому стані) в майбутнє через дитину. Описаний механізм онтогенезу ("*нужда*" – винісна інтенція, взаємостосунки в особливому психічному стані; "соціальне" – сексуальний контакт; "біологічне" – нова істота, "особистість"), як видно, в такому, що прямо суперечить механізму, відкритому Фройдом, і механізму інтеріоризації. На відміну від Фройда, ми вважаємо, що дійсно первинним є якраз соціальне, контакт двох особистостей, тобто – істот виключно культурно-історичних. Що ж до інтеріоризації, можемо відзначити, що первинним і відпочатковим в народженні особистості є якраз не інтеріоризація, а екстеріоризація (якщо вже користуватися цією термінологією), тобто – вияв внутрішнього світу

(внутрішніх умов – С. Л. Рубінштейн) і оформлення в цьому бурхливому вияві принципово нового утворення. Це і означає, що особистість починається з любові.

Другим етапом онтогенезу є, власне, запліднення. Ми вже бачимо, що це не є виключно біологічний, натуральний процес, адже він укорінений у попередньому, соціальному взаємодіюванні і через нього – взагалі у всіх поколіннях, в історії як такої. Сам процес запліднення є цікавою моделлю для розуміння різних рівнів взаємодії. Адже він, власне, і являє собою взаємодію (тобто – соціальне) на рівні клітин. Взаємодіють дві "одиночі" життя, чоловіча і жіноча. При цьому процес запліднення – чи не єдиний в природі акт взаємодії "чистих" одиниць (адже ми звикли, що "одиночія" – це обов'язково щось абстрактне, не існуюче в дійсності як факт). Взаємодія викликана і спрямована нуждою кожної з люблячих особистостей, адже ні "одиночія" чоловіча, ні "одиночія" жіноча самі по собі не дадуть продовження, вони повинні стати одним. (Важливе для цього викладення те, що до того, як яйцеклітина і сперматозоїд утворять зиготу (стануть одним), – одним стають на певний час дві особистості – і фізично, і психологічно). Як взаємодію, явище запліднення слід вважати, як не дивно, соціальним явищем. Воно є по-своєму складним і конфліктним: увати собі лишець – із 300 000 сперматозоїдів лише 1 (!) проникає в яйцеклітину. Отже – йде влібір, а це – теж аспект взаємодії. У даному випадку не так вже і суттєво, як агенти впливають на взаємодію, визначають її. Так, тут ці агенти переважно суто хімічні. Але ж від цього взаємодія не перестає бути такою. І якщо вже говорити про "рівні", не слід забувати, що взаємодія дорослих людей теж знаходиться під впливом і хімічних агентів (наприклад, феромонів) і взагалі фізичних – адже зорові і слухові подразники мають, в кінцевому рахунку, суто фізичну, хвильову природу. Таким чином, два перших етапи проходять "під знаком" взаємодії, спрямованої на народження твору.

Соціальний аспект нужди явно переважає і (знову до Фрейда) соціальне аж ніяк не пригнічує, не "стискає" прояв натурального. Навпаки, воно лише й в єдиному можливому шляхом, способом цього прояву.

Може здатися, що розгляд онтогенезу ми почали задовго до того, як особистість з'являється і стає фактом існування. Але це – лише здається. Любовні стосунки, породжені в тому числі і бажанням свого продовження (бажанням мати дитину), викликають появу очікувань. Це – бажання, образи, мрії, планування і в них вже є майбутня особистість. Так, в реальних, суто матеріальних процесах, що тут описані, її ще нема, вона – очікувана й потенція, але від цього, як не дивно це звучить на перший погляд, вона не є менш реальною! Екзистенціальна психологія дуже ґрунтовно і аргументовано доводить, що світ внутрішній (*Eigenwelt*) є ніяк не менш реальним для людини, ніж зовнішній, матеріальний світ, що її оточує (*Umwelt*). Це – її світ, а значить він – найбільш реальний. І дитина, що вже існує у світах люблячих істот, – не є фантомом і маревом, вона – сама реальність для цих людей: вона – існує. І це означає, що початок дійсно саме тут, і немає ніякого протиріччя: адже, говорячи про зрілу особистість, ми дуже чітко і смислово говоримо, що головне в її ознаках – не зовнішній вигляд, а те, що за ним, тобто – ідеальне, психічне. То чому ж ця логіка не повинна працювати в даному випадку? Адже коли люблячі люди думають про свою майбутню дитину, вони її... відчувають, переживають, носом спвідносять своє життя з нею – майбутньою, планують її майбутнє, думають над ім'ям, статтю, над тим, де вона буде жити, як виховуватиметься, як зміниться їх життя і т. д., і т. п. Це – цілий світ, і зовнішня поведінка стає такою, ніби вона, ця дитина, вже є.

Ще одне суттєве зауваження щодо перших двох етапів онтогенезу сербистості. Безумовно, в даних процесах певне значення має випадковість (знайомство і контакт двох осіб, їх соціальні особливості і приналежність – це, так би мовити, макро-рівень взаємодії, умови середовища всередині організму матері, спадкові ознаки,

генотип в цілому – мікрорівень), але ні в якому разі ми не можемо говорити, що тут упорядкованість народжується з хаосу. Насправді, все упорядковане – і соціально-історичний досвід, і організмичні тенденції, і генотипи батьків. Тобто, упорядкованість народжується з упорядкованості. Вона, безумовно, нова, але вона, водночас, і продовження. Отже, модний нині вираз "порядок з хаосу" зовсім не стосується генези людської істоти.

Третій етап являє собою процес ембріогенезу (пренатальний розвиток), який включає в себе дві фази – розвиток ембріона і плоду. На цьому етапі відбуваються суттєві зміни, і зовсім надаремно він продовжується досить довгий час. *Нужда* вперше тут з'являється у своїй новій, індивідуальній формі. Її прояв означає початок саморозвитку нової укремленої живої істоти. Психологія в останні роки досить багато уваги приділяє дослідженню пренатального розвитку людської дитини (головним чином, ідеться про зарубіжні емпринні роботи). Факти, отримані в цих дослідженнях, засвідчують в цілому, що психічні функції з'являються у людини вже у внутріутробному періоді (сенсорні, емоційні, зачатки поведінкових реакцій). Для нас, у контексті застосування генетико-моделюючого методу аналізу, важливо відзначити наступне. В цей період різко зростає різноманітність форм взаємодії людської істоти, що розвивається. *Нужда*, як уже зазначалося, спонукає саморозвиток, який реалізується, з одного боку, у хронологічно вираженій і структурно визначеній послідовності закладання і початку розвитку органів і їх систем, які, функціонуючи, породжують власне психічну реальність. Ця хронологічна і просторова упорядкованість давно помічена біологією, але таємниця її залишається нерозгаданою. Звідки виникає така чітка синхронія? Ми вважаємо, що відповідь слід шукати, об'єднавши це явище з іншим, теж давно поміченим, за законом Геккеля – Мюллера ембріогенез є коротким повторенням філогенезу. Знову ми маємо справу з інформційним відгалуженням *нужди*, тепер вже як самостійної індивідуальної сили: синхронізованість зумовлена історичним корінням і досвідом. Фактично, нова форма прояву *нужди* призводить до диференційованості вихідної одиниці нового життя (зиготи), починається процес складної взаємодії між окремими компонентами структурованої цілісності, що зароджується і розвивається.

Дана цілісність знаходиться, в той же час, у складній взаємодії з материнським організмом, і тут вже задіяні всі канали взаємостосунків – хімічні, фізичні, біологічні, психічні. Зародження і розвиток виявляються синхронізованими у часі із взаємодією з іншою істотою – матір'ю. Це – перший рівень, власне, соціального контакту, адже "контактер" – соціально істота, зріла особистість. Можливо, якісно новий рівень розвитку класу смакці пов'язаний саме з тим, що дитина дуже рано набуває буквально органічній і цілком безпечний досвід соціальних стосунків – усередині матері – з нею. Мабуть, це не усвідомлюється і не осмислюється плодом, але досвід в якихось формах, безумовно, набувається і залишається: і спільне використання необхідних речовин, і не йорвзаємодія, і ще багато іншого. Мати, водночас, виступає і як посередник перших актів взаємодії людини, що виоріває в ній, з зовнішнім середовищем. Емпіричні дані говорять, що біля шостого місяця пренатального розвитку дитина чує звуки і емоційно реагує на них. І чує вона перш за все мамин голос, а інтонації і гучність його виявляються співвіднесеними (біохімічно) із психічним станом матері. Так з'являється готовність до подальшої взаємодії.

Описані етапи онтогенезу являють собою процес взаємодії філогенії і онтогенії і специфічного переходу першої в другу завдяки *нужді*. Це є початок особистості (у формі відвіду), механізми якого пов'язані з функціонуванням *нужди* як вихідної сили, що зумовлює з'єднання спадковості і взаємодії. Соціальне є первинним, а отже, первинною є й пошкіка (адже соціальне завжди є продуктом психічного). Таким чином, ми не можемо говорити про виникнення особистості як про окремий акт: вона має глибокі



витоків у філогенії і спадковості, які передаються через любовну взаємодію батьківської пари. Крім того, особистість "проходить" ряд специфічних взаємодій і метаморфоз під час пренатального розвитку. Тому вона "починається" задовго до фізичного народження, і тому вже новонароджена дитина обов'язково має певну історію свого існування і розвитку. І, головне, це є людська дитина (особистість) відпочатково: світ культури є об'єктом її взаємодії вже в пренатальному періоді, а, водночас, сама вона є об'єктом впливу цього світу вже на перших двох етапах онтогенезу. Вона, власне, й започатковується як той людський нуд, людаї.

Цікавим наслідком цього складного шляху ми вважаємо розвиток готовності дитини до життя у світі, поза материнським організмом. Вона виявляється готовою до цього не лише фізично, але й психологічно теж. Західна психологія в останні роки отримала багато фактів, що засвідчують цю готовність. Перерахуємо деякі з них. Новонароджені діти, що з'явилися на світ всього кілька хвилин тому, висунують язик і широко відкривають рот, імітуючи руки матері. Імітується і складна міміка, вираження радощів, страху, подиву (це поки що – несвідомо, але це є!). Наслідуюння виявляється важливою природженою якістю, що сприяє встановленню складної двосторонньої взаємодії з матір'ю. Немовлята від початку цілеспрямовано зосереджуються на міміці матері, її інтонаціях і руках. Їх реакція є адекватною відпочатково: пагідні і заспокоїливі дії матері викликають посмішку і приємні, лагідні звуки ("мурмотіння"). Негармонічний тон і загрозлива міміка матері призводять до появи вираження страху і відчаю.

Тільки народившись, дитина зразу віддає перевагу голосу своєї матері, визначаючи його за тими особливостями, які встановила, ще знаходячись у материнському лоні.

В цілому, знайомство з зарубіжними джерелами засвідчує революційні зрушення в емпіричному дослідженні психології новонароджених дітей, і всі дані свідчать, власне, про одне – фізично народжується не просто жива істота класу омавіца – народжується людина, особистість. Вона готова до зустрічі зі світом, і нам здається, що ця зустріч є бажаною. У світлі сказаного і нових емпіричних даних, ми скептично дивимося на трагічно-драматичні інтонації опису "кризи народження". М'яко кажучи, трагізм явно перебільшений і негативно метафоризований. Дитині бачаче виходити у світ, і вона дуже кричить на початку... Але чи так вже боляче? І чи не кричить вона, заявляючи своє право на цей світ і залишаючи в ньому щим криком перший відбиток нового Я? Здається, техніка експериментування (західна психологія) дозволить дуже скоро відповісти на ці питання (наприклад, ступінь гостроти больових відчуттів, або параметри емоцій), і чомусь уявляється, що ніякого сильного трагізму ми не знайдемо – була блоруч жива мама!

Дитину, яка прийшла у цей світ, Марія Монтесорі дуже влучно назвала "духовний ембріон". Порше дієсно зпкнення дитини з зовнішнім світом... "У цьому випадку, – зазначає Монтесорі, – можна говорити не просто про важкий, а про вирішальний момент в долі людини. Саме у цей період в людині прокидаються сили, які повинні будуть скомпенсувати широкомасштабну створюючу діяльність дитини – духовного ембріона". Але ці сили треба викликати, і в даному випадку слід говорити про те, що викликали їх ми – люди, що оточують дитину. "Соціальне запліднення" – так, нехай і дещо метафорично, але точно, називаємо ми цей важливий етап онтогенезу особистості. Так, дитина виявляється підготовленою до цього етапу, крім того, прямо з початку її життя у світі прямо-таки бурхливо (вибухово!) розвивається пізнавальна сфера, але це все не є сутність. Нуджа породжує ще одну нову форму взаємодії, і – дивовижну форму. Хоча дитина вже автономною істотою, вона зберігає всі форми взаємодії, які існували до народження. І фізичний відриє від матері зовсім не означає припинення взаємодії, яка була, – вона залишилась у довіді, прийняла нові форми. Але нуджа виходить на новий етап спіралі – починається привласнення світу (привласнення як переведення у своє власне).

Нова форма взаємодії являє собою безпосередні і відкриті стосунки з іншими людьми, перш за все з батьками. Це й виявляється вирішальним. *Мужда* починає розгалужуватися на потреби, "аустраїаючи" з відповідними об'єктами, і ці потреби одразу є людськими. Це перше. Підкреслимо – у новонародженого всі потреби й одразу є людськими, вони, власне, тому й стають потребами, що регулюються соціально.

Друге – це світ взаємостосунків з людьми. Мати проявляє випереджуючу ініціативу – вона бачить те, чого ще немає в поведінці дитини, але, реагуючи на дійсну поведінку, коригуючи її, показуючи дитині своїм станом, відношенням, мовленням – чого від неї чекають, вона активно формує рух і отже – саму особистість. Мати мимовільно ставить дитину в діалогічну, активну позицію по відношенню до себе, тому що інакше, виявляється, просто неможливо. Особистість виявляється у взаємодії, і в ній же вона формується. Так, вона відпочатково самоінтегрована, вона – саморозвивається, але дуже швидко виявляється, що треба йти разом. І це – примно, результативно, цікаво і зручно. Дитина дуже рано демонструє радість від контакту, тому що лише в ньому вона здійснюється. Активно, загорячено спрямована на дорослих, дитина привласнює соціальний досвід, наслідуючи їхні взаємостосунки, але в аспекті цих стосунків дитина виходить в суб'єктно-центровану позицію і "від себе", як від центру активності, ставиться до дорослих, і саме тут, у цьому процесі, вона стає аперше дійсною особистістю як суб'єктом; починає формуватися самість. У цьому сенсі, з точки зору соціальної позиції дитини (її ще неможливо усвідомити ставлення дорослого до себе, але вже легко фіксувати стосунки між близькими дорослими), ми говоримо, що найсуттєвішим для її розвитку є міжособистісні стосунки близьких дорослих: адже вони – об'єкт приласнення. Це важливіше і з боку психологічного тла розвитку – саме дорослі можуть створити атмосферу любові. Дитина активно охоплює світ, "захоплюючи" і накопичуючи враження, які складають досвід і є підґрунтям для внутрішнього світу. Але цей світ не виникне без мови. Істота стає культурною через те, що вона "запліднюється" цим світом опосередковано, через символ. Головна здібність людини – символізувати світ – засвоюється нею через контакт і сплкування з іншою людиною. Так створюється внутрішній світ і виникає Я: соціально відтворена функція взаємодії дорослих, що були пращурями дитини. Поява Я означає, що дитина зрозуміла сутність інших людей як Я, вона увійшла в контекст цього життя. Плин життя дитини набуває рефлексивно і суб'єктно забороненого стану. Вираз "Я сам" означає, що дитина усвідомила себе і баланс дихотомічної варіабіологічного і соціального в мужді порушився. Це і означає, що відбулося соціальне запліднення. Тепер з'являється необхідність автономної взаємодії зі світом – адже розвиток психіки не здійснюється іншим шляхом. І дитина активно відтворює світ, використовуючи культурні засоби, перш за все мовленнєві. Це – шлях встановлення в культуру, і ми вважаємо, що найбільш адекватно його зрозуміла культурно-історична теорія. Найголовніше, що відбувається при цьому, – виникнення нових психологічних органів – особливих міжфункціональних систем (Виготський назвав їх вищими психічними функціями). Особистість структурується. Цікаво, що ж це означає реально. Покажемо дане явище тільки на прикладі планувальної сфери. В дійсності, виникнення психологічного органа означає, що вся інша функція перестає бути прив'язаною до певної сенсорної системи. Це дуже примітивно і неправильно, коли сприймання, наприклад, пов'язується тільки з відповідним аналізатором: особистісно сприймання (сприймання як вища психічна функція) здійснюється за допомогою всієї психіки, тобто особистості.

Даний етап онтогенезу триває до підліткового віку. З точки зору вихідного генетичного протипіччя – біосоціальної мужди, він є плинним періодом накопичення соціальності. Цей період дуже непогано досліджений, і ми не будемо зупинятися на ньому.

в деталях, але зазначимо, що в кінці його нуджа знову "виходить на сцену", і в досім новій, важливій ролі.

У підлітковому віці знову виявляється цілісність нуджи в унікальній двовимірній синхронізації біологічного і соціального. Статеве дозрівання означає "вихід" особистості на сутнісний етап розвитку – готовність до власного продовження: через любовні стосунки з іншою людиною нуджа Гапер може опредметнитися в тварі – інший організм – і продовжитися. Ця кардинальна готовність, виявляється, існує в єдиному ансамблі з бурхливим психосоціальним розвитком: поява розвиненої самосвідомості, зародження соціальних ролей, готовність до життєвого самовизначення, наявність перспективних життєвих планів – далеко не повний перелік сутнісних психологічних новоутворень вікового періоду розвитку, що співпадає соціально в західній культурі з навчанням дитини в середніх і старших класах (підлітковий і ранній юнацький вік, – в понятійному тезаурусі вітчизняної науки). Знову ми зустрічаємося з унікальною єдністю нуджи на слід сперечатися, що важливіше в підлітковому віці – сексуальне дозрівання чи зниження сутнісних психологічних новоутворень. Вони – збалансовані і скоординовані у часі і просторі, тому що йдеться про дуже відповідальну річ: готовність до продовження себе як істоти співпадає з готовністю до повноцінного і ефективного соціального існування – життєвого шляху. Лише цею єдністю може бути забезпечена "спіральність" руху нуджи, коли кожний наступний крок означає – розвиток, інший, вищий шабелъ. Ми підійшли до того, з чого, власне, розпочинали – до відтворення собі подібних. Особистість у дійсному сенсі стає суб'єктом власного життя. Даний етап виявляється настільки важливим, що ми розглянемо підлітковий і ранній юнацький вік детальніше і спробуємо це зробити з точки зору генетики-психологічної.

Тим більше, що подальший розвиток особистості ми, власне, не вважаємо онтогенезом у дійсному сенсі слова. Людина сама визначає подальший рух, виникає цікавий "діалог" особистості і нуджи, яка лише зрідко людиною усвідомлюється як така, і це вже – не онтогенез, а власний життєвий шлях і становлення. Працюють тут зовсім інші механізми, і тому Виготський був правий, коли вважав, що початок дорослого життя пов'язаний з кардинально іншими процесами і не підпорядкований категоріям вікової дитячої психології особистості.

### Особливості існування нуджи в підлітковому віці

Підлітковий вік можна сміливо назвати улюбленим об'єктом дослідження живої психології. І справа тут не лише в наукових інтересах. Цей період є дуже помітним у житті будь-якої дитини. Він являє собою доволі довгий і проблемний перехід від дитинства до дорослості. Дні помітно змінюються протягом кількох років, причому зміни ці є багатогранними й багатобарвними, вони далеко не обмежуються фізичним дозріванням або бурхливим розвитком якоїсь психічної функції чи їх групи, як це було на ранніх етапах становлення особистості дитини. У цьому віці змінюється все, причому зміни починаються від цілісної особистості; відбувається подальше становлення її структури. Саме через це даний вік завжди в центрі уваги, і саме тому він фіксується в усіх без винятку системах періодизації розвитку дитини, якими б різними вони не були і на підґрунті яких методологічних заезд не створювалися.

І разом з тим, ми не можемо сказати, що психологічна таємниця підліткового віку повністю розкрита. Існує кілька причин, що зумовлюють актуальність подальших наукових пошуків. По-перше, велика кількість емпіричних досліджень являє собою доволі отрокату суміш наукових психологічних фактів, результатів педагогічних спостережень, та й просто життєвського досвіду, і тут вкрай потрібні серйозні глибокі узагальнення, теоретичні роботи,

є, історія існує, але вони – і це по-друге – спрямовані, зазвичай, не на встановлення дійсної логіки об'єкта вивчення, а на розвиток певної системи загальнотеоретичних поглядів (психоаналіз, біхевіоризм, теорія діяльності тощо) і, насправді, "нав'язують" свою логіку об'єкту. Тож ми й маємо багато "психологій підлітка", серед яких сам підліток і його дійсна психологія ніби втрачаються... Тим більше (і це – по-третє), підлітковий вік є таким, що дуже координує з історією культури, отже вираз "сучасний підліток", насправді, слід розуміти буквально: мова йде про те, що психологія сучасних дітей підліткового віку багато в чому принципово відрізняється від їх однолітків середини ХХ століття, не кажучи вже про більш ранні етапи філогенезу (історіогенезу) людини. Генетична психологія намагається долати вказані недоліки, спираючись на чіткі теоретико-методологічні положення.

Висхідною тут є ідея розуміння розвитку особистості як саморуху (саморозвитку) складної біосоціальної системи, активність якої спонукає всезагальна потреба – недиференційована, ненасичувана, непередметна і така, що не може бути опредметнена, а отже і завершена, вся цей єдиний і могутній інтенційальний рух субстанції, що виникає як результат любовних стосунків двох особистостей різної статі, визначає існування людини у світі, і сам не завершується навіть з фізичною смертю індивіда. Суб'єкт, "залучений" цим рухом – людиною, виявляється здатним на зустріч з об'єктами світу і вибір серед них тих, що найбільше відповідають його укоріненій нужді. Так з'являються потреби. Складні механізми цього постійного саморуху (безмежного плину самості) були описані вище, і зараз ми маємо змогу проаналізувати психологічні особливості розвитку особистості в підлітковому віці.

Тут, як і в кожному віковому періоді, зберігається встановлена нами генетична закономірність, згідно з якою структура особистості виникає і розвивається як система психологічних засобів взаємодії людини з соціальним світом, активність якої спонукає потреба. Тому найбільш доцільним способом осягнення складних і бурхливих особистісних процесів у даному віці буде одночасне вивчення особистості підлітка в її динамічному і структурному аспектах. Як зауважував Л. С. Віготський, "для того, щоб відповісти на питання про своєрідність структури особистості в перехідному періоді, слід визначити, як розвивається, як складається ця структура, які найголовніші закони її побудови і зміни". Різниця між віковим і функціональним розвитком (за О. В. Запорожцем – це два різні процеси; функціональний розвиток означає те, що відбувається всередині певного вікового періоду, і полягає якраз у тому, що перший завершується виникненням глобального психічного новоутворення, тобто, фактично, кардинально оновленої і видозміненої структури особистості. Ми не бачимо сенсу аналізувати тут численні і різноманітні теорії підліткового віку і відсилаємо читача до літератури та досліджень, присвячених цій проблемі.

Логіка живого саморуху людської особистості в онтогенезі сама визначає відповідні пункти аналізу вікового періоду. Ще А. Валлон встановив важливий факт, що кожен новий етап вікового розвитку будується і розвивається на базі попереднього етапу. Л. С. Віготський вніс важливе уточнення, згідно з яким цей зв'язок етапів онтогенезу дійсно існує, але є складним і суперечливим. Це означає відсутність прямої логіки розгортання процесу розвитку: новоутворення попереднього етапу є суттєво необхідними, але вони не означають прямої і безпосередньої наступності поведінки і соціальних взаємодій. Що це означає відносно підліткового віку? З одного боку, зрозуміло, що ми маємо виходити з того, чим закінчився молодший шкільний вік. Центральні його психічні новоутворення добре відомі – довільність пізнавальних процесів, рефлексивність, основи теоретичного мислення, внутрішній план дій. Кожна з підструктур особистості дитини змінилася завдяки появі вказаних особливостей. Виникли нові міжфункціональні системи, а отже, змінилася вся структура особистості як цілісності. Вона виникла як засіб адекватної поведінки в умовах, що

характеризують життєдіяльність молодшого школяра. І перш за все – це засіб успішного навчання, оскільки провідною є учбова діяльність. Дитина, що має структуру особистості, провизану вказаними новоутвореннями, є, фактично, "ідеальним подальшам" учнем. (Інша справа, що далеко не всі діти саме на кінець початкової школи мають сформовані центральні психічні новоутворення. Але це – питання гетерогенності і гетерохронності та індивідуальних варіантів розвитку). І це вже є соціальна позиція особистості, що включає в себе і систему цінностей, і провідні інтереси, і сформовані засоби дій. Здається, що подальші перспективи пов'язані виключно з навчанням. І ці перспективи – зовсім непогані. Тим більше, що й реально дитина залишається перш за все школярем, і це, об'єктивно, що на довгі роки – її єдина справжня, соціально-нормована і відповідальна діяльність. Ця довгострокова "логіка" здається дуже правильною, і в неї свято вірять вчителі і батьки.

Якби розвиток особистості був детермінований виключно соціальними умовами, то так би мало й відбуватися. Але так не відбувається... Зовсім неочікувано виникає момент, коли абсолютна більшість дітей раптово втрачають будь-який інтерес до навчання, швидко перемотуються, особливо в тих видах діяльності, що пов'язані з активною творчою роботою, стають драґативними і демонструють непевну і малопрогнозовану поведінку. Це – на поверхні. Що ж зумовлює такі парадоксальні, алогічні зміни? Якщо коротко – їх зумовлює те, що розвиток особистості зовсім не детермінується виключно соціальними умовами, а має свою логіку і свої закономірності. Поява центральних психічних новоутворень, а отже – принципово новий тезаурус структури особистості в кінці молодшого шкільного віку вичерпує і руйнує соціальну ситуацію розвитку, яка вся (суб'єктивно, для дитини) "оберталася" навколо навчання. Це означає, що зміст провідних соціальних стосунків, які існували між дитиною і оточенням (іншими людьми та об'єктами діяльності) втрачає значущість і цінність. Те, що було ще так недавно важливим, цінним – перестає бути таким. І, головне, зникають сформовані інтереси. Виникає гостра суперечність, на яку вперше вказав Л. С. Віготський: інтереси дитини втрачають свою актуальність (фактично, вони зникають), а разом з тим система дій і навиків, що сформувалися саме всередині цих інтересів, як засіб їх реалізації, залишається. Дитина продовжує діяти, але ці засоби і автоматизовані дії виявляються невмотивованими. Саме тому й виникає у більшості дітей в даний момент негативне переживання відсутності сенсу діяльності. "Підліткова пустеля" – так назвав цей стан Л. М. Толстой.

Ми згодні з думкою Віготського про те, що криза інтересів є вихідною і кореневою проблемою підліткового віку. При цьому інтереси розуміються, як "цілісні структурні, динамічні тенденції – життєві, органічні процеси, які глибоко укорінені в органічній, біологічній основі особистості, але розвиваються разом з розвитком усієї особистості". Перший, кризовий етап перехідного віку виявляється показовим саме в аспекті інтенцій особистості. Криза ніби оплює ті таємні і зазвичай глибоко приховані процеси, що засвідчують дуже суттєвий факт, а саме те, що мотиваційно-потреба сфера людини не лише визначальною мірою впливає на її розвиток, але й сама теж розвивається. Інтерес як вид мотиву, тобто усвідомлена потреба, прагнення до цільового стану, змінюється протягом онтогенезу, і зміни ці зумовлені цілісною біосоціальною природою особистості. Виникає складний суперечливий вузол, в якому центральними й визначальними є три сили, породжені, в кінцевому рахунку, процесом становлення вихідного генетичного утворення інтенціональної природи – нужди. Ці три сили – біологічне дозрівання, соціальні умови існування і психологічні структури самої особистості – складно взаємодіють, приводячи до появи нових інтенцій, а отже – до подальшого саморозвитку людини.

Л. С. Віготський так починає аналіз витока активності людини. Він пише: "Спонукаюча сила людської діяльності або прагнення є сумою окремих збуджень або

інстинктивних імпульсів. Ці прагнення укорінені ніби в особливих гніздах, які можна назвати потребами, оскільки ми приписуємо їм, з одного боку, спонукаючу силу для дії, вважаємо їх джерелом, звідки беруть свій початок схильності і інтереси, а з іншого – визначаємо той факт, що потреби мають певне об'єктивне значення по відношенню до організму в цілому". Разом з цим зазначається наявність інших потреб, створених вимогами пристосування дитини до оточеного соціального середовища. Цим стверджується двостороння "об'єктивно-суб'єктивна природа" потреб. Ми говоримо про те, що тут починається аналіз, тому що стає явно помітним, що Л. С. Віготський просто не встиг зробити наступний суттєвий крок: адже ці окремі "гнізда – потреби" в частковим і конкретним відгалуженням єдиної біосоціальної сили – *нужди*, що живить їх, розвиває їх, змінює, "примушуючи" взаємодіяти з соціальним оточенням, і тоді стає зрозумілим, що "інших" потреб, про які ще пише Віготський як про соціальні, просто не існує, і викликані *нуждою* потреби всі є відпочатково біосоціальними, і їх розвиток – це становлення біосоціальних систем. Те саме стосується і більш загального зауваження Віготського про те, що підлітковий вік являє собою "зразок" дуже складної взаємодії двох ліній розвитку – "біологічної і соціально-історичної". В цьому зауваженні ще відбивається специфічно перерозуміння, але все ж таки вплив картезіанства, оскільки, насправді, не існує двох ліній, ми лише штучно в межах аналізу можемо розділити єдиний процес саморозвитку особистості на біологічне дозрівання організму (1-ша лінія) і становлення вищих психічних функцій (2-га лінія). Ми вже бачили, що відпочатково єдина біосоціальна природа людської істоти визначає швидше протилежне явище – як тільки реально (я не уявно, в голові дослідника) почнуть з'являтися як окремі вказані "лінії", ми повинні чекати серйозних відхилень і проблем у становленні особистості.

Дана думка уявляється хоча й дещо неочікуваною, проте цілком справедливою і важливою. Її правильність підтверджується не лише емпіричними і життєвими фактами, але й висновками, які знаходимо в теоретичних поглядах таких дуже різних за вихідними методологічними орієнтаціями вчених, як Л. І. Божович і Р. Мей. Л. І. Божович вважає, що гармонійність особистості визначається складним і рухливим узгодженням інстинктивних неусвідомлюваних інтенцій людини ("біологічна лінія") із свідомими потребами – намірами, тобто, власне – цілями ("соціально-культурна лінія"): "Мова йде про наявність у людини свідомих і неусвідомлених психологічних утворень, співвідношення яких, як ми гадаємо, в першу чергу визначає гармонійність або дисгармонію людської особистості". Дисгармонійні особистості, вважає Л. І. Божович, це люди з "подвійною спрямованістю, які знаходяться в конфлікті з собою, люди з розщепленою особистістю, у яких свідоме психічне життя і життя неусвідомлюваних афектів знаходяться в постійній суперечності". У свою чергу, Р. Мей розуміє єдність "двох сторін" існування і розвитку людини в тому, що людина "повинна бути чесною зі своїми інстинктами", і наше відношення до несвідомих інтенцій "повинно полягати не в їх придушенні чи боротьбі, а в розумінні і взаємодії з ними з метою використання цих сил на благо". Тут ще яскравіше йдеться про єдність і цілісність особистості в її існуванні і становленні, адже інстинктивне життя – це її частина, а не якась самостійна інстанція.

Нам здається, що дійсна єдність особистості і становить, насправді, ключову і вихідну проблему всього підліткового віку. В дитинстві людина являє собою складну, але узгоджену біосоціальну цілісність. Її розвиток являє собою реалізацію *нужди* і вигляді виконання і задоволення нових потреб, прагнень, інтересів. Це призводить до того, що, з одного боку, виявляються вищі біосоціальні сили людської істоти, а з іншого – виникають вищі психологічні функції в результаті зустрічі модифіковано-конкретизованих

Форми *нужди* з продуктами людської діяльності і культурно-історичним досвідом у цілому. Ці два процеси не йдуть паралельно, вони взаємопов'язані, взаємозалежні і змінюють один одного. Вся особистість як цілісна система досягає напруженого, неврівноваженого стану, який є готовністю до переходу системи в іншу, вищу форму єдності, саме такої, що ґрунтується на самосвідомості. Цей момент напруження і готовності до переходу відповідає хронологічно початку підліткової кризи. Ми хотіли б підкреслити, що єдність системи тут не руйнується, але стає такою, що сама себе вже висчерпала. Досягнення дитиною цього стану є закономірним і детермінованим психологічно, соціально і біологічно. З боку психологічного необхідність переходу до нової форми саморозуму в особистості зумовлена виникненням нової структури особистості, з якій переважають тепер вищі психічні функції. Так, поява основ теоретичного (відстороненого) мислення означає дуже важливу річ саме для розвитку мотиваційно-потребової сфери (зазначимо в дужках, що в період підліткової кризи, як ніде більше, виявляється дієсна єдність афекту і інтелекту). Абстрактне мислення дозволяє принципово по-новому побачити навколишнє – предмети, явища, людей, світ в цілому. Дитина відкриває нові грані речей і процесів, що сприяє далеко не лише когнітивному розвитку. Головним тут є те, що ці нові грані потенційно є об'єктами зустрічі з *нуждою*, отже, й слугують тими "ґніздами", де зароджуються нові потреби, а далі – мотиви, бажання, інтереси, цінності. Криза тому й криза, що вони ще не зародилися, але *нужда* вже "зустрілася" з цим новим, тому старе втратило актуальність. Звідси виникає афективне напруження єдиної цілісної системи.

Важливу роль відіграють і такі новоутворення, як довільність психічних процесів та рефлексія. Сутність довільності слід уважати в тому, що це є дійсне підґрунтя здатності до цілескладання і утримання мети. Результати емпіричних досліджень дають змогу говорити, що наприклад молодшого шкільного та на початку підліткового віку дитина вже дуже яскраво відділяє ті свої дії, що зумовлені власною метою, від дій, які викликані спонуканням іззовні. З одного боку, довільність дозволяє дитині бути ефективною – зосередитись на діяльності, досягти результату тощо, а з іншого, за участі рефлексії, вона сигналізує про недостатність, адже дуже багато дій дитині треба робити за екавзв'язом, а не за власним рішенням. Рефлексія цих переживань створює додаткову напругу: адже *нужда*, створюючи міжфункціональну систему з довільністю і рефлексією, вимагає власних рішень і вчинків, і вона ще вимагає побудови своїх ідеалів і образів, не обмежуючись простим наслідуванням соціальних пред'явлень у вигляді авторитетних за статусом дорослих або літературних образів. Отже, виявляється, що психологічні фактори, які зумовлюють підліткову кризу, діють у єдності з факторами соціальними. Світ відкривається дитині в нових проявах, викликає нові потреби, але, і на це еказував Виготський, система поведінки дитини залишається ще старою, власне – дитячою. Але ж світ – це, перш за все, світ дорослих, і головне прагнення, з ним пов'язане, як вірно зазначив ще А. Адлер, – це прагнення стати соціально повноцінною істотою. Система "дитячої" поведінки не є адекватною цьому прагненню, і підліток, завдяки рефлексії, це відчуває і переживає як неповноцінність. Він рефлексує і відношення вчителя, батьків, інших дорослих – відношення "як до дитини", що також його не задовольняє. Коли більшість дослідників зазначають, що одним з центральних протиріч даного віку є прагнення до дорослості і неможливість його реалізувати, то це правильно лише наполовину – загострення, напруження пов'язане ще й з тим, що рівень розвитку мислення і рефлексія дають можливість підлітку самому відчутися це протиріччя, пережити його. Тому некоректно було б називати його маргінальною особистістю, адже він дійсно прагне соціально повноцінності, і він дійсно переживає те, що в нього зараз ще немає об'єктивних підстав її досягти.

Гостра суперечність психологічного і соціального, однак, недостатня для розуміння проблем поведінки дитини в кризовій фазі підліткового віку. Коли Л. С. Виготський зазначає про виключення можливості виокремлення окремих стадій розвитку на підставі єдиного критерію, він говорить абсолютно правильно. Але ми бачимо тут, що недостатніми є і два критерії. Слід врахувати, що "критерій статевого дозрівання є суттєвим і показовим для пубертатного віку". Дійсна єдність трьох основних факторів (психологічного, соціального і біологічного), яка виявляється в підлітковому віці і зумовлює всі його особливості, як це стало зрозумілим з подальшого, по-іншому висвітлює всю проблему взаємовідношення біологічного і соціального в становленні особистості. Позиція більшості вітчизняних вчених щодо цієї проблеми висловлена найбільш чітко і яскраво Л. І. Божович та Г. С. Костюком.

Розвиток особистості не може бути зведений до біологічного дозрівання людини, але не має ніякого сенсу відхилити цей процес дозрівання, адже він, як зауважує Г. С. Костюк, є дійсним підґрунтям і передумовою становлення особистості, і, з іншого боку, дозрівання як таке змінюється, перебудовується під дією соціальних і психологічних факторів. Як бачимо, позиція ця констатує стан речей, але не пояснює його, що дало змогу О. В. Запорожцю зауважити: "Взаємозв'язок розвитку і дозрівання поки що мало досліджений... в підставі вважати, що такий зв'язок існує, що він має не однобічний, а двобічний характер". Необхідно зазначити, що проблема буде залишатися недослідженою, поки будуть розглядатися два окремих аспекти і взаємозв'язок між ними.

Насправді, це зовсім не так. Маємо не два, а один аспект розвитку цілісної особистості. Точно так, як статеве дозрівання організму ніколи не відбувається, в нормі, саме по собі, а завжди лише в контексті дозрівання всього організму, так і дозрівання людини є процесом дозрівання людської істоти, а отже, за визначенням, процесом не біологічним, а біосоціальним. Цілісна система – особистість виходить на рівень здатності відтворювати життя за умови подання в іншій цілісній особистості протилежної статі. *Нужда життя, нужда в оточуючому світі* втілюється в кардинальну за своїм статусом потребу – народження свого продовження через сексуальний контакт. І ця потреба, насправді, не укорінюється лише в біології, а визначається нуждою, в якій відпочатково соціальні і біологічні інстанції є одним. Статеве дозрівання існує в тривідності біологічного, психологічного і соціального, як і будь-яке (!) новоутворення особистості. Біологічно воно визначається часом свого виникнення, перебудовою роботи внутрішніх систем органів, перш за все гормональної, хоча не менші зміни відбуваються і в нервовій системі, і в кровоносній етс., змінами морфологічної структури тіла. Але все це не існує саме по собі, не додається до чогось і не визначає чогось, будучи його підґрунтям. Все це існує в єдиному контексті цілісної особистості. Справа являється нам не так, що от визрили анатомо-фізіологічні структури і механізми, і після того з'явився сексуальний потяг і готовність до відповідних контактів. Але все відбувається і не так, як вважав З. Фройд, постулюючи *лише* одним природженим і ключовим інтенціональним процесом людини. Насправді, якщо говорити про розвиток людини, виникнення відповідних морфологічних, анатомічних, фізіологічних і психологічних структур є своєрідною відповіддю людської природи на тенденцію нужди вплинути в Зустріч і продовжити життя через народження іншої істоти. Поява відповідних структур дозволяє *нужді* стати потребою, оскільки вона опредметнюється світі зовнішньому і внутрішньому. Це не треба спрощувати. Ми не маємо на увазі (повторимо ще ще раз) те, про що говорив З. Фройд. Наше положення зовсім не означає, що сексуальне бажання виникає в відліда хронологічно раніше, ніж дозрівають відповідні структури. Це бажання, цей інстинктивний потяг входить у склад нужди відпочатково, але до певного часу – в потенційному і прихованому вигляді. Відпочатково – означає не від



народження дитини, а від народження людства. В онтогенезі цей потяг (уже як зрілий, сексуальний) втілюється в людський плід, продовжуючи в ньому існування всезагальної і вселюдської нужди. І саме тому він відпочатково – біосоціальний, а не лише біологічний, адже втілюють його дві соціально-біологічні істоти протилежної статі. Цей погенетичний і недиференційований у складі цілісної нужди потяг перетворюється в сексуальну погребу (бажання) одночасно з вимірюванням вказаних структур. Л. С. Выготський зазначає: "Основні фази в розвитку і інтереси співпадають з основними фазами біологічного дозрівання підлітка". Вже тільки це вказує на тісну й пряму залежність розвитку мотиваційно-потребової сфери від процесів дозрівання. "Ритм органічного дозрівання визначає ритм і розвитку інтересів". І це цілком вірно, оскільки інтерес виникає, в кіндерому рахунку, на основі потягу. Слід було б уточнити, що мова повинна йти не про співзалежність, а про єдність, що розуміє і сам Выготський, говорячи трохи згодом: "епоха статевого дозрівання особистості". Ми знову повинні наголосити, що й досвід, перш за все педагогічний і психопатологічний, вказує на те, що проблеми розвитку особистості підлітка починаються тоді й там, де ця єдність порушується і, як сказав би Выготський, на арену виходять дві лінії розвитку.

Пояснимо тепер відносно онтогенезу, що означає наш вислів про те, що сексуальна потреба відпочатково є не біологічною, а біосоціальною. Те, що вона передана, втілена в дитину як особливий стан, як складова нужди, – ще далеко не все. Своєю часу К. Маркс, підкреслюючи різницю між людиною і твариною вже на рівні елементарних, так званих "біологічних", потреб написав, що мовляв, голод є голод, але голод, який задовольняється за допомогою кігтів та зубів, кардинально відрізняється від голоду, що задовольняється за допомогою виделки і ложки. Цю фразу зазвичай тлумачать у тому сенсі, що індивід засвоює із соціального оточення спеціальні культурні засоби задоволення, в тому числі й елементарних біологічних потреб. І це тлумачення вірне, але лише наполовину. Друга частина – не менш важлива: іншою за самим психологічним змістом є сама потреба! Переживання її, образ того, що її може задовольнити, мета, система дій, об'єкти – все кардинально змінено, це – інше переживання. Але те ж саме відбувається і з сексуальною потребою. Фрейд доволі невдало і примітивно (тут йому чомусь зрадила притаманна точність і прозорливість) зобразив це так, нібито у людини існує тваринна сексуальна потреба і все своє життя вона бореться із суперого, що й визначає колізії життя особистості. Насправді, тваринною сексуальною потребою людини може бути лише в випадку патології. З боку засобів – слід зазначити, що контакт двох людей, у тому числі й гетеросексуальний (але звичайно, що без усякого сексу) – це є те, що як необхідний засіб існування засвоюється дитиною постійно і, головним чином, з боку взаємостосунків між батьками. Засоби ці різноманітні, і вони, крім усього іншого, що й потягує дитину до тієї епохи, коли виникне потреба і спроможність у власне статевого контакту. В цих взаємодіях розвиваються почуття, дружба, відданість, довіра, любов, страх, любов. І вони "наповнюють" внутрішній світ дитини. На момент підліткової кризи вони, ці почуття, вже є. Існують також численні афіліативні потреби, які теж входять у внутрішній досвід переживання. І все це має виключно біосоціальну, людську природу. Тож у нормі виникаюча сексуальна потреба ніколи не може бути тваринною, адже це є перша потреба любити, і це є реальна готовність через любов вліпити себе, свою нужду в нове життя. Зараз важко сказати, наскільки, власне, неусвідомленою є ця нова для дитини потреба. Нам здається, що не слід зловживати "вирокненням" її у неусвідомлене. Хай це буде й спрощено, але можна порівняти її з потребою у тій же іжі – людина завжди може дати собі звіт, що вона хоче саме їсти. Так відбувається із переживаннями сексуальної потреби, то де ж тут неусвідомлене? Інша справа – перші її прояви у

внутрішньому досвіді підлітка, коли сам зміст потреби і того, що за нею знаходиться, є ще не присвоєним.

Тепер зрозумілишим стає сенс фрази Виготського про одночасність дозрівання статевого і соціального в підлітковому віці.

З іншого боку, зрозумілишим стає й те, що так звана "парадоксальність" підліткової заохоченості, в якій химерно й неочікувано нібито поєднуються абсолютна платонічність з абсолютно ж натуралістичністю, є не що інше, як красива метафора й вигадка. Так може бути, але не в нормі. Ця проблема має соціальні витоки. Наявність потреби і відсутність відповідних засобів (ми пам'ятаємо, що засоби поведінки в цьому віці залишаються "дитячими") є конфліктним поєднанням, але спонукає дитину шукати і привласнювати відповідні засоби. Тут постає питання, а що ми, суспільство, цій дитині пропонуємо в даному аспекті? А пропонуємо ми ухилення дорослих від даної теми, велику кількість фактів і зради у межах дитячої ж субкультури та спрощено-примитивні ерзаці сексуальної взаємодії в засобах масової інформації. Фактично, замість допомоги, сучасне суспільство ставить перед підлітком проблему: кожному треба відшукати і сформулювати власний шлях реалізації цієї дуже важливої, кореневої людської потреби. Суто тваринні способи її задоволення не задовольняють підлітка, оскільки рефлексивно, нехай і не зовсім чітко, він відчуває, що вони не відповідають *нужді*. Тут виникає щільний складний вузол суперечностей і труднощів, який треба розглядати спеціально. Зараз ми лише зауважимо, що описана щільна соціальна ситуація розвитку, що складається на початок підліткового віку, характеризується гострою суперечливістю, що й зумовлює кризу. Завдяки існуючій вже рефлексії, дитина дійсно на деякий час може відокремитись від соціальної взаємодії, оскільки основним психічним новоутворенням даного кризового стану є негативізм.

### 2.1.3. Нужда – руйнівна сила розвитку особистості

Вихідні методології генетичної психології визначають магістральні лінії дослідження психології особистості і центральні питання: "Як виникає особистість?", "Якими є психологічні механізми її існування і розвитку?". Відповідь на перше питання полягає в тому, що особистість створюється, і отже вона є – твор. Це зовсім особливий твор, що все життя перебуває у власному становленні. Він продовжує створювати себе, ускладнювати (або – спрощувати), самореалізовуватись, удосконалюватись. Він само-існує. І в цьому сенсі, особистість є власним автором. Але справжнє диво полягає в тому, що особистість є не лише автором себе-як-твору: вона потенційно і актуально є автором іншої, нової особистості – людської дитини. Цей абсолютно унікальний акт спів-творчості двох особистостей, двох люблячих людей і є дійсним началом...

"Особистість починається з любові" – ця теза суперечить вихідному положенню вітчизняної психології щодо онтогенезу особистості, яке було втілене в назву статті О. М. Леонтьєва: "Начало личности – поступок" і дало поштовх цілому напрямку української "психології вчинок". Вчинок, якщо його брати в розумінні О. М. Леонтьєва і В. А. Роменця, ніколи не може бути "началом особистості", оскільки для того, щоб його здійснити, треба вже бути особистістю: усвідомлювати власне "Я", усвідомлювати "Я Іншого" і якось ставитись до нього.

Началом особистості є не вчинок, ним є любов. "Без любові, – говорить П. Флоренський, – особистість розсипається в дрібність психологічних елементів і моментів. Любов – зв'язок особистості". Любов об'єднує і, власне, створює особистість завдяки тому, що не дає людині зосередитись на власному "Я", а концентрує, втілює її в інше

"Я", тим самим забезпечуючи існування і розвиток себе як цілісності. О. Ф. Лосев відзначає, що головними прагненнями особистості є абсолютне самоствердження, внутрішня свобода, цілісність і гармонічність. "Вона бажає існувати так, як існують боги, що споглядають безкінечний світ і розумну тишу свого, ні від чого не залежного, світлого буття". І це існування стає можливим в любові. Лосев продовжує: "І ось, коли чутова і строкато-випадкова історія особистості, зануреної у відносне, напівтемне, безсиле і хворобливе існування, раптом приходить до події, в якій виявляється ця відлочаткова і укорінена, світла призначеність особистості, прагнудється втрачений всезагальний стан і тим доласться стомлююча порожнеча і строкатий гамір емпірії – тоді це означає, що твориться диво. Любов, її переживання і її прагнення і є цим дійсним дивом. Р. Мей вважає, що любов несе в собі невимірювану психологічну енергію. І це є найбільш могутня сила для здійснення впливу і трансформації особистості.

Творча природа особистості та її існування як співіснування підкреслювалася М. Бердяєвим. Він вважає, що особистість не є субстанцією, а являє собою творчий акт і є незмінною в процесі зміни. В особистості ціле передус частиниам і не є чимось самовичерпним, егоцентричним: вона переходить у дещо інше, ніж вона сама, а інше "ти" і так продовжується, реалізуючи всезагальний зміст, який являє собою конкретне життя.

Сучасна психологія на диво мало уваги приділяє дослідженню любові, натомість зосереджуючись на вивченні деструктивних потреб і якостей людини, хоча Г. Олпорт підкреслює, що "афіліативні бажання є необхідним підґрунтям людського життя". Психологія являється просто не готовою до визчення явищ такого рівня складності і взаємозумовленості, якою є любов, але це не означає, що дані явища не треба вивчати.

В любові Е. Фромма вбачає найбільш радикальний і, фактично, єдиний належний вихід людини із деструктивності, відчуженості й ізольованості. Але що ж лежить собою любов? Звернемося до думок Е. Фромма. Любов, пише він, це "пристрасне прагнення до єдності з іншою людиною, сильніше за всі інші прагнення людини. Це – найголовніша пристрасть, це сила, яка з'єднує в єдине ціле сім'ю, клан, суспільство, весь людський рід". Виділяються, фактично, дві протилежні форми любові – пасивна ("любов-злиття") і активна, діяльна. Остання є, власне, тим, що ми називаємо любов'ю як такою. Фромм пише: "На протилежному зв'язку з'єднання (діяльна) любов є зв'язок, що передбачає збереження цілісності особистості, її індивідуальності". Це дуже суттєвий для нас момент – статус особистостей в любовних стосунках. Його досить ретельно проаналізував Ж.-П. Сартр, до якого ми звернемося трохи пізніше.

Справжня любов – це діяльна активність, а не пасивний ефект, це перебування у певному стані, а не "ападання" в нього. Найбільш загальне визначення активно-го характеру любові, – зазначає Фромм, – можна сформулювати так: любити означає перш за все давати, а не отримувати". Тут – центральний момент і доволі тонкий нюанс. Ціле "давати" зовсім не означає "віддавати" в сенсі – жертвувати, залишатися без чогось, терпіти збитки *etc.* Лише люди, самі орієнтовані виключно на отримання, так розуміють, що означає "давати". Така орієнтація заперечує любов, зводять її до обміну: "віддає – отримує". Зовсім інше має на увазі Фромм: для особистості, яка є продуктивною, цілісною і відкритою, "давати" означає виявляти власну силу, дарувати іншій людині себе, свій світ і... ставати при цьому ще більш збагаченим, заворшеним, сильним.

Слід зазначити, що цей момент дуже часто не береться до уваги, і саме через це теоретичні погляди Фромма і критикуються, і розуміються дещо спрощено-аульгарно.

Виходить, що читачу самому слід подолати споживацько-товарну орієнтацію, щоб зрозуміти. Любити, даючи, не може людина незріла, залежна, не вільна, спрошена: адже "давати" може лише багата людина, з різноманітним і складним внутрішнім світом. В любові людина не лише віддає, але й "дає" найбільш дороге, що в неї є: вона дає життя. І це – не метафора. Любити – означає дарувати своє життя і народжувати нове життя. "Коли дає віддають, дещо народжується, і тоді обидва вдячні за нове життя, яке народилося для них обом". Дуже часто ця фраза сприймається доволі абстрактно. Нам хочеться ризикнути і зазначити – вона є буквальною, коли мова йде про статеву, еротичну любов. Ми даємо коханій людині своє тіло, свою душу, себе. Вона вдячно приймає цей дар і дає нам своє життя. І ця зустріч двох вдатних, подарованих існувань має завершуватися появою нового життя (не в сенсі нового запліднення нашого з нею спільного життя. А в прямому сенсі – має народитися нове життя, нова людина). І саме тому любов є творчість. Отже, закономірно-продуктивним завершенням еротичної любові має бути поява нової істоти, твору, в якому відпочатково втілена любов як *потреба жити і продовжуватися*. Саме тому, скажімо, О. Ф. Лосєв називає особистість *дивом*.

Але так любити, цілком слушно вважає Е. Фромм, може далеко не кожна людина. Така любов "передбачає, що особистість повинна сформувати в собі переважну установку на плідну діяльність, подолавши залежність, самозакоханість, схильність до накопичування і до маніпулювання іншими". Людина повинна повірити у власні сили, бути самодостатньою у досягненні мети. І крім того, що любити – означає завжди віддавати, "це завжди означає також виключатися, нести відповідальність, поважати і знати... це найважливіші риси любові, притаманні всім її формам". Тепер зрозуміло, що по-справжньому любити здатна лише зріла, відкрита і продуктивна особистість. Але чому ж тоді ми вважаємо любов початком особистості? Ми можемо підсилити тезу: любов є не просто початком особистості, вона існує раніше особистості, і вона породжує (визначає, детермінує) процес її створення (як диво).

Любов є, якщо вживати терміни А. Маслоу, однією з форм і напрямів самоактуалізації особистості. Тобто в переживанні любові людина стає "тим, ким вона може стати". Тут говориться про так звану буттєву любов (Б-любов), яка принципово відрізняється від любові дефіцитарної (Д-любов). В цілому ці два типи любові, що їх виділяє Маслоу, є аналогічними класифікації Фромма. Однак Маслоу розглядає цікаве явище, дуже важливе для нашого дослідження. Йдеться про "вершинні переживання". Повне розкриття і піднесення, як творчої активності, споглядальності, відвертості і напруження емоційного стану – так можна описати це явище. "Вершинні переживання" притаманні виключно буттєвій любові, і от як вони мають ключові характеристики. *По-перше*, змінюється сприйняття об'єкта любові (в нашому випадку мова йтиме про кохану людину, оскільки нас цікавить любов до людини протилежної статі). "При любовних переживаннях, – зазначає А. Маслоу, – цілком можливо настільки "розчинитися" в об'єкті, що наші "Я" зникає в буквальному сенсі". Ми можемо говорити навіть про ототожнення сприймаючого і об'єкта сприймання, про їхнє повне з'єднання в новій і вищій цілісності, у надокладно організованій метасистемі. І тоді народжується нова якість – нова істота. *По-друге*, у "вершинному прожиттєвому" любові змінюється самосприйняття особистості. З точки зору Е. Фромма, відбувається діяльно (і "давальне") проникнення в іншу істоту. Потяг до пізнання задовольняється шляхом з'єднання. "У з'єднанні я пізнаю тебе, я пізнаю себе... я пізнаю тасмичку всього живого єдиної можливістю для людини способом – переживаючи це з'єднання, а не шляхом міркування". Отже, в любові я пізнаю (відкриваю) і – звільняю, допускаю до активного життя зовсім іншого себе. такого, що до даного переживання був невідомий мені самому. І це є звільнення життєвої енергії моєї вихідної невичерпної *потреби*. А. Маслоу пише з цього

приводу: "під час пікових переживань люди найбільш тотожні самим собі, найбільш діє свого істинного "Я" і найбільш неповторні".

По-друге, вершинне переживання любові є тим, що в сучасній психології дістало назву "переживання потоку". Людину підхоплює і захоплює плин самого життя, зникають як такі цілі, прагнення, властивості і передбачення – все підкоряється течії, руху, який сам по собі стає найважливішим, найсуттєвішим. У ньому виявляється сенс існування, який стає легко й безпосередньо сприйнятним. Людина не контролює плин, не контролює себе в ньому – вона захоплює існує. Ми могли б сказати, що потік, плин пікового любовного переживання являє собою той рідкісний момент в житті людини, коли відпочаткова людина по-справжньому заявляє про себе, коли вона стає сильнішою за особистість, сильнішою за все, що є в цьому світі, коли вона – веде.

Четверта характеристика пікового переживання підкреслює його творчу природу: це переживання є інсайт в його чистому, так би мовити, вигляді. Self з його константами і умовами буквально зникає, оскільки заковані в спільному піковому переживанні створюють на короткий час свій особливий, неповторний світ, в якому не діють не лише соціальні, але й природні закони, натомість діють свої унікальні закони любові. Вони створюють новий світ, нових себе, нове життя. І як найбільш напружена, відкрата й відверта точка пікового переживання виникає нова істота, людська дитина.

...Ми повинні зробити відступ і обговорити дві речі, які є дуже важливими для того, щоб нас правильно зрозуміли читачі. Перше з них є частковою, і стосується вона необхідності чіткого розмежування вершинного переживання любові і переживання оргазму (оскільки мова йде про еротичну любов). На цьому розрізненні жорстко наполягав і А. Маслоу. Ці два переживання об'єднані їх приналежність до сексуального контакту. Але це об'єднання дуже зовнішнє. Про такого типу об'єднання свого часу Л. С. Віготський сказав, що є поведінкові прояви або внутрішні відчуття, які здаються дуже схожими, але за механізмами виникнення і психологічним змістом вони знаходяться дуже далеко одне від одного, оскільки входять до складу принципово різних міжфункціональних психологічних систем. За своїм походженням вершинне переживання є особливою формою продовження плинного буттєвої любові. Підкреслимо – продовженням і підсиленням, а не завершенням і розрядженням напруги. (Е. Фромм, критикуючи теорію еротичної любові З. Фрейда, цілком вірно зазначив, що сутнісною потребою любові є з'єднання, а не розрядження напруги, як це вважав Фрейд). Відпочаткова, біосоціальна за своєю природою, муча породжує любов, як реалізацію двох укоріненних в ній потреб – у повному з'єднанні з коханою людиною і породженні свого продовження – нової істоти. Це – домінуючі, "смыслеобразующі" мотиви, і вони не є "дефіцитарними", тобто не зникають при своїй реалізації. Остання, до речі, й неможлива, адже процес проникнення в іншого, осягнення його, процес створення нового життя є, насправді, нескінченим (у всякому випадку, він набагато триваліший за життя однієї людини). Саме момент дискретного задоволення цих двох мотивів у вершинному переживанні і зумовлює його, забарвлює, затоплює його. І якщо вже мова йде про статевий акт як "операціональний аспект" даного переживання, то розрядження напруги дійсно викликає додаткове відчуття психофізіологічної насолоди, до кінця гармонізуючи і, на даному етапі, завершуючи переживання. Оця "додатковість" оргазму, насправді, дуже гарно помічається людьми, що люблять одне одного по-справжньому, тобто – буттєво (А. Маслоу) або діяльно (Е. Фромм). Результати опитувань, що проводив А. Маслоу, і деякі інші емпіричні дані підтверджують це.

В житті людини, однак, може статися й таке, що сам по собі оргазм, як зняття напруги і задоволення від цього, може "створити власну міжфункціональну систему",

зайнявши в ній провідне місце. Але це вже – зовсім не про любов, і ми ще матимемо змогу поговорити про це.

Другий момент стосується стилю викладення матеріалу. У так званій "власне науковій" психології стало звичним критикувати тексти А. Маслоу і Е. Фромма за їхню метафоричність, за відсутність жорсткої парадигмальної логіки, за неможливість "науково" верифікувати ті факти, про які вони пишуть. Усвідомлюючи, що наше викладення дуже схоже за стилем на стиль вказаних авторів, ми мусимо зазначити таке. Просте зведення складних мета-явищ до окремих розрізаних елементів за допомогою математичної логіки зовсім не означає їх кращого розуміння і осягнення. Про такі дослідження великий Гете сказав вустами Мефістофеля:

*Во всем подслушать жизнь стремясь,  
Спешат явления обездушить,  
Забыв, что если в них нарушить  
Одушевляющую связь,  
То больше нечего и слушать.*

Якщо сучасна психологія вважає об'єктивним знанням те, що виникає в результаті узагальнення емпіричних фактів, які, у свою чергу, являють собою певні відповіді людини на штучні стимули, створені дослідником, то, безумовно, роботи Маслоу, Фромма і подібні до них – не відносяться до такого знання. Звісно, що не лише недоречно, але й ні в якому разі не можна вивчати такі явища, як особистість або любов, вказаним способом.

Але ж як бути? Щоб зберегти свою приналежність до "справжньої науки", слід... замінити слова. Так, ті звичайні і зрозумілі, красиві слова, які описують ці явища і ідеї, з ними пов'язані, треба замінити словами сухими, "науковоподібними": "любов як корелят чогось там" – таке формулювання більше до вподоби. Але якщо визнати вказані вище стилі не науковими (тобто – феноменологічними, метафоричними, міфічними), а останній тип – науковим, то що ми маємо? О. Ф. Лосев про це сказав так: "Коли "наука" руйнує міф, то це означає лише те, що одна міфологія бореться з іншою міфологією". Фактично, для такої "науки" дійсно потрібна лише власна гіпотеза – і все, тобто це і є цілісна міфологема дослідника, що "одягнеться" ним на певну область дійсності і дасть нові абстрактні терміни.

Цю проблему цікаво і яскраво висвітлив Сартр. На його думку, якщо розглядати людину "як таку, яку можна проаналізувати і "привести" до первинних даних, визначити її мотиви (або бажання), бачити в ній суб'єкта як власність об'єкта", то легко закінчити тим, що розробити захоплюючу систему субстанцій, які потім зможемо назвати механізмами, динамізмами, патернами *etc.* Але виникає дилема, оскільки людське існування стало "чимось схожим на аморфну глину, яка може приймати бажання пасивно, або може бути зведена до простої зв'язки всіх цих неподоланих драйвів чи тенденцій. У будь-якому випадку людина зникає. Ми більше не можемо відшукати того, з ким відбувся той чи інший досвід".

Ми намагаємось відійти від традиції, що склалась мало не з середньовіччя, і спробувати провести аналіз не за постулатами, а за критеріями, адекватними об'єкту дослідження. Генетико-моделюючий аналіз дозволяє нам виокремлювати вихідну змістовну одиницю особистості як відкритої системи, що саморозвивається, створюючи саму себе. Ми встановили, що такою одиницею є *нужда* як всезагальна енергетична сила самого життя, яка являє собою суперечливу єдність біологічного і соціального. Генетико-моделюючий аналіз дозволяє з'єднати онтогенез і творчість: виявляється, що реальною силою, яка створює особистість і визначає її існування, є любов як опредметнена *нужда*. Розкриття специфіки цього надскладного процесу не може відбуватися в логіці

і термінології редукції, оскільки тоді ми втрачаємо сутність явища. З іншого боку, принцип рефлексивного релативізму означає, що значення, отримані про такого різня складності системами, ніколи не можуть бути однозначними і жінцевими.

Тепер ми можемо продовжити наш аналіз. Дослідження вершинних переживань може призвести до формування уявлення про наявність в межах буттєвої любові своєрідних "спалахів", чуттєвих загострень, які змінюються більш спокійним плином життя людей поруч. Така логіка можлива, якщо дивитися на явище з боку поведінки і переживань людини і якщо врахувати, що психофізіологічно "спалахи" завжди повинні миттєво, щоб не було зриву. Однак все це – лише уявлення. Біо- і психоненергетика любові залишаються невідомими, і ніщо не заважає нам говорити про її складний і взаємозбагачувальний характер, адже "далання" означає водночас і "отримання". Якщо спробувати подивитися на цей процес з точки зору... самої любові, виявиться, що дискретність протікання, насправді, не відповідає її природі. Це є онтологічний стан існування особистості, стан як особливо забарвлене життя і пов'язаних з ним переживань, і стан як постійний плин цього життя. Це, іншими словами (використовуючи термінологію А. Маслоу), є постійне і плинне вершинне переживання як ознака існування. Інша річ, що всередині цього плинного можливі емоційні спалахи і заспокоєння – адже "усереднене цього плинного" – продовжується звичайне життя звичайної людини. Психологія любові не є, власне, психологією почуття, яке виникає, триває і зникає час від часу. Це – психологія опредметненої *нужди* буття поруч з коханою людиною.

Психологічні особливості (параметри) буттєвої любові, що на них вказують і Е. Фромм, і А. Маслоу, і інші дослідники даного явища, насправді не так і багато можуть сказати про сутність цього людського дива. Евристичність тут буде визначатися окупленням у дослідженні динаміки – виникнення, існування, розвитку любові.

Так, уже зазначалося принципово своєрідне пізнання людьми один одного, якщо вони люблять. Цей феномен привертає увагу багатьох вчених. Так, Р. Мері зазначає: "Зустріч з існуванням іншої людини (любов) містить в собі силу, яка може викликати сильне потрясіння людини і викликати в ній сплеск тривоги. Але вона може бути і джерелом радості". Можна зазначити, що навіть етимологічний зв'язок між словами "пізнати" і "любити" є дуже тісним. У давньогрецькій і давньоєврейській мовах дієслово "пізнати" одночасно означало "мати сексуальний зв'язок". Серйозний матеріал у цьому плані можна знайти в релігійних текстах: "Авраам пізнав свою дружину і вона зачала"... – такі висловлює дуже багато в біблейських текстах.

Все це може означати, що по-справжньому знати іншу людину, так само, як і любити її – означає співжиття, творчо-діалогічну участь в житті цієї людини. Екзистенціальний психолог Л. Бінсвангер називає це "дуальним модусом": "щоб зуміти зрозуміти іншого, людина в крайньому разі повинна бути готовою любити його". Чому ж пізнання іншого в любові набуває нових якостей і стає безможним за ступенем проникнення в таїнство особистості (табто – воно стає адекватним її дійсній безмежності)? Звернемо увагу на такий факт: у коханій людині ми бачимо риси, яких не помічали раніше, про наявність яких не знав ні вона сама, ні оточуючі. В чому причина цього? Нам відповідають, що це ми наділяємо кохану глибокими рисами, створюємо їх під впливом почуття і бажання. Але чи це обов'язково так? Можливо, це той онтологічний стан, який викликаний любов'ю, і який є, насправді, найбільш виправданим і найбільш природно-відповідним станом людини (саме для нього вона й створювалась); цей стан уперше і востаннє, востаточно відкриває нас один одному, відкриває саму сутність нашу, саме єство. Ми не створюємо його, а бачимо, очима, не затьмареними жагою, а просвітленими чистою *нуждою* буття.

Як виникає це явище? Людська істота, в дійсності, довго готується до нього. Потенційно вона виявляється підготовленою до цього "освянення" з самого початку існування, ще будучи маленькою клітинкою, яка, водночас, є твором двох закоханих і опредметненням їх нужди до буття, їх любові. В цій клітині є не просто складні хімічні речовини і біоструктури, в ній – втілення віковичного досвіду існування людини як соціальної істоти, тобто такої, що, за визначенням, є твором і творцем любові і життя. (Те, що ми поки що не знаємо, в яких конкретних формах існує цей відбиток-втілення, зовсім не означає його відсутності, а означає лише, що їх треба шукати і знаходити).

Тобто, любов вже є у цій істоті, яка ще тільки почалася. Весь період пренатального розвитку – досвід любові-відкритості, захищеності, комфортності і зростання (звісно, ніхто тут не говорить про свідомість і взагалі вищу психіку – йдеться про те, що відбувається в дійсності). Дитина в пренатальній фазі повністю відкрита і повністю захищена любов'ю матері і батька, любов якого захищає матір і, опосередковано, її плід, їхній спільний твір. Щоб там не говорити і на яких позиціях не знаходитись, але набувається досвід, і він є любов. Так з'єднується любов поколінь, втілена в дитину на рівні "соціальної спадковості" (вираз П. П. Блонського), і любов-реалія, як особлива побудова біосоціальних стосунків. Суттєвим етапом є сам по собі акт народження. Психологія і про це знає дуже мало, за винятком того, що "перехід" дитини у світ є травмуючим (хоча й це доволі проблематично: так, мабуть, повинно бути, думаємо ми, адже дуже вже відрізняється середовище, ну, звісно, і прилади можуть зафіксувати відповідні вегетативні реакції. Але це все – не психологія).

Між тим, не треба й спеціальних досліджень, щоб зафіксувати величезну психологічну складову цього акту. Ми не можемо тут обговорювати цю проблему детально, але знаємо враження дуже багатьох жінок, що народжували дитину очікувану, бажану і зачату в любові. Так, вони говорять про страх і про біль, але не лише про це. Вони говорять про відвертість і відкритість – більшого розкриття, більшої природності і довірливості до світу до буквального відчуття "розчиненості" в ньому – вони не знали. Відзначають загострення любові до чоловіка і безмежну любов, піклування, страх за життя дитини і своє власне. Нам здається, що цей акт є обов'язковим складовим людської любові, і він повинен досліджуватись у психології, як суттєвий етап онтогенезу і трансформації нужди. Психоаналітичні і споріднені їм напрями розуміють важливість цього явища, і лише завдяки їм ми маємо хоч якусь наукову інформацію. Але психоаналіз – течія доволі вузько-специфічна, часткова і, як вже неодноразово відзначалося, не орієнтована на атрибутивні ознаки особистості.

Так чи інакше, наявність у людської істоти вже на момент народження досвіду існування в любові, розкриття в ній, має бути визнаним. Ми хотіли б ще раз наголосити, що дуже далекі від метафоричності. Ми просто фіксуємо факти. Інша річ, що сутність цих явищ вимагає серйозних досліджень, які можливі в умовах нового синтезу природничих, соціальних і психологічних наук, який ґрунтувався б не на психоаналізі, а на позиціях генетико-моделюючих. Зокрема, з цих позицій можна, на наш погляд, і оцінити, і до кінця зрозуміти явище дитячої сексуальності, яке геніально помітив З. Фройд, але яке він інтерпретував дуже вузько і примітивно.

Актуальний досвід любові дитина починає отримувати в перший рік після народження. В заочній дискусії з Ж. Піаже Л. С. Виготський абсолютно правильно відстоював тезу, згідно з якою ранній онтогенез (традиційно мова йшла про перші місяці після фізичного народження) є періодом, коли максимальне значення для розвитку дитини мають соціальні фактори (дитина просто не зможе вижити як людська істота без соціального оточення). Але Виготський не сказав, що саме тут є головним.



На наш погляд, визначальним у даний період життя є любов – любов між батьками і любов матері до дитини. Інтимні, невідні риторикання до найтендітніших, найпотемніших місць, затишність, задоволення дефіцитарних потреб і – розвиток, радісні відкриття, нові враження через улюблених людей... Все це є важливою фазою становлення любові, водночас, набуття її досвіду. Коли Е. Еріксон підкреслює значущість цього періоду онтогенезу, говорячи, що тут формується базальна довіра (або недовіра) до світу – він абсолютно правий, незалежно від його вихідних теоретичних та ідеологічних позицій. Зараз не можна стверджувати, оскільки це також не вивчалось, але цілком логічно уявити, що для дитини з базальною недовірою до світу буттєва любов буде "закрита", або ж знадобляться нелюдські зусилля цієї людини і, головне, людини, що її полюбить, щоб вона відбулася, здійснилась і в цій істоті.

Ми бачимо, що особистість дійсно починається з любові. І тут може виникнути цілком слушне питання про те, що буде з особистістю, якщо вона зачинається не в любові, виростає без батьків і не знає любові на ранніх етапах розвитку? Відповідь на це питання багато в чому є вирішальною для ствердження нашої концепції. Ми дамо її, ґрунтуючись на методології генетико-моделюючого підходу до вивчення психології особистості, з урахуванням існуючих теоретичних уявлень та виходячи з досвіду терапевтичної роботи в галузі шкільного та сімейного консультування.

Біологічно поява людського організму зумовлено, як відомо, явищем запліднення – злиттям чоловічої і жіночої гаплоїдних статевих клітин і утворенням єдиної диплоїдної клітини – зиготи, яка має повний набір хромосом і, відповідно, генів. Спадкові ознаки материнського і батьківського організмів, фіксовані в генах, утворюють унікальне індивідуальне сполучення, і вияв їх зумовлює організміні особливості дитини. Момент запліднення є, власне, початком окремого існування нової істоти і, водночас, він є завершенням, біологічним опрацюванням біосоціальної лужди. Процеси, які відбуваються під час запліднення і після нього, слід розглядати як складові елементи деякого єдиного явища: нужди, втілена першю в зародок людини, організує і спрямовує дозрівання таким чином, що на момент фізичного народження існує людська істота, за своїм рівнем складності, диференціації і інтегрованості готова до особистісного шляху подальшого становлення.

Сучасна біологія, насправді, не знає, як упорядковуються процеси і окремі тенденції в онтогенезі, і усвідомлення цілісності як вихідного, того, що якісно не співпадає з сумою окремих частин, в біологічній науці має той же рівень, що і в психології. У всякому разі, на питання про те, що виступає джерелом і інтегратором динамічних явищ онтогенезу людини, жоден біолог точної наукишої відповіді не дасть.

Нас тут цікавлять кілька ключових моментів. Істота, що являє собою систему, яка саморозвивається, виявляється не лише готовою до "вроджування в культуру", вона ще є дуже пластичною, гнучкою і складно компенсованою, так що наявність доволі значних морфологічних відхилень не припиняє цей шлях. Звичайно, існують межі.

Дліє численні дані патомедицини і дефектології засвідчують дійсно дуже високу компенсованість. Це означає, що є дещо головне, про що ми точно не знаємо, але воно й визначає цю гнучкість і величезне прагнення системи організму (нехай і неусвідомлюване) до невпинного розвитку, до буття і соціалізації. Це є нужди. Вражюючою є кількість і різноманіття спадкового матеріалу людини. Сотні тисяч генів, що знаходяться в хромосомах – це ще не все: існує цитоплазматична спадковість, існують біохімічні процеси, які продовжують існувати в зиготі, і вони також поєднують у собі унікально-специфічне і всезагальне.

З іншого боку, існують різні за функціями гени, і далеко не всі вони синтезують на собі як на матриці інформаційні РНК з подальшим біосинтезом відповідної білкової макромолекули. Існують гени-регулятори, існують, нарешті, так звані "мовчазні" гени, функція яких зовсім невідома. Слід також мати на увазі, що зміни в структурі і функціях відбуваються набагато частіше, ніж ми уявляємо, адже заміна лише одного нуклеотиду означає, що на відповідному місці в молекулі білка буде стояти інша амінокислота, зміниться просторова конфігурація молекули, а отже, зміниться і її функція. Отже, дуже багато може змінитися. І набір генів – ще далеко не фатум. Не повинно мінятися лише головне і цілісне: якщо істота готується стати особистістю, то система повинна зберігатися.

Суттєвим є й те, що процеси на рівні клітини і організму, біохімія, генетика і фізіологія життя є процесами людського організму. І це означає, що вже на даних рівнях ми не маємо чисто біологічних, природних механізмів. Наявність соціальної спадковості не викликає жодних сумнівів у сучасних вчених; інша справа, що не треба спрощувати і вульгаризувати це уявлення.

Якщо ми будемо шукати шматочок ДНК, який "контролює і визначає схильність до злочинів або здатність любити" – це дійсно буде смішно... в такій постановці питання. І ми, власне, не про це. Якщо тіло людини, біологічну конституцію є сенс розглядати як "носія" психічного і водночас – як його обов'язкову змістовну складову (підструктуру особистості), то тут йдеться про зміну форми існування і взаємодії двох факторів: біологічного і соціального. Поза особистістю, навколо неї вони існують як різні сили, а в самій особистості перетворюються в одне – в інобуття одне одного, в нерозривну єдність. Розвиток породжує нову якість. Але те ж саме ми можемо сказати про спадковий матеріал. Статева клітина, що несе спадковість, є не лише "плоть від плоті", але й "дух від духу", вона – невід'ємна змістовна одиниця тієї унікальної єдності, якою є людська особистість. Інакше, якби вона не несла в собі у змінено-спрощеному вигляді всю особистість, вона і "клітинкою" б не називалась. Не набір окремих генів (шматків молекули ДНК), а цілісна інтегрована сукупність спадкового матеріалу, об'єднана в єдину систему з іншими складовими життєдіяльності клітини, утворює ту якісно нову структурно-функціональну єдність, яка в зміненому вигляді, як інобуття, несе в собі і інформаційний досвід, і вихідну нужду до буття всієї особистості.

Якщо зрозуміти справу так, то стає ясно, що й саме розділення спадковості людини на біологічну і соціальну є штучно-довільною інтелектуальною операцією дослідника для того, щоб краще зрозуміти... Але він втрачає при цьому все... І знову треба згадувати Мефістофеля. Коли Виготський доводить, що дійсні особливості вищої психіки як цілісності визначаються не стільки рівнем і змістом розвитку окремих функцій, скільки специфікою зв'язків між ними, їхньою взаємодією, то чому не можна використати цю логіку? Тоді слід сказати, що особливості спадковості людини в цілому визначаються не тільки тим, які гени і скільки виступають як її елементи, а ще й тим, як вони взаємодіють, яка цілісність тут утворюється. І стає ясно, що карколомні досягнення сучасної генетики в галузі розкодування окремих генів є, насправді, дуже попереднім, пробним кроком ще лише в напрямі проблеми спадковості, а ніяк не спробою її вирішення.

Такий роздум пояснює плинність, нескінченність і наступність особистості в історії. Адже спадковий матеріал як структурно-функціональна цілісність не синтезується людиною за період її життя. Він передається, зберігаючи у якомусь вигляді протягом всієї історії людства, і додається історією життя даної людини. Звідси ж стає зрозумілим вічність любові; якщо дана конкретна істота з'явилась (зачалась) без любові, це не означає, що вона взагалі не несе її в собі. Спадковість батьків має, несе в собі любов поза їхніми актуальними почуттями: любов як втілення життя тисяч людських поколінь.

Але розгляд любові лише в контексті особистісних взаємостосунків є частковим, неповним і, отже, не дає дійсного розуміння цього унікального і всеохоплюючого явища та усвідомлення його повного значення в існуванні людини, в зародженні і плані життя взагалі. Тейяр де Шарден сказав свого часу: "Для науки про людину величезне значення має те, що на конкретному просторі Землі виникла і зросла зона думки, де не лише зародилася і була проголошена дійсна всесвітня любов, але також було дане життєве свідчення, що вона психологічно можлива і здійснена на практиці". Для того, щоб надійно констатувати наявність любові у людей, слід, згідно з загальним правилом генетичного підходу у дослідженні, уявити і дослідити можливість її наявності (нехай і в зародковому, нерозвиненому вигляді) у всьому живому, що існує. Філософи давно вже це помітили і відповідним чином висловились. Так, в одному зі своїх діалогів Платон визначив: "Любов'ю називається прагнення цілісності і потяг до неї". Далі стверджується, що бог любові Ерот розливається в усьому світі і живе не лише в людській душі та її прагненні до чудових людей, але й багато в чому іншому – в тілах будь-яких тварин, у рослинах, в усьому існуючому, оскільки він є Богом великим, дивним і всеосяжним.

Інший філософ, М. Кузанський, зазначав, що любов, як зв'язок єдності і буття, у найвищому ступені є природною. "Ніщо не позбавлено цієї любові, без якої не було б нічого спільного, все пронизане спільним духом зв'язку, всі частини світу внутрішньо зберігаються її духом і кожна з'єднується якою з усім світом". Цей дух любові, на думку філософа, з'єднує духовне і тілесне в унікальну єдність. Геніальні філософи у спогляданні помітили те, що зараз все більше повертає увагу позитивної науки: життя виникає і існує всупереч ентропії. І це означає (оскільки воно все ж таки виникає і існує!), що є протилежка за напрямком і адекватна за могутністю сила. Ми не знаємо, що вона собою має, а можливо, й знаємо...

Розглядаючи вихідні підвалини життя, Т. де Шарден зауважує, що найпершим, найпростішим проявом любові є вже жемце, коли фізичні або хімічні частинки починають притягувати одна одну і прагнути до цілісності. Так "запускаються" механізми розв'язку, починається еволюція матерії, а потім і життя. Ця сила з'єднання водночас є силою (енергією) буття, вона означає потяг до існування, і ми називаємо її нудждою. Прийняття такої позиції означає визнання невідповідності біологічної еволюції, її спрямованого характеру. Це своєрідно ентитеза дарвінізму, але вона є прийнятою в науці, принаймні, у певних її напрямках. Ми не говоримо тут про метафізику і спиритуалізм, мова йде про цілком серйозну наукову думку. В. І. Вернадський вказував, що "процес еволюції життя завжди йшов без відходу назад, хоча і з зупинками, в один і той же бік – в бік утончення і удосконалення нервової тканини, зокрема, мозку". Він говорить, що це кидастся у очі, але посилається на емпіричні дані, отримані Дж. Даном ще в 1855 році. І далі Вернадський підкреслює: "Найбільш характерною рисою цього процесу є спрямованість з цієї точки зору еволюційного процесу життя в біосфері". Ця революційна думка нашого великого співвітчизника не дуже "помічається" сучасною наукою через її теоретичну слабкість. Адже В. І. Вернадського ну ніяк не звинуватити у містицизмі і спиритуалізмі. "Життя, взяте як єдине ціле, розглядається не як сукупність живих організмів, живих природних тіл, а як особливий прояв чогось, що в природі яскраво виокремлюється перш за все у живих організмах, але, можливо, не лише в них має місце". Вчений вважає дане положення дуже перспективним у плані теоретичного аналізу проблеми життя і застерігає, що це "щось" є поки що незрозумілим.

В цілому Вернадський схилився до ідеї, що енергія (сила), що викликає, підтримує і розвиває життя, є силою всезагальною і має космічні витoki. Дані ідеї були підхоплені

Т. де Шарденем, який вводить поняття ортогенезу, наголошуючи, що це є загальна характеристика спрямованої ускладненості еволюції живого. І спрямоване воно в бік розвитку психічного ("свідомості"). Говориться про наявність могутньої енергійної сили життя (нужди до буття), яка визначає прагнення до цілісності, гармонійності і має дуже багато модифікацій-розгалужень ("віяло" – в термінології Шардена), у людини кристалізуючись в любов. Думка, свідомість виникає між двома істотами, підкреслює Тейяр, і це "замикає коло" – тільки любов як потяг до з'єднання могла народити думку: виникла людина. "Щоб світ прийшов до своєї завершеності під впливом сил любові, фрагменти світу шукають один одного. І тут – ніякої метафори і значно більше змісту, ніж у поезії. Сила вона чи кривизна, чи всезагальне притягнення тіл, яким ми настільки вражені, – це лише зворотний бік або тінь того, що реально рухає природою". Здається, Тейяр підходить дуже близько, і йому залишається лише назвати наш термін – "нужда". І для того, щоб знайти ключову космічну енергію (В. І. Вернадський), треба піднятися до вершин особистості, людського духу, адже "любов у всіх своїх нюансах є не що інше, як більш-менш безпосередній слід, залишений в серці елемента психічною конвергенцією до себе універсуму".

Лише любов, і про це свідчить досвід життя, здатна справді завершити людські істоти як такі, оскільки лише вона одна з'єднує ці істоти їх безпосередньою сутністю. "Дійсно, – зауважує Тейяр, – в яку хвилину двоє захоханих досягають повного володіння самими собою, як не в ту, коли вони втрачають себе один в одному?". Але з'єднання буде водночас актом творіння, коли воно не відбуватиметься як з'єднання "будь з ким", і "будь-яким способом", оскільки любов зникає в контакт з безособистісним і анонімним. Любов породжує в особистості відчуття цілісності, почуття універсуму, і можна зрозуміти і розділити подив Тейяра, коли він виголошує: "Як могла психологія ігнорувати цю фундаментальну вібрацію, тембр котрої для тренуваного вуха вчувається в основі або, швидше, на вершині будь-якої сильної емоції?".

Питання це зовсім не риторичне: в ньому приховані дійсні пояснення деструктивності і "розгубленості" сучасного суспільства. Адже якщо прийняти викладене (а його – треба приймати, адже воно не лише очевидне, але й продумане багатьма творцями і навіть досліджене в емпіричній науці, нехай і недостатньо), постає загадка: чому ж тоді люди так мало люблять, і чому так багато жорстокості і деструктивності? Ми повертаємося до конкретної площини. Любов передбачає свободу її суб'єктів, і, отже, корінна проблема – в реальній несвободі особистості сучасного світу. Парадоксально, але цілком грамотно і ґрунтовно вирішив це питання Е. Фромм: людина, насправді, може мати свободу в будь-якому суспільстві, але вона її... не хоче і від неї "тікає". А отже – тікає й від любові. Дуже багато західних персоналогів досліджували даний феномен. Сам Е. Фромм доводить, що людина, насправді, "втікає" не стільки від свободи і любові, скільки від відповідальності, яка жорстко й однозначно з ними пов'язана, і до якої людина виявляється зовсім не готовою.

Інший аспект розглядає К. – Г. Юнг. Саморозвиток і самореалізація особистості (необхідні атрибути любові) уявляються йому не лише "чудовими" якостями і тенденціями, а ще й дуже важкими. Особистість, що самореалізується, відмовляється від конформізму і існує ніби на гірській вершині – їй там дуже гарно (дух захоплює від захвату), але дуже небезпечно – там жорсткі вітри, холод, височінь... Тому, зазначає Юнг, "переважна більшість людей обирає не власний шлях, а конвенції, і внаслідок цього кожна з них розвиває не саму себе, а якийсь метод, тобто дещо колективне за рахунок власної цілісності". Акція особистісного розвитку виявляється доволі "непопулярним" заходом, малоприйнятним шляхом ухилення від магістральних шляхів конформізму. Художньо-оригінально це висловив В. Висоцький в "Балладі о любові":

*И чувства — еще такие есть —  
 Вдыхают полной грудью эту смесь  
 И на миград не ждут, ни наказанья —  
 И, думая, что дышат просто так,  
 Они незаметно попадают в ястрека  
 Такого же первого дьявола.*

Дуже цікавий і тонкий погляд на любов як взаємостосунки вдалося висловити Ж.-П. Сартру. Суттєво в цих стосунках він визначає так: "не мене тепер повинні розглядати на тлі світу, як "оце" серед інших "цих", а, навпаки, світ повинен розкриватися заради мені". Тобто, кохана людина стає реально тим об'єктом-тлом, у світлі якого сприймається світ. Але ця позиція виявляється досить складною і вразливою. Любов, що очікується від іншого, нічого не повинна вимагати, вона – "чиста відданість без взаємності". Проте виявляється, що це пов'язано із свободою, і пов'язано суперечливо. Той, хто любить, у першу чергу вимагає (і – авт.) від коханого вільного рішення. Щоб інший любив мене, я – повинен бути вільно обраний ним в якості коханого". І ми не помічаємо цю тонкість – я вимагаю свободи, а отже, оскільки мене люблять, вже роблю людину невільною. А така невільна людина мені не потрібна як об'єкт моєї любові: якщо мене обрали не вільно – це мене швидше лякає, або провокує агресію чи маніпуляцію, але аж ніяк не сприяє любові.

Сартр не вирішує цього парадоксу, і нам здається – цілком адекватно сучасним можливостям. Я хочу, щоб мене кохала вільна людина, щоб я був її вільним вибором – цим я "заганяю" кохану людину в дуже скрутну пастку. В житті це часто спричиняє до серйозних проблем, що можуть завершуватися розривом. Ми говоримо про реанонс. Залишаючи осторонь інші численні їх причини, розглянемо лише даний аспект: мені хочеться, щоб кохана була людиною вільною і вірною мені, причому вірною не тому, що так хочу я, а тому, що вона не може і не хоче інакше. І це може влитися у справжню "садистську" (термін Сартра) позицію по відношенню до коханої людини. І це є те, до чого ми не готові. Завершимо довгою цитатою Сартра без коментарів: "Ми знаємо, що в повсякденній термінології любові до коханого застосовується термін "обранець".

Вибір цей, однак, не повинен бути відносним, зробленим стосовно обставин: люблений стурбовується і відчуває себе неповадним, коли думає, що коханий обрав його з числа інших. "Ага, значить, якби я не прийав в це місто, якби не відвідував такого-то, ти б не познайомилась зі мною, не любила б мене?" Це думка є тортурами для люблячого: його любов виявляється однією з багатьох інших, обмеженою випадковістю зустрічі: вона стає любов'ю в світі, об'єктом, що передбачає існування світу, і, можливо, в свою чергу, існуючим для якихось інших об'єктів. А він вимагає чогось зовсім іншого...

Великі проблеми любовних стосунків дослідники вбачають в явищі саморозкриття. Ми вже вказували на думку Р. Мері, який підкреслював, що Зустріч в любові може стати джерелом сплеску дуже гострої тривоги. Ближче всіх до цього пірйшов К. Роджерс. Глибоко саморозкриття і самоусвідомлення, певна відкритість іншому в любові дійсно може бути небезпечною для людей, які не приймають самих себе. Це неприйняття, неконгруентність Роджерс пояснює значною різницею (іноді – антагоністичною) між "Я-концепцією" і "організмичним Я" людини. "Я-концепція" як сукупність усвідомленої і "дозволеної" інформації про себе формується в ситуації, яку Роджерс називає "умова цінності". Що це означає?

Починаючи з раннього віку, дитина засвоює те, якою треба, а якою не можна бути. Її реальні риси, що відповідають цьому треба – усвідомлюються і становлять у своїй сукупності "Я-концепцію". Ті ж, які в людини є, але вони із галузі "не можна мати" – не "пропускаються" у свідомість і приховуються навіть від себе. Вони в сукупності з

"Я-концепцією" становлять цілісне "організмичне Я". Повноцінно функціонуюча особистість (термін Роджерса) відзначається практичною відсутністю розходження між Я-концепцією і Я-організмичним.

Але таких людей небагато. Напруга від наявності прихованих, неприйнятих властивостей і потреб дуже заважає існуванню, породжуючи симптоматику, яка в цілому означає "психічне нездоров'я". Але ця проблема багатократно загострюється, якщо людина потрапляє в ситуацію, де не просто треба все до кінця відкрити собі і самоусвідомити, а "до дна" відкритися іншій людині. Але ж це – любовні стосунки: приховати тут нічого не можна, адже кохана людина одразу це відчусь, а з іншого боку, показувати це ну ніяк не можна. Так народжується страх і неправда – найбільші вороги любові. Звісно, любов являє собою феномен безоцінного сприйняття – той ідеал терапії, який, довів Роджерс, дозволяє людині, кінець кінцем, позбутися напруги і прийняти себе. Але любов – не терапія, і кохана людина – не лікар і не психолог. Вона – сама пристрасть, оголена зацікавленість і всепроникаюча активність. І тоді починається приховування, маніпуляція, а любов зникає, залишаючи місце прагматизму і сексуальності. Найгірше те, що сучасне суспільство ніби сприяє такому повороту подій.

.. В одному дуже авторитетному сучасному масовому виданні нещодавно була опублікована величезна помпезна стаття про те, як передова сучасна хірургія забезпечує молодій жінці "поновлення" фізичних ознак дівочої недоторканості. Все, що написано, насправді, дуже примітивне і нудне, але виникає одне питання: навіщо це робити? Журналіст чесно поставив це питання кільком "зацікавленим" особам, і їхні відповіді доволі симптоматичні, і зводяться до простого: "не хочу завдавати прикрасі коханій (!?) людині. Звісно – це відповіді явних пацієнток психотерапевта. Про яку любов, взагалі, йдеться?.. Проте ми не вирішуємо тут проблем консультативних, лише хотіли підкреслити доволі дивну орієнтацію суспільства, хоча, можливо, не таку вже й дивну, адже в цьому суспільстві товаром є все.

Любов дійсно може тривожити і лякати, і дуже часто цей страх долається через сексуальність. Ми вже згадували про складне відношення цих феноменів: воно цікавить нас у загальному контексті нашої проблеми дослідження онтогенезу особистості. Зачаття є явищем, яке, ніби, не залежить від почуття, що його відчувають майбутні батьки один до одного і до майбутньої дитини. Але чому тоді ми наголошуємо, що це не так, адже особистість починається з любові, а не з запліднення? Проблема є складною і об'ємною, і ми лише намітимо її, зачепивши один аспект, пов'язаний із зачаттям і народженням дитини.

Можна звернутися до релігійних текстів, в яких досить чітко розрізняються поняття "статевого" і "сексуального". Перше розглядається в контексті любові чоловіка і жінки не як різностатевих істот, а як подружжя і майбутніх батьків. З другим поняттям складніше. Сексуальне виступає необхідним складовим елементом статевих стосунків і в такій своїй якості доповнює їх і гармонізує. Але виключно в такій якості. Релігія абсолютно і кардинально проти сексуальності поза статевими (шлюбними) стосунками і поза любов'ю. Враховуючи віковичне існування і величезний досвід, ми можемо припустити зараз, що тут виявляється турбота далеко не лише про додержання етичних норм поведінки: релігію турбує майбутнє, а майбутнє тут – це дитина, нове диво. І не лише релігію. От що говорить В. В. Розанов (якого, до речі, релігійні діячі не дуже приймали): "Від цього почуття, взагалі космогонічного походження (не земного лише), вони і є із всього найбільш плідні, спадкові, створюють і далі в нескінченність "по образу и подобию своему"... Душа від душі, як іскра від вогню: це є дітонародження".

*В чому генетична психологія бачить сутність проблеми онтогенезу дитини, що зачинається і народжується поза любовними стосунками двох осіб різної статі? Нам здається важливим відзначити наступні позиції.*

По-перше, спадковість майбутньої дитини як цілісність визначається, крім усього іншого, ще й специфікою відбору – вибору людьми одне одного як майбутніх батьків. В історії кожної культури склалися певні критерії такого статевого відбору, і ознаки, за якими він відбувається, безумовно, мають відношення (укорінюються) в спадковості – як біологічній, так і соціальній. Але цей відбір визначається не лише культурно-етнічними стандартами, а й самими особистостями. І це останнє дуже залежить від того, для чого, власне, обирається людина протилежної статі.

Одна справа – поверховий, недовготривалий сексуальний контакт, і тоді ми орієнтуємось на одну групу ознак, і зовсім інше – любов, моделювання спільного майбутнього, упевнення і прогнозування коханої людини в ньому. Здається, нема сенсу сумніватися в тому, що в цих двох випадках буде відбуватися орієнтування на принципово різні ознаки (хоча, звісно, суто морфологіологічні властивості залишаться важливими в обох випадках, але ж скільки існує іншого!). Таким чином, вже на етапі вибору і встановлення контакту ми значною мірою впливаємо на спадковість, а отже, і становлення майбутнього нашого "твору".

По-друге, їм наважимося стверджувати, що у випадку відсутності любові між особами, які починають нове життя, до кінця не розкривається і не кристалізується в новому творінні та потенційна вселюдська і всеприродня любов, яка втілена-відбита в цих особах. Особливий стан людей завжди розкриває і актуалізує найглибше і найпотемніше. Тому, з одного боку, правильним є наше попереднє зауваження, згідно з яким ця потенційна вселюдська любов все рівно втілиться в нову людську істоту, але важливим є даний нюанс – ми можемо говорити про міру цього втілення.

По-третє: Сексуальне без любові означає – спрощене (користуючись термінологією З. Фрейда, це стосунки, в яких дуже багато відбувається за "принципом задоволення" і дуже мало (мізерно мало) – за "принципом реальності"). В дійсності це означає відсутність або крайню примітивність стосунків. Один з видатних психотерапевтів (І. Ялом) зазначає, що значний досвід сексуальних стосунків без почуття любові жорстко відзначається в майбутньому – людина не може побудувати стосунки навіть тоді, коли дуже хоче цього – з'явилися стереотипи, а вони – не про те... Відсутність стосунків означає відсутність піклування, поваги, інтересу, усвідомлення etc. Найбільш негативно цей фактор діє в перші моменти існування (пренатального і, особливо, після фізичного народження).

Адже любов батьків один до одного лише й може народити, оживити, актуалізувати любов самої дитини; лише вона означатиме повне безоцінне прийняття дитини і формування в неї базальних особистісних новоутворень, таких як довіра до світу та ін. Може бути так, що любов виникне вже після зачаття, або після народження дитини. В такому випадку, стосунки, що створюються, значною мірою компенсують її відсутність під час зачаття. З іншого боку, даний фактор визначає те, що відсутність любові психологічно однаково погана для майбутньої дитини як у випадках так званої "неочікуваної" вагітності, так і у випадках, коли жінка йде на сексуальний контакт з єдиною метою – мати дитину.

Нарешті, ми повинні не "скидати з рахунку" явища психоосматичної сфери. Психічні стани визначають багато в чому особливості функціонування соматичної сфери, і ми добре знаємо про це стосовно серцево-судинної системи, травної, дихальної. Що не дає нам упевнити, що так само вони діють і на статеву систему людини? Відсутність емпіричних даних у цьому випадку не є аргументом. Отже, така гіпотеза має право на існування. Ми показали, що "вершинне переживання", що є піком творчості в любові, і власне оргазм – є різними станами, різними переживаннями. Тож, швидше за все, вони по-різному впливатимуть на статеву систему, тобто на її продуктивність, якість клітин, що виділяються, точні

механізми запліднення тощо. Все це може свідчити про те, що зачаття, за деякими суттєвими для майбутньої дитини параметрами, буде різним залежно від психічного стану батьків.

В цілому, наша думка щодо впливу любові на становлення особистості в онтогенезі, хоча у значній мірі й гіпотетична, ґрунтується на серйозних положеннях. Може виникнути питання конкретного характеру: чим саме негативним може бути відсутність любові між людьми при "створенні" ними нового життя? Не вдаючись до подробиць (що було б безвідповідально за умови відсутності емпіричних наукових фактів), ми наважимося на припущення: страх любові і "втеча" від неї, неспроможність побудувати стосунки, відмова від зростання і самореалізації – чи не є це все наслідком народження людини не в любові?! І коло знову замикається.

Є ще один суттєвий аспект. Ми зовсім не бажаємо сказати, що все в житті і становленні особистості визначається відпочатковим актом її створення і станом, в якому знаходились батьки. Це, взагалі-то, не так. Існування особистості як соціального феномена, що саморозвивається шляхом вращення себе в культуру, актуалізації власних біосоціальних потенцій і творчого осягнення світу, має багато можливостей компенсувати існуючий недолік і зростати в любові з боку інших і до інших. На всіх етапах онтогенезу особистості потенційно надаються такі можливості, і її власна справа – використати їх. Хоча досвідчить, що дефіцит любові в ранньому дитячому віці компенсувати буває дуже непросто.

На завершення необхідно відзначити, що матеріал даного розділу є дуже важливим, але водночас і гостро проблематичним. Генетико-моделюючий підхід до розуміння дійсних механізмів онтогенезу особистості визначає необхідність науково-психологічного аналізу такого складного і важливого феномену, яким є людська любов. Разом з тим, відсутність емпіричних досліджень (а отже, і даних) змушує поєднувати в аналізі вихідні теоретико-філософські положення, спостереження, які проводяться в консультативній роботі, та життєвський досвід. Звідси – проблематичність і дискусійність викладеного, в чому ми повністю здаємо собі справу. Але ж дискусія – не найгірший шлях розвитку науки...

#### 2.1.4. Прогнозування розвитку особистості. Життєвий шлях людини

Науково обґрунтоване, виражене передбачення подальшого розвитку особистості дитини – питання, яке так чи інакше постає перед фахівцем у галузі практичної вікової психології. Оскільки в межах наукової психології дана проблема майже не розглядається, спеціаліст-практик мусить щоразу створювати власну концепцію майбутнього розвитку клієнта, яка містить у собі справжній конгломерат окремих положень різних теорій, власного досвіду та емпіричних психодіагностичних даних, зібраних під час роботи з індивідом.

Ще Л. Виготський у роботі "Діагностика розвитку і педологічна клініка важкого дитинства", написаній 1931 року, визнавав прогноз подальшого розвитку дитини основним завданням вікового психологічного консультування. Відтоді ця проблема не вивчалась як наукова, хоча не можна сказати, що вона була неактуальною. Ми вважаємо, що основна причина відсутності уваги до проблеми наукового прогнозу психічного розвитку особистості зумовлена загальним кризовим станом теоретичного знання в галузі психології особистості та її розвитку.

Розмаїття теоретичних схем, кожна з яких претендує на абсолютність, багатозначність понять, термінів і, головне, продовження панування у психології преформістських і епігенетичних уявлень, в основі яких – погляди на розвиток як на просте розгортання вже наявних підвалин – усе це, а також явна спекулятивність окремих побудовань, які відображають просто власні уявлення дослідника, не маючи жодного відношення до



дійсності, – унеможливило серйозну роботу в галузі прогнозування. Звісно, усі ці питання не можуть бути вирішені відразу, але, на наш погляд, уже є підстави для того, щоб, принаймні, поставити проблему наукового прогнозування в галузі психології розвитку.

Ці підстави надає генетична психологія. Розуміючи цю галузь знання як систему поглядів, що зумовлюють формування уявлень про психіку як таку, що розвивається, ми вже предметом дослідження визначимо виникнення психічних явищ, їх проходження, становлення у життєвих процесах, функціонування та відновлення після втрати їх дієвих функцій. Іншими словами, генетична психологія покликана вивчати об'єктивні процеси зародження нових психічних явищ, становлення нових психічних механізмів і знання про них на основі знайдених перспектив (або) проєктив розвитку. Саме створення перспектив (проєктів) становить органічну складову процесу дослідження. Отже, прогнозування своєрідно вплітається у предмет генетичної психології. Теоретичне осмислення реалізації генетичного підходу, зокрема в галузі експериментального навчання, дає змогу створити систему принципів побудови експериментально-психологічного дослідження, серед яких найсуттєвішими є принцип історизму (єдність експериментальної та генетичної лінії дослідження) та принцип проєктування (активне моделювання форм психічного у спеціально створених умовах).

Свого часу ми вже зазначали, що вихідною парадигматичною ідеєю розвитку генетичної психології є вивчення психологічних закономірностей керування розвитком особистості впродовж усього життя. Нині можна здійснити наступний крок і підійти до прогнозування розвитку особистості як до наукової проблеми.

Що є дослідженням у межах генетичної психології? Логіка експериментально-генетичного методу передбачає не просто фіксування особливостей тих чи інших емпіричних форм виразу психіки, а активне моделювання й відтворення їх в особливих умовах. Це допомагає розкрити їхню сутність, тобто закономірності виникнення і становлення в онтогенезі певних психологічних функцій. Теоретичний рівень вивчення психічних процесів в експериментально-генетичному методі спеціально задається через конструювання змістово-операціональних сторін предметної діяльності. Специфічною особливістю подібного конструювання є те, що модель, створена дослідником з метою пізнання, відповідає реальній внутрішній структурі самого психічного процесу. Це означає, що досліджуваний психічний процес або функція спочатку конструюється у вигляді моделі певної діяльності, а потім актуалізуються через посередництво спеціальних способів організації активності суб'єкта.

Критерієм якісного психологічного дослідження стає міра відповідності реально здійсненого процесу його моделі. Експериментально-генетичний метод, таким чином, несе у собі способи побудови вищих психічних функцій, які присвоюються суб'єктом у процесі перетворення ним певного змісту. При цьому саме перетворення поєднує у собі генетичний та структурно-функціональний моменти об'єктивної реальності й задає подібні структури (у вигляді способів аналізу) психічного. Насправді ми ще дуже далекі і від прогнозування, і від керування розвитком.

Застосування експериментально-генетичного методу на даний момент дає змогу отримати певну схему: якщо ми маємо загальні емпіричні і змістово-теоретичні закономірності розвитку психіки до "втручання" дослідника, знаємо основні закономірності цього процесу після "втручання" (ці знання ми беремо з попередніх досліджень і з літератури), а також знаємо основний механізм розвитку вищої психіки (інтеріоризацію – екстеріоризацію), ми дійсно можемо моделювати подальший розвиток. Усе це, однак, зовсім не стосується прогнозування: і щодо минулого ("до втручання"), і в моделюванні майбутнього ("після втручання") генетичний психолог опирається на загальні теоретичні

ні знання, а зрештою не на знання конкретної особистості, яка перед ним. Цей номотетичний за своєю сутністю підхід цілком допустимий для суто наукових досліджень загальних закономірностей. Утім, він майже нічого не дає для психологічної практики, де і аналіз, і прогноз слід будувати стосовно конкретної дитини.

Генетична психологія зможе дати реальний інструмент психологу-практику, якщо вона, не втрачаючи предмета, принципів і методів, спиратиметься на унікальну індивідуальність дитини – носія і суб'єкта цих закономірностей. Попередні здобутки генетичної психології дають змогу ставити цю проблему як гостру й актуальну. Тим більше, що теоретичні уявлення про альтернативний номотетичний, ідеографічний підхід досить активно розробляються як у світовій (Г. Олпорт), так і у вітчизняній психології. Слід згадати ранні, педологічні, роботи Г. Костюка, у яких було сформульоване уявлення про предмет психології: це унікальна цілісність як специфічна риса особистості. Подібну позицію обстоював О. Лазурський, розробляючи так званий "клінічний підхід" у психології особистості.

Таким чином, генетична психологія (і генетико-модельний метод як її основа) в різь галузю психологічного знання, яка може забезпечити прогнозування розвитку особистості, але лише за умови реалізації ідеографічного підходу (у вітчизняній психології даному термінові відповідає словосполучення "клінічний підхід"). Зауважимо, дещо відхиляючись від теми, що переорієнтація генетико-психологічних досліджень у даному напрямі викликана не лише необхідністю вирішення проблеми наукового прогнозування у психології. Оскільки єдиною галуззю, де реалізуються генетико-психологічні дослідження, є навчання, зі збільшенням експериментальних даних усе актуальнішим стає питання про те, що ж насправді відбувається з учнем, стосовно якого було здійснено експериментально-генетичне дослідження? У науковому плані все зрозуміло: такі роботи дають змогу встановити важливі закономірності генези вищих психічних функцій. А учень, який через це пройшов, – що змінилося в ньому, що він пережив і як продовжується його життєвий шлях? До певного часу це питання нас не цікавило, і учні залишалися поза увагою. Але цей час минув. У суто науковому плані генетико-психологічні дослідження багато чого дали, але ще більше вони могли б дати, якби індивідуальність не ігнорувалася. У практично-прикладному аспекті ці дослідження дуже корисні, адже психолог-практик зраховуватиме у віковому консультуванні той факт, що розвиток вищих психічних функцій відбувається як присвоєння культурних засобів – знаків у особистісній активності дитини. Із цього легко зробити висновок, що зрозуміти минулий розвиток і спрогнозувати майбутній не можна, ігноруючи соціальну ситуацію або вважаючи її лише одним із чинників. Але реально генетична психологія може дати набагато більше.

Нам слід виходити з того, що проблема прогнозування психічного розвитку є, з одного боку, складовою предмета генетичної психології, а з іншого – системоутворюючим чинником психічного буття особистості. Останнє є, звісно, абстракцією, оскільки людина майже ніколи не прогнозує власний розвиток. Насправді вона прогнозує дещо інше – досягнення, життєві ситуації, умови існування з іншими людьми, особливості життя своїх дітей тощо. Це можна назвати "метапрогнозуванням".

Будь-яка активність індивіда виявляється тісно пов'язаною із прогнозуванням: від елементарних сенсорно-перцептивних актів відображення до складних особистісних акцій, коли треба спрогнозувати наслідок певного вчинку. Виявляється, що майбутнє набагато більше детермінує розвиток особистості, ніж минуле (на цьому наполягали такі ранні автори, як А. Адлер, Л. Віготський, Г. Олпорт).

Визначення того факту, що прогнозування є обов'язково притаманним і всезагальним чинником життя особистості, дуже важливе для постановки проблеми і завдань прогнозування психічного розвитку індивіда. З одного боку, слід досліджувати саме

явище прогнозування як функцію особистості. З іншого боку, ми маємо врахувати, що побудова прогнозу розвитку особистості обов'язково має ґрунтуватися на тому, що й сама особистість прогнозує своє життя. У будь-якому разі, "метапрогнозування" особистістю власного життєвого шляху повинне бути одним із центральних предметів діагностики під час розв'язання завдань прогнозу розвитку в межах генетичної психології. Така думка дещо змінює центральний аспект проблеми – прогнозуватися має життєвий шлях, і лише у його контексті – розвиток. Але так буде тільки на тих етапах становлення особистості, коли вона сама може визначити цей шлях. Прогнозування розвитку в дитячому віці повинне мати, у зв'язку з цим, суттєві відмінності. Тут воно буде специфічним проєктуванням об'єктивації, експлікації різноманітних можливостей, зокрема й анатомо-фізіологічних задатків індивіда.

У даній роботі ми можемо лише визначити деякі моменти, що актуалізуються у зв'язку із прогнозуванням психічного розвитку.

Прогнозування передбачає ретельне вивчення індивідуальної історії розвитку і виховання особистості. Чи не вперше спробу пов'язати минуле і майбутнє особистості здійснив А. Адлер (увага до ранніх дитячих спогадів і водночас – "фіктивний фіналізм", креативна "Я", "соціальний інтерес" – тобто все, що детермінує життя з боку майбутнього). Результати, отримані Адлером, є дуже цінними.

Виховання, на думку Л. Виготського, – це суспільне оволодіння природним процесом розвитку. Отже, історія виховання покаже нам, що стало для суб'єкта природним і комфортним. Іншими словами, ця історія покаже нам витoki і перспективи характеру та індивідуального стилю діяльності особистості. Німецький педагог О. Рюлле зазначив, що розвиток і формування особистості дитини – це єдиний соціально-спрямований процес. Оскільки з плином часу всі душевні функції починають працювати у зворотному напрямку, утворюється сума тактичних прийомів, прагнень і здібностей, що й окреслюють життєвий план. Це й називається характером, – зазначає Рюлле. Якщо все це детермінується майбутнім, то нам обов'язково слід знати й витoki, щоб прогнозувати особистість у її власному майбутньому. Але це можливе лише з генетико-психологічної позиції: новоутворення психіки (здібності, характер тощо) виробляються самою особистістю, коли та прагне до свого майбутнього.

Предметом прогнозування може бути тільки цілісна особистість, і аж ніяк не окремі її елементи. Будь-яку здібність ніколи не можна прогнозувати саму по собі. Здібність існує поруч із особистісними структурами, серед яких найважливішими є такі, що не мають, поки що чіткої верифікованості в чужовій психології. Ми маємо на увазі душевні якості людини. Добре відомі процеси компенсації і надкомпенсації зовсім неможливо пояснити, якщо базуватися тільки на здібностях. Ми маємо виходити із загального прагнення будь-якої особистості до повноцінного соціального існування. І лише в цьому контексті можна зрозуміти і пропозувати взаємодію здібностей. Відоме у шкільній психології явище переструктуризації здібностей у старшому шкільному віці пояснюється не лише прагненням до соціальної повноцінності та тим, що майбутнє стає у цьому віці своєрідним "афективним центром" особистості, як це помітила Л. Бокович. Річ у тім, що в даному віці вперше домінують роль починають відігравати, власне, душевні якості самих дітей, а також людей, до їх оточують. Виявляється, що це може кардинально змінити здібності особистості.

З іншого боку, цілісний підхід до прогнозування розвитку особистості передбачає звернення уваги на анатомо-морфологічні та фізіологічні якості. Нам ще треба досліджувати й усвідомлювати справжнє місце і значення цих якостей у житті особистості. Слід сказати, що історично їм "не пощастило", мабуть, найбільше. Вітчизняна педологія свого часу нібито визначилася з цим важливим питанням, але це не сподо-

балося владі. Тут ми бачимо необхідність залучення історико-психологічних, генетичних і навіть кібернетичних досліджень для вирішення завдань прогнозування. Свого часу Г. Костюк говорив, що навчання впливає навіть на анатомо-фізіологічні задатки людини.

Найскладніша проблема прогнозування, на наш погляд, зосереджується у площині "особистість – соціальне оточення". Щодо цього можемо лише зазначити, що дана площина завдань прогнозування дає змогу зовсім інкше поглянути на цю проблему. Ми вважаємо, що виховання та навчання як процеси, що започатковують розвиток психічних структур, матимуть своє пояснення в контексті вирішення нашої проблеми. Так, зона найближчого розвитку як реальний простір прогнозування становлення особистості в дитячому віці є системою взаємодії дитини з дорослим, який фактично підказує подальший рух. Але ця "підказка" зосереджує в собі не тільки образ еталона розвитку в цьому віці, а й знання індивідуально-генетичних тенденцій конкретної дитини. Таким чином, увага до цих особливостей кожної дитини повинна стати обов'язковою під час прогнозування її розвитку.

Ще одна важлива проблема в контексті прогнозування пов'язана з часовими параметрами динаміки розвитку. Нині є багато досліджень психологічного часу особистості, але вони мають зовсім інший вигляд у контексті проблеми прогнозу. Останній, як уже згадувалося, є процесом індивідуальним. Отже, індивідуально має стати і зона найближчого розвитку. Що це твердження змінює? Скажемо, відомі "феномени П'яже", які досліджені емпірично, клінічним чином, отже – вони надійні і характерні для певного віку. Але що буде, якщо клінічно-діагностичний метод ми замінимо клінічно-генетичним, тобто – індивідуально-формульвальним? Пілотетично можна уявити, що ми не тільки відшукаємо ці феномени, а й зможемо проєктувати їх подолання кожною дитиною. Це стане можливим, якщо, зокрема, нам буде відомий темп розвитку, який, звичайно, є індивідуально специфічним.

Загалом, наш попередній аналіз засвідчує, що проблема прогнозування не просто може бути вирішена в межах генетичної психології, а й формує інші погляди на процес розвитку взагалі.

Ми можемо окреслити загальну картину нашого підходу до прогнозування розвитку особистості. Передусім, слід окреслити простір аналізу: ми говоримо про цілісну особистість, що перебуває у постійному русі – становленні. Далі ми розглядаємо цілісність не лише як атрибут особистості, а й як систему її єдності із соціальним оточенням, з одного боку, та з біолого-генетичними особливостями – з іншого. Суттєвим компонентом цієї структури є динамічний показник часового плину життя. Важливо відокремити прогнозування як спільну діяльність дослідника і дорослої особистості від прогнозування в дитячому віці, коли віддалені життєві перспективи ще не розвинені на належному рівні і прогностична функція не притаманна індивіду.

Сама діяльність дослідника (того, хто прогнозує) має складатися з таких основних компонентів, як діагностика (психологічна, соціально-психологічна, біологічна, генетична), проєктування-реконструкція, проєктування-перспектива, моделювання. Слід зазначити, що ці частини є послідовними в часі, кожна наступна повинна слугувати підґрунтям для попередньої. Так, багатокomпонентна система діагностики забезпечує проєктування-реконструкцію. Йдеться про своєрідний екскурс дослідника в минуле особистості. Головна мета цього руху полягає у встановленні основних генетико-динамічних тенденцій розвитку. Віднайдені тенденції слід розглядати як підґрунтя для проєктування-перспективи. Важливо зазначити, що тенденції, віднайдені у процесі реконструкції, мають важливе, але обмежене значення. Тож у цьому пункті ми принципово відходимо від А. Адлера.

Проєктування-перспектива має базуватися на тих самих показниках, що й реконструкція, але тут значальну роль відіграють соціальні та вікові чинники. Особли-

важливо мати на увазі власне особистісний чинник (людина як така, що сама прогнозує і здійснює свій життєвий шлях). На відміну від реконструкції, проєктив-перспектив може бути кілька.

Модель завершує і конкретизує проєкт. На нашу думку, в людві домінуючими мають бути чинники зовнішнього соціального впливу на особистість. На цьому процес прогнозування не завершується, принаймні для психолога-практика. Він має здійснювати прогноз, використовувати власну діяльність (консультативно-корекційний вплив), організовувати діяльність оточення (наприклад, педагогів, батьків), здійснюючи постійний моніторинг.

Нарешті, деякі міркування щодо прикладного аспекту проблеми. Найпріоритетнішими слід вважати такі галузі: професійний відбір, медицина, юриспруденція, педагогічна діяльність, сімейні стосунки. У цих галузях уже є запит на прогнозування розвитку особистості. Причому важливими і цікавими є дві форми прогнозування. Перша з них може бути визначена як "прогноз-план" – імовірнісне передбачення трикального розвитку людини в певній галузі її активності. Друга форма може умовно визначатись як "прогноз-подія" – імовірнісне передбачення поведінки людини у випадку, коли відбувається важлива, кардинальна подія, що змінює основні параметри цього шляху. Так, наші співробітники працювали в хірургічних клініках за запитом персоналу, рутинність якого подіяла в тому, що у деяких хворих після важкої хірургічної операції розвиваються не притаманні їм форми поведінки, зокрема, несподівано агресивної. Перед нами ставилося завдання спрогнозувати поведінку хворого після, скажімо, ампутації. Ми встановили, що одних лише загальних знань про екстремальні стани, психотравматизм тощо для цього недостатньо. Необхідний індивідуальний прогноз цілісної особистості, процедура якого дає результати з певною ступенем вірогідності. Зрозуміло, що коли за указанням тут галузей застосування вірогіднісного прогнозування має специфічні особливості.

Питання про те, яких успіхів можна очікувати від дитини або молодої людини (якщо це стосується вузівського навчання), є вельми актуальним перш за все у плані прикладного. Адже значущим є відрізок часу в житті людини, коли навчання є головним видом діяльності і головним виміром активності особистості. У цей час особистість переживає формуючі зміни, які визначають її подальшу долю.

Тенденції розвитку сучасної системи освіти в Україні дуже загострюють практичну актуальність проблеми прогнозування успішності у навчанні. Якщо раніше це питання найгостріше поставало перед учнем і його батьками у випускних класах загальноосвітньої школи і мало вигляд бачити конкретного запитання – чи зможе дитина навчатися у ВНЗ і який саме навчальний заклад їй найбільше підходить, то зараз освітня система надає можливість вибору мало не від самого початку навчання (спеціалізовані класи, школи, гімназії, ліцеї, дистанційне, домашнє навчання тощо). Таке часове "зниження" межі вибору призводить до того, що сама дитина практично не бере в ньому участі з об'єктивних причин – відсутність хоча б якогось життєвого досвіду й нерозвиненість самосвідомості. Отже відповідальність лежить на дорослих – батьках та педагогах.

Ключовим є питання критеріїв, якими користуються у виборі освітньої системи для дитини. Зазвичай ці критерії дуже далекі від особистості майбутнього учня. Вони визначаються передусім соціальними факторами, зокрема, престижністю. Але так чи інакше, питання про те, чи зможе дитина навчатися в тій чи іншій школі і далі чи вона буде успішною, завжди постає перед "зацікавленими особами". Так само вона постає і під час вступу до ВНЗ. Але як же вони вирішуються? Практика здійснення вірогіднісного прогнозування успішності у навчанні як дитяч, так і майбутніх студентів не має ніякого відношення до наукових закономірностей учбової діяльності і розвитку особистості.

Покажемо це детальніше. Є три вузлових моменти, які "здійсяються" у будь-якій системі відбору (до речі, не лише на навчання). Два з них розглядаються як очевидні, "аксіоматичні" і взагалі не аналізуються, а третій – може варіювати. Що належить до "аксіом"? По-перше, твердження: якщо людина (дитина) вступає до даного навчального закладу, це означає, що вона дійсно цього хоче. Чи має це відношення до прогнозування успішності? Так, безумовно, адже йдеться про мотивацію.

По-друге, переконання, що будь-яка освітня система є об'єктивною у плані оцінювання навчальних успіхів і гнучкою, а учні є абсолютно пасивними. Проте, з огляду на проблеми прогнозування, насправді освітні системи не є ні об'єктивними, ні гнучкими.

Таким чином, можемо констатувати, що уявлення про два з трьох вузлових моментів, пов'язаних з прогнозуванням навчальної успішності, у педагогічній практиці є хибними. Складається парадоксальна ситуація: ми не можемо здійснювати прогнозування без урахування суттєвих моментів, але ми не можемо його здійснювати і спираючись на уявлення про них існуючі. Саме тут стає зрозумілою необхідність поглибленого теоретичного аналізу проблеми. Це усвідомлюється під час розгляду третього вузлового моменту: що в суттєвим в особистості самої дитини для її відбору до того чи іншого навчального закладу? Логіка тут дуже проста – відбір означає віднаходження тих учнів, які мають якості, що забезпечать успішність навчання. Які ж це якості? Без спеціального аналізу можна говорити, що під час відбору на будь-яке навчання взагалі не йдеться про якості. Визначається наявний рівень знань (набагато рідше – умінь) майбутніх учнів. Чим вищий цей рівень, тим успішнішим буде подальше навчання.

Свого часу (маємо на увазі 20-ті роки ХХ століття) в нашій країні усвідомили безпідставність такого прогнозу і було запропоновано суто психологічний критерій – рівень розумового розвитку. Дітей почали відбирати на навчання, спираючись на показник IQ. Саме вимрювання розумового розвитку, як зазначає свого часу Л. С. Віготський, полягає в тому, що "передбачається існування зв'язку між висотою розумового розвитку і шкільною успішністю дитини". Віготський провів особливі експериментальні дослідження, результати яких є показовими. Він встановив, що існує висока кореляція між IQ і успішністю у навчанні, але вона доволі складна і суперечлива. Лонгітуд засвідчив зривлення рівня розумового розвитку протягом навчання у дітей, у яких він був спочатку найвищим. У дітей з початковим низьким IQ він підвищується, а середні показники взагалі залишаються незмінними. Віготський експериментально довів, що явище успішності у навчанні не є однозначним і однорідним. Слід розрізняти успішність "абсолютну" і "відносну". "Абсолютна" успішність встановлюється за двома параметрами – відповідність педагогічним вимогам та порівняння з іншими учнями класу. "Відносна" ж успішність є показником руху дитини відносно самої себе, тобто цей параметр фіксує дійсні позитивні або негативні зміни, що відбуваються в процесі навчання. Виявилось, що ці дві форми успішності дуже відрізняються одна від одної і в динаміці своєї підпорядкованості різним закономірностям. Таким чином, "абсолютна" успішність є показником зовнішнім і фіксує ступінь адаптованості суб'єкта до освітньої системи. Вона нічого не говорить про дійсні внутрішні зміни, про розвиток особистості у навчанні. Натомість "відносна" успішність виявляється психологічним корелятом реальних змін у процесі навчання й виховання. Можемо констатувати, що школа фіксує саме "абсолютну" успішність, і система навчання загалом непридатна до того, щоб головною вважати успішність "відносну". Виникає запитання щодо нашої теми – яку успішність ми маємо на увазі, коли говоримо про прогноз?

У своїх експериментах Віготський здійснив спробу прогнозування обох форм успішності, відштовхуючись, як від ключового, від показника IQ. Було встановлено, що протягом певного часу діти з найвищим показником розумового розвитку мають най-

більшу "абсолютну" і найменшу "відносну" успішність. Зворотна логіка була встановлена в групі дітей з найнижчими показниками IQ. Складається враження про те, що прогноз успішності в різних її формах можна будувати на підставі показників IQ. Але виявляється, що чітко визначені групи дітей як за показниками IQ (високі, середні, низькі), так і за показниками успішності є дуже неоднорідними, а на успішність кардинально впливають інші, зокрема суто "зовнішні", фактори.

Виявляється, успішність в обох формах з'ясування залежить від того, до якої навчальної групи потрапить особистість. Використовуючи два параметри (IQ та показник успішності навчання), Віготський встановлює закономірності.

Нарешті, експеримент торкається IQ, і Віготський доводить емпірично, а потім і узагальнено, що даний показник дуже мало дає для прогнозу успішності, оскільки фіксує наявний рівень розвитку і зовсім нічого не говорить про подальші можливості.

Так виникає поняття зони найближчого розвитку як особливого соціопсихологічного простору особистості, в якому вона виявляє внутрішні потенції у формі спілпраці з іншими людьми. За певних умов вони можуть перетворитися на власні самостійні (актуальна зона) надбання. І саме це Віготський вважає ключовим моментом прогнозування. І вже зовсім не IQ, а соціальне оточення та зона найближчого розвитку виходять на перше місце як ключові фактори прогнозу успішності навчання. Ідеї Віготського щодо соціальної ситуації розвитку та зони найближчого розвитку чомусь не розроблялися в педагогічній психології.

Успішність є безумовним і важливим індикатором внутрішніх змін, які відбуваються з учнем у процесі навчання. При цьому поділ самої успішності на "абсолютну" і "відносну" є дуже умовним і корисний швидше в суто педагогічному аспекті – він звертає увагу вчителя на те, що дуже важливим є власний рух учня. Зараз ми можемо лише сказати, що, на жаль, цей рух не враховується і не прогнозується. Але ж тільки врахування цього буде означати, що успішність стане виявом і показником розвитку. Мало сказати, що невірність даного питання унеможливило вирішення прикладних завдань, зокрема, прогнозування. Слід зазначити: насправді це питання завжди вирішується в практичній педагогіці, і те, як воно вирішується, визначає всі дійсні особливості побудови навчально-виховного процесу. На початку статті ми змалювали, як відбувається прогнозування успішності учнів у сучасній педагогіці.

Г. С. Костюк, на наш погляд, був найбільш точним і обережним і обґрунтовував ідею про відношення, у якому перебувають процеси навчання й розвитку. Це відношення виступає як їх єдність. При цьому наважання найбільшою мірою пристосовується до закономірностей розвитку, а сам розвиток природним чином активізує процеси навчання.

Термін "сполученість", який живив Г. С. Костюк, є дуже малюм. Цим поняттям описується складна й суперечлива єдність. Якщо навчання й розвиток є сполученими процесами, це означає, що вони не просто доповнюють одне одного. Ці процеси не можуть існувати поодино, вони передбачають наявність одне одного. При цьому кожен з них залишається самостійним і між ними завжди існує напруга. Отже, сполучення означає суперечливість і певну конфліктність через наявність різних цілей "суб'єкта" цього сполучення. Тож напередуд ідалий термін Костюка вимагає подальшого дослідження і пояснення.

Що ж дає таке розуміння співвідношення навчання й розвитку для вирішення проблеми прогнозування успішності? Насамперед, нагадаємо, як Г. С. Костюк розуміє навчання: "Навчання – це керування учінням, тобто навчальною діяльністю учня, спрямоване на оволодіння знаннями, вміннями й іншими суспільними діяностями, а через нього й керування психічним розвитком учня, становленням їхніх розумових, ідейних, моральних, трудових та інших якостей". Звідси зрозуміло, чому взаємозв'язок навчання і розвитку є, власне, сполучальним: адже учень є суб'єктом власного

розвитку, а керують цим розвитком ззовні, через навчання. Зрозуміло, звідки виникає сполучальність як напружена суперечлива єдність. Нам здається, що Г. С. Костюк врахав сполучальність зв'язку навчання й розвитку визначальною характеристикою педагогічної ситуації незалежно від того, яким є навчання. Інша справа, що сама сполучальність набуватиме різного забарвлення, залежно від того, яким чином здійснюватиметься керівництво.

Пояснимо це докладніше. Те, що прийнято називати традиційною системою навчання (авторитарність, декларативність, репродуктивність, відсутність належної уваги до індивідуальності), фактично являє собою керування. Але це керування тут спрямоване на маніпуляцію і "придушення" суб'єктивності учня: вона виявляється просто зайвою і надоречною, адже головне – чітко виконувати завдання вчителя і відповідати еталонам. Такий тиск породжує форму сполучальності, головними показниками якої є прагнення учня адаптуватися до жорсткої системи, а з іншого боку – опір цій системі як запит суб'єктивності. Г. О. Балл правильно зазначає, що і учень, і вчитель у своїй взаємодії завжди є водночас і суб'єктами, і об'єктами її, отже, жорстко розділяти процес навчання на його суб'єкт і об'єкт – надоречно. Можна говорити, що традиційна система навчання спрямована на те, щоб максимально "об'єктувати" учня. Це таке навчання, яке дуже мало сприяє розвитку, а якщо й зумовлює його, то лише через опір (адже адаптація і активний саморозвиток – речі практично несумісні).

У такій системі навчання успішність є показником відповідності учня висунутим вимогам. Отже, це й має стати дійсним об'єктом наукового прогнозування.

Тепер ми можемо повернутися до початку і зрозуміти, що орієнтація під час різних вступних іспитів на певний рівень знань і умінь має певний сенс: який рівень реально означає міру адаптованості дитини, тобто ступінь ефективності пристосування до наявної управлінської педагогічної системи. Це прогноз суперечливої єдності "адаптація – опір". Чому такий "прогноз" часто буває хибним? З трьох основних причин: по-перше, сама система хоч і є єдиною, але у своїх варіантах (різні типи закладів, різні стилі викладання тощо) може значно відрізнятися, отже, навіть тут приймати її за константу – надоречно. По-друге, ми вже зазначали, що одні й ті самі досягнення можуть виникати різними шляхами, а отже, увага до індивідуальності має бути виявлена і в цьому "прогнозуванні". Нарешті, по-третє: тут зовсім не враховується той момент, що учень усяк раз залишається суб'єктом власного розвитку і власної діяльності. Більше того, ця здатність його з переходом до "вищих" вікових періодів ледо збільшується, стає інтенсивнішою. Тож можна сказати, що відбувається розбалансування відношення "адаптація – опір": акцент явно зміщується в бік опору (прагнення проявити суб'єктивність, самостійність). Поява власних цінностей, прагнень, можливостей, а головне – життєвих планів і перспектив просто не може бути врахована жорсткою системою. "Вони виходять з-під контролю", – говорять про учнів педагоги і виявляються при цьому цілком правими і цілком безсилими. Тут, звісно, руйнується будь-який прогноз.

Але навчання як керування навчальною діяльністю учнів може бути й принципово іншим. Вищечення спадщини Г. С. Костюка засвідчує, що він прагнув показати можливість протилежного підходу до управління навчанням. Ще в роботі 1937 року, присвяченій дослідженню психологічних проблем індивідуального підходу у навчанні, він загострив проблему індивідуального підходу: він полягати не у врахуванні індивідуальних особливостей учнів, а у розвитку цих особливостей. Це має бути сприяння становленню індивідуальності як унікальної неговторимої цілісності.

Головне тут – не "придушення" суб'єктивності кожного учня, а якраз навпаки – зусилля для її підтримки й розвитку. Як зазначає Г. О. Балл: "Поняття управління... позбавлена авторитарного звучання...".



Слід додати, що управління умінням, за Костюком, має забезпечити не лише функціонування учня (об'єкта управління) у певних параметрах, а й сприяти його всебічному розвитку як суб'єкта даної форми активності. ДаллБелл фактично й приходить до даного положення: "Способи управління мають повсюю мірою враховувати специфічні характеристики об'єкта (якщо останнім є людина, то це, зокрема, її індивідуальна своєрідність, її суб'єктивні властивості, а тому числі здатність до творчості)". Останнє, креативність, і є, власне, підґрунтям саморозвитку. Г. С. Костюк говорить і про спосіб такого управління: "Учитель виховує своїм ставленням до навчання, його організацію, стосунками з учнями, спілкуванням з ними, своєю ерудицією, багатством духовних інтересів, принциповістю, вимогливістю". Описане є нічим іншим, як характеристикою діалогічної взаємодії.

Звісно, що і в цьому випадку співвідношення між навчанням (керуванням) і учнем (і через нього – розвитком) буде сполучальним, тобто напруженим і суперечливим. Адже, згадаємо Виготського, "навчання ніколи не збігається повністю з розвитком, ніколи не є тотожним йому". Проте тут ця сполучальність набуває зовсім іншого сенсу – це не спір і не прегнення адаптації, це – узгодження різних уявлень і прагнень двох особистостей (дорослого і дитини) щодо життя і напрямку власного становлення. З іншого боку, це ще й те, про що писав Виготський, – впливи, які здійснюються навчанням, по-різному проявляються суб'єктам і викликають різні зміни в розвитку психіки. Сполучальність залишається, але перестав бути антагонізмом, антиномією. Крім того, в аспекті вчення Костюка набуває, нарешті, дійсного змісту і значення поняття "зона найближчого розвитку". Виготський говорив, що це те, що може робити дитина за допомогою дорослого, але залишалося незрозумілим, що приховано за терміном "допомога". Тепер ясно, що йдеться про таку систему стосунків, коли дорослий сприяє розвитку суб'єктності, а отже, й індивідуальності.

Якщо увітати собі систему навчання, побудовану на викладеній парадигмі Костюка, то що являє собою в ній успішність учня? Вона – не міра адаптованості до системи, а міра суб'єктності у власному русі: міра самостійності, оригінальності, творчості, плуцкості тощо. І розумімо, що саме це має виступити для нас дійсним об'єктом наукового прогнозування успішності у навчанні.

### Життєвий шлях людини

Послідовність фаз життєвого шляху становить його часову структуру. Кожна фаза – якби новий рівень розвитку особистості. Вона ускладнюється багатовимірністю життєвого шляху, переплетенням у ньому багатьох ліній розвитку, кожна з яких має свою історію.

Щоб зрозуміти значення певного періоду життя, треба порівняти його з цілісною структурою життєвого циклу, врахувати найближчі і найвіддаленіші, найглибші його наслідки для розвитку особистості. Долаючи життєвий шлях, людина розвивається як особистість і суб'єкт діяльності, а разом з тим – як індивідуальність. Сухульність таких "вимірів" становить просторову структуру життєвого шляху.

Серед безлічі концепцій життєвого шляху виділимо три, що найповніше підбивають профес розвитку людини:

1. *Життєвий шлях – самоздійснення людини (Ш. Бюлер).*

2. *Мотиваційні регулятори життєвого шляху людини (С. Л. Рубінштейн).*

3. *Сенситивні періоди в житті людини і інші коди числа Фібоначчі (В. В. Кліменко).*

Шарлотта Бюлер з'ясувала закономірності ("регулярності") у зміні фаз життя, у зміні домінуючих тенденцій (мотивацій), у зв'язку зі зміною обсягу життєвої активності, її дослідження стоять осторонь в історії психології, хоча викликали резонанс у науці.

Русійською силою розвитку, за Ш. Бюлер, є природжене прагнення людини до самоздійснення або виконання всебічної реалізації "самої себе". Самоздійснення –

підсумок життєвого шляху, коли цінності і прагнення людини усвідомлено або неусвідомлено одержали адекватну реалізацію.

Поняття самоздійснення близьке за змістом до поняття самореалізації або самоактуалізації. Але самореалізація є лише моментом самоздійснення.

Самоздійснення тлумачиться як результат і як процес, що для кожного віку має свої особливості:

1. *Хороше самопочуття (0–1,5 року).*
2. *Переживання завершення дитинства (12–18 років).*
3. *Самореалізація (25/30–45/50 років).*
4. *Самозавершеність (65/70–80/85 років).*

Повнота, ступінь реалізації себе залежить від спроможності індивіда ставити мету, адекватну його внутрішній суті, собі самому. Така спроможність називається самовизначенням. Чим зрозуміліше людині її прокликання, тобто чим чіткіше виражене самовизначення, тим повніше самоздійснення. Становлення цільових структур є вихідним в індивідуальному розвитку, і його можна досягнути, вивчаючи основні закономірності цього становлення і зміну життєвої мети особистості.

Усвідомлення життєвої мети – умова збереження психічного здоров'я особистості. Це необхідно тому, що причиною неврозів є не стільки сексуальні проблеми (як це видається З. Фройдю) або почуття неповноцінності (за А. Адлером), скільки недостатність спрямування, самовизначення. Поява життєвої мети приводить до інтеграції особистості.

Для обгрунтування своєї концепції самоздійснення через самовизначення Ш. Бюлер застосовує теорію систем Л. Бергаланфі, особливо його ідею про властиву живим системам тенденцію до підвищення напруження, необхідного для активного подолання середовища. Адже біологічні процеси, спрямовані на підвищення напруження у відкритій системі "особистість", дають енергію для досягнення самоздійснення.

Концепція спонтанної активності психофізичного організму суперечить Фройдівському розумінню чинників, що спрямовують поведінку людини як прагнення зменшити напруження.

Вивчивши сотні біографій різних людей, представників різноманітних соціальних класів і груп, бізнесменів, робітників, фермерів, інтелігентів, військових, Ш. Бюлер висунула концепцію про фази життєвого шляху людини.

Поняття фази вказує на зміну напрямку розвитку, на його перераність. Вивчалися в біографіях три аспекти:

- 1) *зовнішній, об'єктивний хід подій життя;*
- 2) *історія творчої діяльності людини;*
- 3) *якщо зміни у внутрішньому світі особистості, особливо у ставленні людини до власного життя.*

Концепція розглядає життєвий шлях людини як процес, що складається з п'яти фаз. Сенс життєвого цілю людини полягає в наступності. Фази життя мають в основі розвитку цільові структури особистості – самовизначення.

Усього дослідниця виявила і описала п'ять фаз життя.

**Перша фаза** (вк. 15–20 років) – період, що передує самовизначенню. Він характеризується відсутністю в індивіда власної сім'ї професійної діяльності, тому виводиться за межі життєвого шляху.

**Друга фаза** (з 15–20 до 25–30 років) – період спроб. Людина пробує себе в різних видах діяльності, заводить знайомства із представниками протилежної статі, шукає супутника життя. Багато спроб і помилок вказують на функціонування мотивації самовизначення, що спочатку має випереджувальний, дифузний характер. Тому особливість внутрішнього світу молодого людини – недея прогнозування можливих шляхів подальшого життя.

Вибір життєвих цілей і шляхів у юнацькому віці нерідко призводить до розгубленості, невпевненості у собі і водночас зумовлює прагнення людини братися до значних справ і звершень.

**Третя фаза** (від 25–30 до 45–50 років) – це пора зрілості. Вона настає в той період, коли людина знаходить своє покликання або просто постійне заняття, коли вона має вже власну сім'ю.

Періоду зрілості людини властиві:

- 1) реальні сподівання від життя;
- 2) твереза оцінка власних можливостей;
- 3) суб'єктивне бачення цього віку як апогею життя.

У період зрілості відбувається специфікація самовизначення – людина визначає конкретну життєву мету і має деякі реальні результати, впевнено просувається до бажаного самовизначення. У 40 років устаканюється самооцінка особистості, яка є результатом життєвого шляху в цілому, життя як процесу вирішення завдань. Тобто підбиваються перші підсумки життя і дається оцінка власних досягнень.

**Четверта фаза** (від 45–50 до 65–70 років) – фаза старіння людини. У цій фазі вона завершує професійну діяльність, її родину покидають дорослі діти. Для людини настає "тяжкий" вік душевної кризи, втрати репродуктивної здатності, скорочення часу подальшого життя.

У людей, які старіють, посилюється схильність до мрій, самотності, спогадів. Наприкінці цього періоду завершується шлях до самодійснення, відбувається пошування мети життя, життєвої перспективи.

У **п'ятій фазі** (від 65–70 років до смерті) – старість. Більшість людей залишає професійну діяльність і заміняє її хобі.

Послаблюються і руйнуються всі соціальні зв'язки. Внутрішній світ людей похилого віку звернений до минулого, у ньому переважають тривога, передчуття близького кінця і бажання спокою. Тому п'ята фаза не зраховується до життєвого шляху.

Розуміння п'ятої фази життя як пасивного очікування смерті суперечить фактом активної і творчої старості.

Фази життя Ш. Біюлер пояснює, користуючись поняттям типу розвитку.

"Впальний" чинник детермінується внутрішніми особливостями особистості. Під творчих досягнень збігається з біологічним оптимумом, тобто тип розвитку визначається домінуванням біологічного чинника.

"Ментальний" чинник детермінує інший тип розвитку – психологічний – і характеризується тим, що творча активність людини досягає апогею і стабілізується на високому рівні наприкінці біологічного оптимуму або в період згасання організму.

Детермінанта життєвого шляху людини зосереджена у внутрішній духовній сутності людини. А саморозвиток духовного аства призводить до розгортання фаз життя, до самодійснення іменентних потенційних можливостей людини.

Отже, концепція виходить з природжених властивостей людини до самовизначення і прагнення до самодійснення, що становлять основні рушійні сили розвитку особистості. А життєвий шлях значною мірою є результатом саморозвитку духу.

Життєвий шлях має просторово-часову структуру. Він складається з вікових та індивідуальних фаз, що визначаються за багатьма параметрами життя.

Питання самореалізації (самоактуалізації) особистості традиційно пов'язуються з гуманістичною психологією, у якій навіть даний термін є центральним. Звернімо увагу на представленість ідеї самореалізації у вітчизняній психологічній науці. Зазначимо одразу, що аналіз дає змогу відкрити глибокі й змістовні філософсько-психологічні підвалини розуміння даного явища. Єдине, що слід враховувати при цьому, – достатньо

ненасте вживання самого терміна "самореалізація", але ж нас цікавить не епістемологія, а сутність речі.

В основі прагнення людини до самореалізації лежить не завжди усвідомлюване прагнення до безсмертя, яке може усвідомлюватися в різних формах як прагнення підвищити знання, покращити умови життя людей, передати іншим знання та досвід, відкрити людям сенс тощо. Таким чином, ми маємо справу із сутнісним, вищим компонентом життя особистості, причому таким, що не може існувати в межах індивідуального буття людини. Реалізувати вдалі прагнення можна лише вийшовши за ці межі, але "вихід за межі індивідуального буття для окремого індивіда – лише шляхом приєднання до чогось більшого, що не закінчить свого існування з фізичною смертю індивіда". Але що являє собою це "приєднання"? Ще О. Ф. Лосєв зазначає: "Особистість, якщо вона є, взагалі числиться завжди і незмінно впливаючою і діючою". Отже, "особистість є завжди виявленням". При цьому виявлення не є просто функцією особистості, а її необхідним і базисним атрибутом. Як бачимо, за Лосєвим, особистість є перш за все виразною формою. Виразне буття є завжди синтезом двох класів, одного – зовнішнього, очевидного, і іншого – внутрішнього, осмислюючого, такого, що припускається. Виявлення є завжди синтезом чогось внутрішнього і чогось зовнішнього.

У контексті даної ідеї розробляє свою теорію "особистісних внесків" В. А. Петровський. Вважаючи його погляди загалом адекватними розумінню процесу самореалізації у вітчизняній філософсько-психологічній традиції, ми повинні зауважити наступне. Будуючи свою теоретичну схему в межах, як він сам зазначає, "концепції персоналізації", Петровський опирається на уявлення О. М. Леонтьєва про особистість як "системну якість" індивіда. "Ми конкретно характеризуємо цю особливу якість, – пише Петровський, – перш за все як здатність людини обумовлювати зміни значних аспектів індивідуальності інших людей, бути суб'єктами перетворення поведінки і свідомості оточуючих через свою відображеність ("персоналізованість") у них".

Далі автор вводить центральне для себе поняття "відображеної суб'єктності", яка "впливає в себе уявлення про особистісний аспект буття людини у світ її форми активної "ідеальної" присутності людини в житті інших людей, "поваженості людини в людині". А потім уточнює: "Відображена суб'єктність є, таким чином, формою ідеальної представленості саме даної людини в моїй життєвій ситуації, яка визначається як джерело перетворення цієї ситуації в значущому для мене напрямі".

Якщо розглядати думки В. А. Петровського в контексті явища самореалізації особистості, слід визнати, що ним актуалізовано дуже важливий аспект. Дійсно, людина "опредметнює" не лише зовнішні об'єкти, але й інших людей, які теж стають деякою мірою її теорем. І тут проблема саме в мірі. Виходячи з трактувань В. А. Петровського, можна прийти до думки, що особистість, взагалі-то, є ніщо інше, як "відображена суб'єктність" великої кількості суб'єктів, які свого часу були значущими для даної особистості, тобто – зробили свої "особистісні внески" в неї. Але чи так це насправді? На наш погляд, тут може бути лише діалектичне вирішення, адже перед нами виникає антиномія: особистість, безумовно, є певною сумою "відображених суб'єктностей", оскільки вона від початку існує в ситуації впливу інших особистостей. Але, водночас, вона не є і не може бути лише сумою цих внесків, адже в останньому випадку ми мали б механізм, але не особистість.

Вирішення цієї антиномії, на наш погляд, полягає у визнанні того, що особистість долає відображену суб'єктність, а це і є, власне, самореалізацією. Отже, по-справжньому важливі є не кількість і сутність "внесків" в особистість інших людей, а здатність її, прийнявши ці внески, долати їх у власній активності, у якій переплавляються і перетворюються ці внески. Тобто, фактично, сутність проблеми вирішує саме процес самореалізації.

Однак, ми так ретельно зупиняємось на аналізі поглядів В. А. Петровського не лише тому, що вони актуалізують суттєвий аспект життя людини. Справа ще й у практичних наслідках.

Беручи до уваги погляди автора в їх "чистому" вигляді, можна досить легко зробити висновок, що, наприклад, професійна самореалізація вчителя або вихователя полягає у прагненні здійснити якомога більше впливів на особистість учня і залишити "багато" відображеної суб'єктності. На жаль, саме так це й розуміють більшість вихователів і взагалі дорослих людей. Звідси можна було б і конкретизувати психологічний предмет: мотив професійної самореалізації вчителів – це прагнення залишити максимум "особистісних внесків" в особистостях учнів.

Однак ми вважаємо таку постановку питання абсолютно некоректною та антигуманною. Учитель, насправді, самореалізується в самореалізації своїх учнів. Іншими словами, учень як мій твір – це людина, якій я допоміг відчутти себе самоцінною і неповторно-унікальною індивідуальністю, вільною, такою, що ставить свої цілі і досягає їх своїми зусиллями (тобто – додає відображену суб'єктність). Звісно, подібне часто пригнічує і дратує вчителів, а особливо батьків, оскільки дуже часто самореалізація того, кого виховуєш, розуміється буттєво (тобто, за теоретичною схемою В. А. Петровського, як ступінь відповідності поведінки тому, що привнесено в людину). Нам здається, що правий, усе ж таки, К. Роджерс.

Розглянуті теоретичні положення дають змогу суттєво уточнити вивідну проблему: самореалізація особистості (а отже, і її мотивація) є "природною" і тотально-всезагальною якістю (ознакою) будь-якої особистості. Не може стояти питання про її додаткове формування. Більше того, випливають відомими й основні механізми цього процесу. Тож проблема полягає в тому, що люди далеко не завжди розкривають (а отже – і формують) усі свої суттєві сили – якості, залишаючись навіть неосвіченими щодо власного потенціалу. Іншими словами, аналіз основних положень вітчизняної філософсько-психологічної традиції дає змогу встановити: самореалізація особистості є, насправді, органічно притаманною будь-якій людині (і зовсім недоречними в тязи щодо того, що нібито дуже невелика кількість людей (3% за Маслоу) – самореалізується, оскільки це "робить" усі).

Але соціальні обставини можуть бути такими, що сприятимуть більш активному і глибокозмістовному становленню (отже, самореалізації) особистості. І саме це є соціально-психологічною проблемою. У цьому плані дуже важливим вважаємо аналіз поглядів українського психолога Т. М. Титаренко. "Моє "Я" як синтез скінченного і нескінченного, – пише вона, – спочатку існує реально, потім, для того, щоб рости, воно проєктує себе на екран уваги, і мої мрії, фантази, химерні марення розкривають мені безмежність, нескінченність можливого. Моє "Я" містить у собі силу-силенну потенцій, воно з необхідністю і тим, чим я можу стати". Але це "можливе" реалізується завжди лише дуже частково. Що ж є обмеженням? З одного боку, "Я" обмежує саме себе: "існує небезпека надмірного розростання сфери можливого, коли за імажинітарними побудовами не залишається часу для їхньої реалізації... Людині слід усвідомлювати свої внутрішні межі, природні границі, щоб даремно не тішити себе калейдоскопом можливостей". Зауваження це, на наш погляд, доволі цінне: самореалізація має ґрунтуватися на внутрішніх базисних особливостях людини. Уточнюється думка А. Маслоу про те, що самореалізація – процес, у ході якого людина мусить стати тим, ким вона може стати. Виявляється, що кожна людина не може стати ким завгодно, детермінація все-таки існує: теона являє собою не що інше, як сукупність класичних "внутрішніх умов" (С. Л. Рубінштейн), від анатомо-фізіологічних до психологічних. Однак це ще не все.

Самореалізація детермінується також і зовнішніми особливостями життєвих обставин. Аналізуючи "буденне" і "екзистенційне" буття особистості, автор фактично відстежує механізми самореалізації особистості на різних рівнях її існування. Приваблює неоднозначність і складність позиції дослідниця. З одного боку, "людина залишається в межах безпосереднього", не розвивається, не зростає. Підкреслюється "вульгарність обивателя", його застиглість і "росливість" такого життя. Ніби дошльно й логічно обґрунтовується необхідність у цьому житті свят, карнавалів, обрядів, гри – всього того, що дає змогу самореалізуватися людині, залишитись особистістю. Це, у принципі, традиційна й розповсюджена точка зору. Але Т. М. Титаренко йде далі, і тоді виявляється, що "сірі будні є тим фундаментом, який забезпечує змогу поступового виходу з пологої ситуативності, прориву до справжньої свободи".

Крім того, "зануреність у буття, природній синкретизм самотелерпримання дають відчуття сталості, тривалості, правильності того, що відбувається". Усе це, справді, так необхідно в житті кожної людини. Буденність формує цілком саперідній тип особистості, для якої вирізняться, демонструвати свою неповторну індивідуальність, виходячи із загального контексту, є небажаним. Простіше й надійніше бути як усі, бути схожим на інших.

Отже, нібито маємо суцільний конформизм і знеособлювання. Продовжуючи яскраво характеризувати даний тип особистості, дослідниця зазначає: "Вони (ці особистості) вміють зростає обставати сей жист, власно орієнтуватися в мінливих обставинах, заощаджувати гроші та вигідно вкладати їх у цінні папери. Ці люди вже досягли успіху або, на без підстав, збираються досягти його, їхній адаптованості можна позаздрити, їхнє існування адрється майже гармонійним". Та чи є вони воістину собою? Останнє питання – ключове, і ми обов'язково повернемося до нього після огляду всієї логіки автора як цілісної структури.

Виявляється, що поряд із життям буденним існує зовсім інше життя – життя "вчинку". Людина здійснює "вчинок" – і в цей час живе в зовсім іншому життєвому вимірі, і сама вона є принципово іншою. Але здійснення "вчинку" – завжди обмеження в часі, і після цього акту людина – "повертається до буденності". Повертається, як справедливо зазначає Т. М. Титаренко, вже іншою, внутрішньо збагаченою, такою, що зросла як особистість.

Отже, маємо саперідну дискретність життєвого шляху людини: буденне ("безучинкове") існування переривається "вчинком" і потім знову повертається до буденності, якісно змінюючи особистість при цьому.

Є дуже велика спокуса розглядати "вчинок" як акт самореалізації особистості, і так воно і є за логікою так званого "вчинкового підходу", що дровлі активно розробляється деякими українськими авторами, які вважають себе послідовниками В. А. Роменця. "Вчинок-активний", "вчинок-краси", "вчинок-добра", "вчинок-екзистенції" тощо – так виглядають дискретні моменти існування особистості, у яких вона дійсно зростає і самореалізується. Ми не аналізуватимемо теоретичних поглядів В. А. Роменця, хоча вони заслуговують на увагу. Принаймні, у нього ми не зустрічаємо перерахованих форм вчинку, та й не можемо зустріти, адже його уявлення було дещо іншим, ніж те, що експлікується в цих формах.

В. А. Роменець указував на такі форми вчинку: "вчинок-різмику", "вчинок-віри", "вчинок-фаталізму", в іншому місці – "вчинок-самопожертви". Логіка дуже відрізняється від вичевказаної. Важливіше, однак, інше: Роменець розглядав можливість аналізу дуже схожих явищ – вчинку і самореалізації. Даючи психологічне визначення вчинку, він зазначає: "...Він є також провідною формою й головним, свідчим механізмом, способом духовного розвитку". Вважаючи ідею самодійснення вчинку "досить абстрактною", він висловлює цілком слушно, на наш погляд, зауваження: "Терміни "самодійснення" і "самореалізація" мають преформістський відтінок: вказують на розгортання вже наявного змісту..."

У роботі Л. І. Анциферової знаходимо характеристику самореалізації як творчості: "Особливе спрямування творчості людини – це створення нею самої себе, свого внутрішнього світу, власного душевного життя". На певному етапі онтогенезу відбувається нби подвоєння самореалізації як системи особистісних дій. З одного боку, людина продовжує активно формувати зовнішні умови власного розвитку (опредметнення – розпредметнення), з іншого ж – її власний внутрішній світ тепер виступає об'єктом формуючих зусиль. "Чи не є індивід автором, творцем тих психічних утворень, котрі на певних стадіях його особистісного розвитку починають усвідомлюватися, а отже, й інтегруватися? І чи не бере участі сама людина у створенні – а не лише у відшкодуванні – власної самості, істинного себе?" – запитує Л. І. Анциферова, полемізуючи з К.-Г. Юнгом і А. Маслоу. Дійсно, слід зазначити, що ініціативно-творче начало, яке лежить в основі самореалізації особистості, має насправді екзистенційне значення для людини, виступаючи умовою її існування. Центральною виявляється проблема реального змісту тієї внутрішньої діяльності, що здійснює особистість, розвиваючи і змінюючи себе. Важливою формою такої активності є самореалізація. У дослідженнях Ю. Б. Гіппенрейтер, О. Т. Соколової та інших показано, що вже сам акт самоспостереження приводить до помітних змін внутрішнього світу особистості. Брайовуючи це, ми в даному випадку розглядаємо самопізнання та формування адекватної "Я-концепції" як важливий засіб процесу самореалізації та її дальностичний корелят.

Останнім часом у вітчизняній психології активно досліджується соціально-психологічний аспект самореалізації особистості. Зокрема, це стосується особливостей взаємодії людини із соціальним оточенням та психологічного аспекту професійної діяльності. С. І. Головаха досліджує самореалізацію в контексті життєвої перспективи особистості.

Остання розглядається автором як "цілісна картина майбутнього у складному суперечливому взаємозв'язку прогнозованих і очікуваних подій, з якими людина пов'язує соціальну цінність і індивідуальний сенс свого життя". Перспектива особистості, зауважує дослідник, є найважливішим фактором її розвитку і самореалізації. Життєва перспектива не задається особистістю, а створюється нею, змінюється і уточнюється протягом життя, проходячи у своєму плані напружено-кризові моменти. Цікавим і продуктивним у цьому плані є, на наш погляд, дослідження так званих відмінних альтернатив на життєвому шляху особистості.

Г. М. Андреева звертає увагу на важливість середовища в особистісних процесах: "Ідентифікація з певним типом середовища є найважливішим компонентом образу "Я". На її думку, середовище органічно включене в життєвий світ особистості й певним чином впливає на її існування й розвиток. Зазначається, що взаємовідносини особистості і середовища можуть відбуватися як шляхом гомеостазу, так і гетеростазу, тобто – притовини і перетворення – створення соціального середовища. Останнє стосується процесу самореалізації більшою мірою, ніж гомеостаз, хоча цей процес ще недостатньо вивчений і, на нашу думку, передбачає значну внутрішню перетворюючу роботу, що має відношення до самореалізації Н. В. Чепелєва, аналізуючи концепцію Л. С. Выготського, доходить висновку: "Соціальна ситуація розвитку – це особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку і зовнішніх умов... Це співвідношення визначає і динаміку психічного розвитку протягом певного вікового періоду, і якісно своєрідні психологічні новоутворення, котрі виникають наприкінці цього періоду". У кожній людині формуються протягом життя типові форми поведінки і емоційного реагування на конкретні життєві ситуації, які Чепелєва називає "концепціями". Важливою з точки зору психології є психологічна ситуація, яка "виникає, коли реальні обставини перешкоджають досягненню мети, задоволенню потреб або вони тлумачаться як такі, що мають певні перешкоди, проблеми тощо". Психологічні ситуації можуть виникати також через наявність внутрішніх

перешкод. Н. В. Чепелева цілком слушно, на наш погляд, розглядає психологічну ситуацію як "завдання на сенс": мається на увазі, що інне подолання передбачає акт осмишлювання, а отже, якщо виходить з уявлень В. Франкла, – акт самореалізації. Нам здається, що аспект, який розглядає Чепелева, має центральне значення для вирішення проблеми самореалізації особистості – саме розв'язання численних психологічних ситуацій призводить до того, що світ перестає сприйматися відчужено, як такий, що стоїть "навпроти", натомість виникає позиція "особистість усередині свого світу" (С. Л. Рубінштейн). Заслужоєне на увагу дослідження проблем людини в нових життєвих ситуаціях.

На основі аналізу літератури ми виділили такі характеристики потреби в самореалізації: потреба в самореалізації належить до розряду вищих потреб; вона є якісною характеристикою особистості; дана потреба актуалізує потенційні можливості особистості; вона оприякує розвитку особистості; потреба в самореалізації підтримує внутрішній стан напруження індивіда, вона має суперечливу природу; потреба в самореалізації існує у варіанті "для інших", тобто має соціальний характер; потреба в самореалізації – це цінність; вона має постійний, безперервний характер; потреба в самореалізації володіє здатністю цілеспрямованого формування в процесі оволодіння тією чи іншою діяльністю.

Фундаментальні потреби створюють активність поведінки. Активність, за висловом Ж. П. Абульханової-Славської, "здійснюється особистістю в дієвому плані життя... набуває форми самореалізації". У даному випадку ми акцентуємо увагу на проблемі активності, яку А. В. Петровський визначає як реалізацію потреб особистості, як пошук предметів потреб. Активність визначає діяльність, тобто є рушійною силою, джерелом пробудження в людині її "потенціалу". Активність викликається потребою в діяльності, являє собою вищий щодо діяльності рівень, але її характер визначається й опосередковується вищими життєвими потребами. Таким чином, потреба в самореалізації є джерелом активності особистості, активність же визначає ті види діяльності, в яких дана потреба задовольнятиметься.

### 2.1.5. Структура особистості

Цілісність і унікальність особистості не відходять, а передбачають наявність її особливої структури. Л. С. Виготський зазначає: "Структурою прийнято називати такі цілісні утворення, які не складаються сумарно із окремих частин, являючи ніби їх агрегат, але самі визначають долю і значення кожної з частин, що входять до їх складу".

Структура особистості як цілісності є об'єктивною реальністю, що втілює внутрішні особистісні процеси. Крім того, вона відображає логіку цих процесів і підпорядкована їм. Водночас, з погляду генетичної психології, вона є результатом діяльності цих процесів. Структура виникає як втілення функції, як організації функції. Звісно, її виникнення, у свою чергу, призводить і до зміни самих функцій. Таким чином, структура особистості тісно пов'язана з процесом її становлення: вона є одночасно результатом становлення, його умовою і фактором подальшого розвитку особистості. Отже, структура являє собою цілісність, що включає в себе всі психічні (свідомі і несвідомі) і непсихічні складові особистості. Але вона не є їх проста сума, а становить нову особливу якість, форму існування психіки людини. Це – особлива улагодженість, новий синтез.

Структура особистості є суперечливою відносно фактору стабільності. З одного боку, вона є стабільною і сталою (включає в себе однакові компоненти, робить поведінку прогнозованою). Але, водночас, вона є впливною, змінною, ніколи до кінця не завершеною. В культурно-історичній теорії доведено, що структура особистості людини змінюється в процесі онтогенезу. Тимчасом є дані, які дозволяють припустити, що



зміни ці відбуваються і всередині вікових етапів, визначаючи індивідуальний стиль і відображаючи специфіку життєвого шляху кожної людини.

Отже, прагнення дослідження особистості як цілісності зовсім не означає для нас відмову від структуривання даної цілісності. Свого часу С. Л. Рубінштейн звертає увагу на недопустимість нехтування структурними аспектами особистості. "Особистість, – зазначає С. Л. Рубінштейн, – визначається своїми відношеннями до оточуючого світу, до суспільного оточення, до інших людей". Ці стосунки зумовлені відношеннями між внутрішніми складовими психіки, в тому числі неусвідомленими. Тому "в психологію особистості входить вивчення всіх цих утворень у їх взаємозв'язку". Рубінштейн далі зазначає: "Не можна ігнорувати динаміку цих відношень у розгляді психічних процесів, так само як не можна все розчинити в цій динаміці відношень, зовсім виключивши статичку відносно стабільність властивостей. Все розчинити в динаміці особистісних відношень означає ігнорувати наявність у людини стійких властивостей, що склалися й закріпилися в процесі історії".

У переважній більшості теорій особистості її структура декларується, як, власне, і окремі її складові. Ми схильні підходити до цього питання по-іншому: на наш погляд, дійсна структура особистості – та, в якій введена "плетка самого об'єкта" повинна ще бути встановленою в результаті емпіричних і теоретичних досліджень. Розкриємо нашу вихідну позицію. Цілісність являє собою, перш за все, узгоджену й гармонізовану систему окремих частин, які, власне, і утворюють її. Тобто цілісність передбачає структуру. Остання може (і повинна) виступити предметом психологічного дослідження, оскільки саме недостатність достовірних наукових даних про структуру особистості породжує ту кількість уявлень про цілісність, які можна вважати швидше метафорами і міфами, ніж науково обґрунтованими узагальненнями. (Варто лише продивитися сучасні підручники з теорії особистості, щоб упевнитися, що уявлення авторів про структуру особистості людини є справжніми "творами на віліну тому" – у кожного своя логіка, своє уподобання, а отже – і своя структура. Такий стан речей дуже далекий від науковості). Водночас, наукове вивчення структури цілком закономірно вимагає аналізу, "розчленування" цілісності. Ми згодні з думкою Д. В. Ушакова про те, що для продуктивного вивчення особистості необхідно прийняти до відома відмінність гносеологічного плану даного поняття від психологічного. Якщо в гносеологічному плані особистість є цілісністю, яка далі не розкладається, то в плані психологічному такий аналіз можливий, навіть необхідний. У гносеологічному плані поняття "особистість" ("суб'єкт") не може бути розкладеним, оскільки воно означає дійсного носія думок, почуттів, цінностей (С. Л. Рубінштейн зазначає з цього приводу, що мислить і планує не мозок, а людина як суб'єкт, як особистість). "У цьому сенсі, – правильно зазначає Д. В. Ушаков, – не можна далі розкладати поняття "суб'єкт", оскільки носієм мислення і планування він є цілком, а не якась його окрема частина. Якщо ми спробуємо виділити в таким чином зрозумілій особистості якісь підсистеми, то носії мислення просто зникне".

У плані ж психологічному аналіз необхідний, оскільки інакше на об'єкті знову з'явиться стара ідея "гомункулуса". Але чи не суперечить це нашій ідеї щодо зближення предмета і об'єкта в дослідженні психологічної особистості? Здається, що дуже багато залежить від чіткості і послідовності дослідницької позиції. Показово в цьому плані є думка В. Франкла: "Наука не лише має право, але й зобов'язана вносити за дужки багатомірність реальності, відмежовувати реальність, виокремлювати з цього спектру реальності якусь одну хвилю. Тому проекція реальності є більш ніж виправданою. Вона необхідна. Вчений повинен змійти робити свій вигляд, наче він має справу з одномірною реальністю. Однак він повинен при цьому знати, що він робить, інакше кажучи, він повинен знати джерела можливого

помилко, щоб уникнути їх у своєму дослідженні". Структура особистості як цілісності в об'єктивній реальності, що впливає – відображає внутрішні особистісні процеси, тобто процеси виникнення, існування і розвитку. Вона відображає логіку цих процесів і підпорядкована їм, водночас вона є результатом їх діяльності. Це точка зору генетичної психології. Структура виникає як втілення функції, як орган цієї функції. Причому, якщо бути послідовним, слід зазначити, що спочатку вона виникає як нероздільна і недиференційована, отже – нерозвинена цілісність, яка потім, у процесі подальшого існування, ускладнюється і диференціюється, залишаючись при цьому цілісною (але тепер це вже інша цілісність). В такому вигляді структура має зворотний вплив на функцію (на існування), спрямовуючи, об'єднуючи і осягнено розвиваючи її. Такий спосіб взаємодії є суперечливою єдністю самостійних і окремих частин, які не можуть існувати одна без одної. Таким чином, для генетичного психолога логіка об'єкта дослідження (особистості людини) являє собою закономірні процеси існування: виникнення, розвитку, становлення. Саме в межах цієї логіки ми схильні розглядати структуру особистості, і саме в цих межах виокремлювати її ланки (складові). Але сказаного недостатньо. Диференціація структури особистості є не єдиним напрямом її розвитку в онтогенезі. Відбувається й інше суттєве явище: особистість формується. Ми вже зазначили, що розуміємо формування особистості не в парадигмі педагогичній – як організацію відповідного впливу на людину – а як набуття особистістю певної форми, що являє собою цілісну систему соціальних властивостей, а точніше, соціальних "органів" особистості". Вона відбивається на психологічній організації особистості, з останньою як зі свого підґрунтя виростають соціальні "органи" особистості, але ніколи не вичерпують багатства її психічних властивостей, станів, процесів, психологічних механізмів, що постійно зароджуються, потенцій, що весь час накопичуються, співвідношень, які постійно виникають. Таким чином, форма особистості є постійно незавершеною і незавершимою. Разом з тим, форма означає ієрархізацію, спеціфічне об'єднання і задіявання в існуванні особистості різних рівнів її організації. Рівні психологічної організації зрілої особистості є втіленням її інтегрованого функціонування і розвитку. Зрозумілий таким чином процес формування пояснює і явище гетерогенності та гетерохронності існування – адже структури, що пішли "в глибину", звільнивши місце іншим, не перестають функціонувати – змінюється лише якість і прояв їх активності. Г. Олпорт, до речі, так і розуміє явище становлення особистості: "Становлення – це процес втягнення більш ранніх стадій у пізніші або (коли це неможливо) процес найкращого розв'язання конфлікту між ранніми і пізніми стадіями". Автор настійливо вживає відносно особистості цей термін "становлення" замість традиційного "розвитку" і, мабуть, він правий. Для нашого аналізу явище формування важливе в тому плані, що воно пояснює багатомірність особистості і, зокрема, її структури. Конкретно це означає наступне: будь-яка психічна складова може являтися ланкою (складовою частиною) структури особистості, якщо процеси, що забезпечують її існування, працюють не на одному, а на багатьох рівнях психічного. Наступною ланкою є те, що ця складова повинна втілювати в собі і віддзеркалювати всю структуру як цілісність (тобто, дане явище не може мати безособистісну природу). Як у крапельці води, в ній повинна бути втілена вся особистість, звісно, в специфічному, "знятому" вигляді. Ця ланка повинна розвиватися як самостійно, так і в складі цілісності, мати власну історію і власне майбутнє. Таким чином, ми приходимо до логічної неможливості оперувати терміном "частини", якщо це стосується структури особистості. З цього приводу красиво висловився А. Маслоу, зазначивши, що особистість складається не з частин, а з граней! Л. І. Божович, акцентуючи проблеми розвитку, оживляє поняття "ліній (староні) розвитку особистості", які, в її розумінні, є релевантними окремим структурним елементам: "є підстави догадувати, що формування особистості не

може характеризуватися незалежним розвитком якоїсь однієї сторони – раціональної, вольової чи емоційної... можна вважати, що існують певні новоутворення, що послідовно виникають і характеризують етапи центральної лінії онтогенетичного розвитку”.

Але повернемося до терміну А. Маслоу і побудуємо образну аналогію. Перед нами – кристал, як самодостатній існуючий об'єкт. Що являють собою його грані? Кожна з них лежить на поверхні, втілюючи в собі одночасно і внутрішню природну логіку існування даного цілого, і особливості контакту (взаємодії) цих внутрішньо-закономірних процесів з оточуючим середовищем, тобто, якою вона є, являє собою результат цієї складної взаємодії. Разом з тим, грань виражає ті складні процеси, які відбуваються всередині кристалу, інтегруючи їх у своєму вигляді (формі). Грань може розглядатися і досліджуватися окремо, хоча існує вона виключно в складі цілості, і відірваною від неї бути просто не може. Сукупність граней надає кристалу індивідуально своєрідної форми, яка водночас є в чомусь типовою для даної хімічної речовини. Грань може змінювати свою будову (форму) разом зі зміною цілого (наприклад, ростом кристала), але може змінюватися (розвиватися) і відносно самостійно (явище кристалізації). Нарешті, грань є тим найменшим, що не тільки може вивчатися окремо (конкретний предмет емпіричного дослідження), але й через це ми можемо “увійти” всередину всього кристала, пізнати його. Аналогія, звичайно, є досить умовною, але де в чому вона вірно відображає проблему дослідження особистості: дослідник не може вичпати цілість як предмет, але йому уже й не потрібна частина (кусочок кристала), йому потрібна грань – те психологічне утворення, яке зосереджує в собі всю цілість структури особистості і тому відкриває її потаємні механізми.

Виходячи з цих аналогій, слід констатувати ще раз, що ми не знаємо, якою є психологічна структура особистості – вона повинна бути встановлена в результаті емпіричних досліджень.

Важливою і не розв'язаною остаточно є проблема визначення окремих змістовних складових структури особистості. Вся трудність психології особистості полягає у визначенні цих змістовних планок.

Щоб ця проблема стала зрозумілою, наведемо давнє міркування Л. С. Віготського з приводу пошуку змістовних одиниць аналізу психіки в цілому. Він проводить вдалу аналогію з хімічним аналізом речовини. Якщо перед науковцем постає завдання встановити дійсні глибинні механізми і властивості, наприклад, такої речовини, як вода, він може обрати два шляхи аналізу. По-перше – можна розчленувати молекулу води ( $H_2O$ ) на атоми водню і атоми кисню і... втратити цілість, оскільки окремі елементи, що виділяться при цьому, не будуть мати жодних властивостей, притаманних воді (це так званий аналіз “по елементах”). В другому випадку, якщо спробувати сумістити аналіз із збереженням властивостей, ознак і функцій цілості, слід не розкладати молекулу на елементи, а виділяти окремі молекули як дійсні “цеглинки” (Віготський пише – “одиниці”) аналізу, які вже можуть бути досліджені і в той же час зберігають у найбільш спрощеному, але в загострено-суперечливому, “всезагальному” вигляді всі особливості речовини в цілому. Якщо перенести дану логіку в галузь психології особистості, виявиться, що справа пошуку змістовних одиниць її психологічного аналізу є не такою вже й безнадійною, як вважав Г. Олпорт, саркастично зауваживши, що в плані пошуку одиниць аналізу все дуже просто і безнадійно – все залежить від відношення дослідника: якщо йому більше подобаються “риси” – такими одиницями будуть саме вони; якщо “мотиви” – в основі аналізу буде мотиваційна сфера і т. ін.. Заради справедливості зазначимо, що так і відбувається в абсолютній більшості теорій особистості. Порушується один з головних методологічних вимог, що висувалися, зокрема, видатним українським вченим В. І. Вернадським словесно науки взагалі (тобто, будь-якої наукової думки): дослідник має навагатися

встановити логіку самого об'єкта дослідження, а не нав'язувати йому (об'єкту) власну логіку. Вернадський, до речі, спеціально зауважив і щодо психології: вивчаючи будь-яке психічне явище, не слід забувати, що воно має власну, окрему логіку існування, яка може принципово і кардинально відрізнятися від того, що з цього приводу думає науковець. Проте проблема є важливою не лише через своєрідну підміну дослідниками логіки об'єкта власними роздумами. З цього приводу, до речі, гарно і образно висловився К.-Г. Юнг: "В дійсності, ми знаходимо певні факти, які згруповані специфічним способом, і у відповідності до історичних і міфологічних паралелей даємо їм назву... Виходячи з цього, можна вибудувати теорію – Фрейдівську, адлерівську чи будь-яку іншу. Можна думати про фактичну сторону світу взагалі, що вам завгодно, але в результаті теорій буде стільки ж, скільки людей, що ламають голову над ними" (*підкреслено нами*, – С. М.).

Існує, значаємо ми, ще одне суттєва проблема, про яку теж красиво написав Юнг: "У психологічних питаннях ніхто не був абсолютно правий. Ніколи не забувайте, що в психології засіб, за допомогою якого ви формуєте судження про психічне і спостерігаєте за ним, це й є саме психічне. Чи чули ви коли-небудь про молоток, що сам себе б'є? У психології об'єктом спостереження є сам спостерігач. Психічне не лише об'єкт, але й суб'єкт нашої науки. Як бачите, це своєрідне зачароване коло, тому нам треба бути дуже обережними".

Отже, хоча особистість, безумовно, є об'єктом психологічного дослідження, але об'єктом специфічним, і головна специфіка полягає навіть не у складності, а в тому, що це об'єкт, здатний до власних, вільних дій (ознака "активність"). Тобто, особистість, виступаючи об'єктом вивчення (або впливу), водночас існує і як суб'єкт, що дуже ускладнює проблему розуміння її психології, але лише ускладнює, а не робить безнадійною.

Виділення змістовних одиниць психологічного аналізу є провідним принципом генетичної психології. Як це може бути застосовано відносно особистості? Л. С. Віготський писав: "Під одиницею ми розуміємо такий продукт аналізу, який, на відміну від елементів, має всі основні властивості, притаманні цілому, і який є такою, що далі не розкладається, живою частиною цієї єдності". В останніх роботах В. П. Зінченка підхід до одиниць аналізу психічного був розширений і поглиблений, результатом чого стало формування методологічних вимог до цих цікавих абстрактних утворень. Наведемо ці вимоги з нашими коментарями. *По-перше*, одиниця повинна бути структурним утворенням, синтетичною психологічною структурою, отже, вона сама має бути складною і різноплановою, суперечливою. *По-друге*, це яскраво відзначається в другій вимозі Зінченка: "Одиниця повинна бути гетерогенною, поєднувати різні і навіть протилежні властивості". Одиниця, далі, має бути здатною до розвитку і саморозвитку, отже у неї повинні бути породжуючі властивості. Четверта вимога полягає в тому, що одиниця аналізу психічного повинна бути живою частиною цілого. Що має на увазі автор? Для нашого дослідження це уявляється дуже суттєвим. Одиниця мусить бути реальним психологічним фактом, а не абстракцією. Вона повинна бути рухливою, плинною і змінною, всіма своїми зв'язками укоріненою в явища більш розгорнутому.

П'ята вимога В. П. Зінченка теж суттєва для досліджень саме в психології особистості. Йдеться про можливість наявності потенційної і реальної великої кількості одиниць, які можна організувати в таксономічну єдність. Саме відносно особистості дослідник поставлений в такі умови, адже тут не може бути однієї одиниці. Наступні вимоги стосуються того, що одиниці повинні дійсно відображати в досліджанні сторони того явища, одиницями якого вони, власне, і є.

Аналіз засвідчує, що в особистості не можна виокремити одну одиницю ("сплітку") аналізу. Існує кілька різних за психологічною природою структур, які відповідають вимогам, що висувуються до одиниць аналізу.

- структура повинна бути специфічною і самостійною, але при цьому – існувати і розвиватися вона буде лише в складі цілісної особистості;
- в цій структурі повинна відбиватися вся особистість в її реальній єдності, але відбиватися водночас "поглиблено-спрощено" у вигляді сутнісного протиріччя;
- дана структура не паляє собою щось схоже на "будівельний блок" – вона є динамічною і здатною як до власного розвитку, так і до гармонійної участі в становленні цілісної особистості;
- структура, про яку йдеться, має відбивати певний сутнісний ракурс існування особистості і відповідати всім суттєвим ознакам цілісної особистості.

Фактично мова йде про уявлення особистості як відкритої складної динамічної системи, здатної до саморозвитку, і визначення ключових змістовних структурно-динамічних "вузлів" цієї системи. Ці "вузли" не є, власне, частинами особистості; слідом за А. Маслоу доречніше назвати їх гранями, маючи на увазі, що кожна грань – відображення окремого аспекту існування особистості в певід'ємності від усієї цілісної структури.

Уявлення про особистість як про структурно-динамічну систему (термін К. К. Платонова) насправді означає поєднання, на перший погляд, несполучуваного: структура передбачає сталість, стійкість, визначеність, упорядкованість і постійність. Динаміка означає постійний плин – становлення (ситуація нагадує парадокс, з яким свого часу зіткнулася квантова фізика: електрон – частинка чи хвиля (плин)?, і який був тимчасово вирішений Н. Бором за допомогою принципу доповненості). Генетична методологія розв'язує дане протиріччя через категорію руху – становлення: особистість як унікальна цілісна структура існує лише в русі (існуванні – становленні). Постійні зміни і самозміни є умовою існування структури. Якщо особистість, образно кажучи, "зупилилася" (хоча такого в житті людини не буває ніколи), або ж "зупинилася" динаміка якоїсь її змістовної одиниці – грані (що, на жаль, відбувається досить часто), одразу ж починаються процеси спрощення – примітивізації, а потім і руйнації структурної цілісності. Це можна вважати генетичним законом існування особистості людини.

В зв'язку з тим, що структура особистості складається з кількох різних "змістовних одиниць", виникає питання щодо особливостей взаємозв'язку між ними та, з іншого боку, між кожною такою "одиницею" і цілісною структурою. Тут ми можемо сформулювати провідний принцип такого взаємозв'язку, який потім буде "наповнено" емпіричними даними. Це – принцип сполучальності (термін введено в психологію Г. С. Костюком у контексті розгляду взаємодії процесів навчання і розвитку особистості). Взаємозв'язок і взаємодія якихось начал за принципом сполучальності означає, як уже відзначалося, що кожний учасник взаємодії є самостійним і завершеним та існує й розвивається за власними законами. Водночас все це виявляється відносним, оскільки, з іншого боку, існування і розвиток кожної ланки сполучальної взаємодії можливе лише за умови присутності і зв'язку з іншими ланками. Вони існують як самодостатні і незалежні, але існують так одна без одної не можуть, доповнюючи і завершуючи одна одну. Тому сполучальність передбачає не лише гармонійність, угодженість, але ще й напруженість, конфліктність, протиріччя. Саме це є умовою єдності.

Виходячи з викладеного та враховуючи величезний масив наукових даних із психології особистості, можна визначитися щодо структури особистості більш конкретно (хоча, за великим рахунком, як уже говорилося, ми вважаємо, що це питання лежить собою наукову проблему, і тут, можливо, найбільш недоречно, як казав Л. С. Віготський, "перетворювати проблему в постулат").

Аналіз численних вітчизняних і зарубіжних теорій особистості засвідчує величезне різноманіття поглядів вчених на проблему структури особистості: від практичної відмови

розглядати це питання (К. Роджерс, А. Маслоу, у нас – представники теорії діяльності), до дуже ретельних і ґрунтованих спроб, які, однак, є вельми довільними, відображаючи логіку авторів, а не логіку об'єкта вивчення (Б. Г. Ананьєв, А. К. Ковальов, С. Л. Рубінштейн, З. Фрейд, Р. Кеттелл, Г. Олпорт та ін.). Теорія і методологія даного питання у вітчизняній психології найбільш ретельно розроблені в роботах К. К. Платонова, який аживає вираз "функціонально-динамічна структура особистості", розглядаючи її як складну відкриту систему, що саморозвивається. Динамічна система – це система, що розвивається в часі, змінює склад компонентів, що входять до неї, та зв'язок між ними при збереженні функції. К. К. Платонов вводить термін "підструктури" особистості, в котрі "можуть бути включені всієї властивості особистості". Таких підструктур особистості автор бачить чотири.

1. **Біологічно зумовлена підструктура**, що об'єднує типологічні властивості особистості, статеві і вікові психофізіологічні особливості та їх патологічні зміни, які значною мірою зумовлені фізіологічними і морфологічними особливостями організму, зокрема, нервової системи.
2. **Підструктура форм відображення**, яка охоплює індивідуальні психологічні особливості окремих психічних процесів (пізнавальних та емоційних), що формуються протягом життя людини.
3. **Підструктура соціального досвіду**, що включає в себе знання, навички, вміння і звички, набуті в особистісному досвіді, шляхом навчання.
4. **Підструктура спрямованості**, яка об'єднує мотивацію, відношення і моральні якості особистості.

Важливими є критерії виділення даних підструктур, які наводить К. К. Платонов.

**Перший критерій** являє собою "співвідношення біологічного і соціального, природженого і набутого, процесуального і змістовного". Дійсно, в наведених підструктурах можна помітити закономірну динаміку змін даного співвідношення: від максимуму природженого процесуального в першій – до максимуму набутого в четвертій. Автор абсолютно справедливо зазначає, що "ця послідовність допомагає глибше зрозуміти співвідношення соціального і біологічного не лише в особистості в цілому, але й у підструктурах різних рівнів, аж до окремих властивостей особистості".

**Другим критерієм** виділення вказаних підструктур є внутрішня близькість рис особистості, що входять до кожної з них, і виділення "в кожній з цих підструктур, прийнятій за ціле, своїх підструктур більш низького рівня".

**Третім важливим критерієм** виокремлення даних підструктур є те, що кожна з них має свій власний, особливий тип формування. Взаємодія цих різних типів формування визначає індивідуальні особливості розвитку кожної особистості.

**Четвертий критерій** Платонов вважає "найбільш значущим". Він полягає в наявності об'єктивно існуючої ієрархічної залежності цих підструктур. Рівні зв'язки існують як між підструктурами, так і всередині кожної з них. "Але каузальні зв'язки субординації більш чітко виражені у взаємодії різних підструктур".

**П'ятий критерій** є більш "організаційним", але теж важливим: йдеться про те, що реально в психології окремі виділені підструктури, а також їх складові виступають дійсними предметами емпіричних і теоретичних досліджень.

К. К. Платонов зауважує, що парераковані критерії "дозволяють вважати, що чотири виділені підструктури відображають об'єктивну дійсність і тому є основними підструктурами особистості".

Генетичний ракурс дослідження, а також отримані за останній період численні наукові факти дозволяють суттєво доповнити і розвинути дану концепцію, яку ми вважаємо, разом з тим, цілком обґрунтованою.

Якщо врахувати ще два суттєві критерії, можна говорити, що в дійсності виділені Платоновим підструктури є "змістовними одиницями аналізу" особистості. Ми маємо на увазі наступне:

**Шостий критерій** полягає в тому, що виокремлена підструктура, залишаючись специфічною, в той же час відображає (містить у собі в "знятому" вигляді) всю цілісну унікальну особистість.

**Сьомий критерій** означає, що реально взаємозв'язки між підструктурами та, з іншого боку, між окремою підструктурою і цілісною особистістю, – є не лише терархічними: вони існують за фундаментальним принципом спадучальності. Аналіз фактів дозволяє визнати, що статус підструктури (тут ми маємо намір зберегти цей термін Платоніва) мають також і здібності, як індивідуально-психологічні властивості, що визначають успішність і ступінь досягнення людини в певній соціально зумовленій діяльності. Ця властивість означає також міру оволодіння людиною способами діяльності в культурно-історичному середовищі.

Таким чином, з урахуванням сучасних наукових даних в контексті генетичного підходу, є сенс виокремлювати в особистості *п'ять окремих підструктур (одиниць):*

*біологічну;*

*індивідуальні особливості психічних процесів;*

*досвід;*

*спрямованість;*

*здібності.*

Разом з тим, слід зауважити, що такий розгляд особистості не є повним відбиттям її структури. Особистість має ще й інші якості, які за своєю природою являють собою дійсні "одиниці аналізу" (грані), але, на відміну від перерахованих, вони набагато більш динамічні (плинні) і не мають, якщо можна вжити такий термін, окремої локалізації – вони охоплюють всю особистість.

Маємо на увазі "внутрішній світ особистості", "характер" і "психічні стани".

"Внутрішній світ особистості, – зазначає Л. І. Анциферова, – це індивідуально-інтерпретований, насичений модальностями особистісних переживань, осмислений в діалогі з реальними і ідеальними співрозмовниками зовнішній світ, в якому віддиференційовані функціональні галузі з різним рівнем значення". Це – світ сенсів, життєвих планів і сутісних переживань. Але внутрішній світ особистості, насправді, набагато більш суперечливий і драматичний, оскільки він складається не лише з усвідомленого, але й з неусвідомленого. Інстинкти і потяги, архетипи – все це є, так би мовити, другим полюсом, другою складовою внутрішнього світу. Саме суперечливе протиріччя "свідоме – неусвідомлене" складає підґрунтя і породжує цю грань ("одиницю"), яка ніби заповнює внутрішній суб'єктивний простір існування особистості.

**Характер** (буквально з давньогрецької – відбиток, "чекан") особистості ми розглядаємо як неповторний індивідуальний відбиток всіх якостей особистості, що виявляється в ставках (звичних, типових, "характерних") способах взаємодії і емоційного реагування людини. Характер – це те, що "проростає" на поверхню, те, що визначає "форму" особистості: визначає особистість з точки зору іншої людини і соціального світу в цілому. Характер є змістовною одиницею особистості остільки, оскільки соціальна дія (взаємодія), значок, – відбиває всю особистість, весь її психічний і психофізіологічний тезаурус.

**Психічний стан** – це цілісна характеристика функціонування психіки людини за певний період часу, яка відбиває і зумовлює своєрідність протікання психічних процесів залежно від відображення дійсності, попереднього стану і психічних властивостей особистості. Психічний стан ніби опортає і пронизує всю особистість, інтегруючи її і

«забарвлюючи» сам контекст існування. Стан може впливати на адекватність відображення світу, ефективність діяльності, утримання життєво важливих цілей та орієнтацій. Дуже суттєвим є те, що стан може переходити в іншу форму існування, а саме – у власність особистості, і саме в цьому сенсі ми говоримо, що психічний стан – це те, що може здійснитись, відбутись (реалізуватись у поведінці, ризи тощо).

Таким чином, структура особистості може уявлятися такою, що складається з восьми змістовних одиниць (граней). Аналіз засвідчує, що ці одиниці різні як за змістовною наповненістю, так і за загальним тезаурусом – існують п'ять підструктур і три наскрісні динамічно-плинні загальні якості. Звідси випливає дійсна гетерогенність структури особистості.

Викладене можна розглядати як класичний (типовий) підхід до проблеми структури особистості. Здається, є сенс виокремити і загострити ті аспекти, що цікавлять власне генетичну психологію. Необхідно, зокрема, розглянути таке важливе питання: чому взагалі виникає необхідність вивчення структури особистості. Нам уявляється, що поняття структури актуалізується в персонології у зв'язку з тим, що особистість, як ми вже відзначили, виявляється дуже складним об'єктом дослідження, і ця складна цілісність, яка самоіснує, не може бути охоплена сучасною наукою як щось єдине: нерозділене (тобто так, як воно й є наспраді). Кожне конкретне дослідження вимагає розчленування особистості і зосередження на окремих її елементах. А для того, щоб це був дійсно змістовний елемент, потрібно уявити структуру, в яку він входить. Звідси і виникає необхідність вивчати структуру особистості як вищійу абстракцію.

Водночас структура викликає інтерес сама по собі, через те що вона включає і об'єднує в собі, як в єдності, різні компоненти і психічного, і непсихічного. Те, ким є людина як цілісність, складає певну форму особистості, яку, однак, не слід розуміти буквально, спрощено. Це не матеріальна форма, але вона все ж дійсно існує, і в кожній особистості є дещо іншою. Тому розгляд будь-якої окремої складової особистості, як і особистості в цілому, вимагає постановки відповідних наукових задач. З іншого боку, можна сказати, що є окрема задача дослідження структури і її становлення. Адже особистість є унікальною єдністю, яка саморозвивається, і дослідження структури особистості дозволяє нам вирішити проблеми виникнення самої особистості, механізмів, напрямків і витоків її розвитку, і важливі практичні питання, пов'язані із взаємодією частин особистості.

Для генетичної психології особливо важливо зрозуміти структуру такою, якою вона дійсно є в живому русі-розвитку. Не створити її штучно, включивши в неї три елементи, як Фрейд, чи чотири, як Платонов, тощо, а саме: зрозуміти такою, якою вона дійсно є. Але ж для того, щоб зрозуміти логіку об'єкта, потрібно зрозуміти, як він виникає. Взагалі центральна наша теза полягає в тому, що виникнення структури є тією галуззю дослідження, яке може відкрити дійсні змістовні підвалини особистості. Вона з'являється, коли особистість диференціюється у своїх функціях, забавляючи її існування у світі. Ми розглядаємо вісім структурних складових не тому, що це нам подобається ця цифра, а тому, що орієнтуємося на реальне функціонування людини в соціальному оточенні, виходячи з того, що упорядкована і цілісна структура для цього необхідна і виникає закономірно від самого зіткнення з життям. І тоді виходить, що кожен елемент структури є закономірним з огляду на існування людини. Втративши хоча б одну складову з цілісної організації особистості, ми втрачимо всю особистість. Хоча ми не стверджуємо, що дана модель є повною, але на даному етапі дослідження вона є вірною і достатньою.

При дослідженні підструктур особистості важливо звернути увагу на необхідність дотримання ряду суттєвих для генетичної психології положень. Вивчення структури



особистості завжди має на меті цілісність, і кожна проведена дослідження повинне вносити якийсь змістовний аспект у цілісне розуміння і правильне тлумачення особистості. Цей методологічний погляд, а також ті, що будуть зазначені нижче, прямо витікають з положень генетичної психології відносно особистості. З досвіду ми можемо сказати, що коли вживається термін "структура особистості", зазвичай окрикується, що зараз мова йтиме про те, з чого особистість складається. Ми ж говоримо зовсім про інше: вживаючи термін "структура особистості", маємо на увазі складно влаштовану цілісність, і для нас вже другорядним є питання розкладання її на частини. Ці підструктури не є одиницями особистості насправді, тому що взагалі не можна виділити в особистості одиницю. Вони є особливими об'єднаннями (Виготський це назвав міжфункціональними системами), які відповідають за функціонування, вірніше, забезпечують функціонування особистості в тому чи іншому розрізі існування. Строго кажучи, підструктури слід вважати не "одиницями" особистості, але "однйцями" її цілісної структури. Отже, для нас важливим є те, що поняття "структура особистості" – це перш за все відображення і визнання складної цілісності.

В контексті цього положення потрібно обов'язково підкреслити, що особистість спочатку змінюється як цілісність, а вже потім змінюються її частини. І це є тим, чого недоцінює багато дослідників. Так, наприклад, в підлітковому віці структура особистості вже оформлена, вже цілісна, і має всі складові, які повинні бути, і їх набір вже не буде змінюватися. Але якщо у підлітка виникає акцентуація характеру (що відбувається дуже часто через складну взаємодію біологічної і соціальної сфери), це означатиме перш за все зміну всієї особистості. Тобто, цілісність залишатиметься, але вона змінить форму. При цьому поміняється зміст і динаміка всіх інших складових, і вся особистість стане іншою.

Зупинимось на цьому прикладі детальніше, оскільки він, з одного боку, є показовим, а з іншого – досліджуване явище має принципово практичне значення. Акцентуація як "крайній варіант норми", "як підкреслювання якоїсь риси", – що стоїть за цими, здавалося б, очевидними і правильними, але суто поверховими визначеннями? І чому саме в підлітковому віці ми маємо, зазвичай, справжній "парад акцентуацій"? Риси характеру являє собою стабільний спосіб взаємодії людини з оточенням і, власне, спосіб задоволення людиною власної потреби. Тобто, інтенція проходить дуже довгий шлях (довгий психологічно, а не хронологічно), і на кожному кроці цього шляху вона зустрічається з оточенням – внутрішнім (організмичні особливості, досвід, система цінностей, погляди і сенси) і зовнішнім – є широкі коло обставин, власне, те, що в сучасній психології вводиться в поняття "ситуація". Кожна така зустріч зумовлює зміни і, кінцею кінцем, формується індивідуально-специфічна "траєкторія" руху інтенції від зародження до задоволення; формується поведінка. Складно-багатозначні, нюансовані процеси ці на певному етапі генезу все ж стабілізуються, виникає те, що можна назвати ансамблем, тобто узгодженою цілісністю (звичні, очікувані способи реагування, переважачою нахили і цілі – все це є цілісною особистістю, і все це ми маємо у дитини на кінець молодшого шкільного віку). Дану цілісність можна, звичайно, оцінювати ("гарний хлопець", "вредна дитина" і т. ін.), можна говорити про гармонію – дисгармонію (що, власне, теж є нічим іншим, як нашою оцінкою), але головне – є узгоджена цілісність. Підлітковий вік відкриває більш глибоке підґрунтя і примушує ввести інші суттєві показники аналізу. Різко, швидко і бурхливо порушення співвідношення біологічного і соціального в межі існуючої цілісності – ось те, головне, що відбувається. Могутній протуберанець біологічної ілки людини змінює, перш за все, інтенціальну сферу. Фактично ж, він приводить у стан напруження всю систему цілісної особистості. Але, з іншого боку, соціально теж піддається через зміну соціальних поглядів, еталонів і прагнень. Таким чином, нам

здається, що у свідомості підлітка цей могутній "викид" нужди до власного продовження як суто біологічної істоти відображається не як чисто сексуальний потяг, а як з'єднання його з прагненням соціальної повноцінності. Рівновага все ж таки досягається, але залишається дуже велика сила інтенції. Вона може змінювати, руйнувати ("скорочувати", "прокладати стежки напрому") в тому ансамблі, що вже склався, і тоді можуть виникати нові зв'язки і на іншому рівні між біологічним (як уже "носієм") тілом і соціальним як системою стосунків, пріоритетів і цінностей. Адже, скажімо, "шлях" істероїда – це не лише реалізація прелюбення будь-що бути центром уваги (соціальне), але й відповідні нейропсихологічні, темпераментальні властивості і тенденції, що не забезпечують адекватного для даного суспільства способу досягнення цього прелюбення (слабкість, хворобливість, ригідність тощо), і, отже, істероїдна поведінка є своєрідною компенсацією неможливості досягти реального успіху. Виникне певне досягнення і закріплюється відповідна поведінка, а особистість набуває дещо іншої форми. Таким чином, ми спостерігаємо складне і багатопланове явище: при виникненні акцентуації вся цілісність змінюється дещо. Спочатку це стосується викидного генетичного підґрунтя – нужди, і інформаційно-динамічні процеси, що лежать в основі і охоплюють всю особистість, набувають іншого, більш могутнього, по-іншому спрямованого руху (1) і після цього відбуваються зміни часткові (власне, характеру, окремих рис, що психологічно означає руйнування і перебудову надскладних взаємостосунків окремих складових цілісного ансамблю); і вже наслідком цього є принципові зміни поведінки, що викликають відповідні зміни форми цілісної особистості (2).

Від рівня співвідношення біологічного і соціального (тілесність – оточення) реально залежить, чи залишиться акцентуація фактом поведінки в майбутньому (у більшості підлітків акцентуації зникають після пубертату, і саме це має на увазі Віготський, коли писав про те, що новотворення кризового періоду часто не залишаються в поведінці, а ніби "в тінь" відходять – до речі, цікаво, чи не має він на увазі "тінь" у розумінні Юнга?) Але так чи інакше, підліток "вийде з кризового віку" іншим, і це перше, що ми вважаємо важливим з практичної точки зору: батькам і педагогам зовсім недоречно жалкувати за тією дитиною, що була ще зовсім недавно, адже ці ностальгічні переживання не такі вже й беззачемні – вони неусвідомлено задають стиль виховання, що повертає дитину до старого, а воно в контексті пережитої кризи для неї вже дуже малопринавливне. Отже, ця затримка і є те, що може бути джерелом конфліктів. З іншого боку, психолог-практик, що має справу з акцентуованим характером підлітка, якщо розглядає акцентуацію лише "тут і тепер", не враховуючи і не реалізуючи знань про механізми і динаміку її виникнення, приречений на дуже примітивну "корекцію", яка до того ж буде вельми трудомною і малорезультативною. Адже він сприймає ситуацію так, що у даного підлітка є така-то негарна риса і її треба позбутися. А насправді все зовсім інше – не в "нього є", а "вн є таким", що йому властива дана поведінка і система переживань. Іншою є вся форма особистості: це новий тезаурус, нова узгодженість, і корекція має насправді полягати не в тому, щоб позбутися ["вирізати апендикс", "витягти коліночку", "позбутися головного болі"], а в тому, щоб сформувати поведінку і систему переживань цієї особистості (з акцентуацією), яка була б позитивною, продуктивною і ефективною. Чи не те саме має на увазі К. Роджерс, коли писав, що "організмінне Я" – це не те, що треба витіснити або чого потрібно позбутися, а те, з чим треба навчитися співіснувати у відкритому конгруентному діалозі?

Важливо, таким чином, також розуміти різницю між поняттями "структура" і "форма", або релевантними їм поняттями. Структура набуває форми, диференціюючись і відночас узгоджуючись, об'єднуючись біля центральних, ядерних утворень особистості. Тоб-

то форма виступає як ознака, як дериват структури особистості. На противагу цьому, в загальнсприйнятій логіці під структурою розуміють деяку форму особистості в контексті завдань формування та розвитку. Ми розрізняємо ці два поняття: розвивається деяке ціле за своїми законами і за своїми закономірностями, і в цей час воно набуває форми, яка виникає в даному процесі, у зв'язку з тим, що цей останній стикається з оточуючою дійсністю, з одного боку, та з внутрішніми, біологічними передумовами, з іншого боку. Саме так і виникає певна форма. Особистість здобуває її у своїх основних проявах, і тепер форма є виявом структури. Тож структура, з одного боку, є похідною цілого і включає основні обов'язкові складові частини, а з іншого боку, вона має індивідуально-специфічні особливості в цих структурних утвореннях, і це виявляється як форма.

Крім того, наголосимо ще раз: структура є не тільки цілісністю, а ще й неподільною цілісністю. Ми не можемо знайти в поведінці людини нічого неособистісного. Тому, коли ми штучно, для аналізу, виокремимо різні ланки особистості і досліджуємо їх, не слід забувати, що неподільність виступає головним і суттєвим моментом. Особистість народжується, з'являється вся одразу як ціла, неподільна. Інша справа, що вона подім диференціюється на окремі частини, але ж обов'язково в межах цілого. Це означає, що особистість структурується, і це, у свою чергу, означає, що вона диференціюється. Виявляється, що нерозчленоване ціле, яке утримує в собі споконвічно певні можливості, потенції для подальшого існування, при зіткненні з оточенням, у яке воно потрапило, з необхідністю формує в собі не схожі одна на одну частини. Наприклад, скажімо, для того, щоб існувати в соціальному оточенні, сучасній людині обов'язково потрібно щось уміти робити, і – виникає структурний компонент, який ми називаємо здібностями. Все відбувається таким чином: деяке неструктуроване ціле, яким є особистість при виникненні, при народженні, вже у постембріональному існуванні, стикається з соціальним оточенням, яке пред'являє їй певні вимоги, деякі умови життя – це з одного боку, а з іншого – весь час працюють внутрішні біологічні передумови. І саме "зіткнення" між цими системами призводять до виникнення окремих, не схожих одна на одну, ділянок, частин цього цілого. Так відбувається диференціація. За аналогією, на біологічному рівні, такий процес існує у заплідненій клітині: вона спочатку ділиться, і дуже поступово організм у цілому здобуває окремі структури. Точно те саме відбувається в особистості: вона спочатку виступає як єдине нерозчленоване, і отже – примітивізоване ціле, і лише з часом диференціюється в ході свого існування, свого розвитку. В цьому процесі грають однаково важливу роль і внутрішні умови, і умови життя, в які потрапляє особистість. Так детермінується цілісність: це можна сказати і про особистість, адже, починаючи "закреслювати", "заперечувати", "відкидати" якийсь певний структурний компонент особистості, ми закреслимо всю її. Така неподільність пов'язана з тим, що функції з'являються раніше, ніж структурна цілісність, адже є деякі обов'язкові функції, які повинна виконувати особистість у своєму існуванні, коли вона потрапляє у цей світ. Ми можемо назвати їх це функція виконання певної діяльності і вросання в соціум, завдяки цьому – продовження роду і себе в інших (у процесі спілкування). Це – набуття умінь і навичок. Ми можемо показати важливість і обов'язковість будь-якої функції у формуванні і розвитку особистості. Наприклад, функція взаємодії людей між собою: спілкування, обмін інформацією, обмін почуттями, – це є взагалі розвиток у процесі контакту. І наслідки специфічними виявляються ці взаємовідношення, що виникають деякі стабільні для цієї людини форми комунікації, і так виникає характер. Стабільність взаємовідносин даної особистості, стабільність її умінь і навичок породжує здібності, і така сама логіка притаманна процесу виникнення-виокремлення інших підструктур.

Тут слід зупинитися і звернути увагу читача на названість суттєвої, ми б сказали, методолого-лексичної проблеми в галузі дослідження особистості, адже це великою мірою стосується наших уявлень, тобто знаходитьсь в просторі концептів. Реально ми сприймаємо лише поведінку людини. Ми, наприклад, фіксуємо: "людина спілкується з іншими" і можемо описати стабільні способи спілкування. Скажімо, вона поважна зазвичай, або роздратована зазвичай, або невихована зазвичай. Ось це ми бачимо і про це говоримо: "це стабільні форми її поведінки", – і об'єднуємо їх у певному терміні. Ці якості об'єднуються в одну підструктуру, яка й називається "характер". І вже потім, виокремивши стабільні способи взаємодії, ми можемо пізнати людину по цих способах, спрогнозувати її поведінку. Говоримо ж при цьому про те, що це сталося завдяки тому, що ми враховували характер.

Або ми можемо спостерігати, що людина вміє гарно грати, наприклад, на скрипці або на піаніно, що вона робить це специфічним способом, досягає певних успіхів; ми бачимо, як це робиться, відчуваємо і чуємо результат. І знову об'єднуємо це, і "говоримо", що увесь комплекс того, що ми спостерігали, визначається терміном "здібності".

Так ми визначаємо будь-яку підструктуру. Фактично, кожний елемент структури достатньо умовний, тому що дуже складний, але він походить від функції. Звісно, можлива компенсація; в сенсі говорити, що людина може мати поганий характер, але бути дуже здібною в якійсь області, і ми "терпимо" цю людину, тому що вона дійсно досягає якихось успіхів: це компенсація через цілісну структуру.

Потрібно ще наголосити, що цілісна структура існує лише у зрілої особистості, і лише в ній кожна підструктура має в собі всі інші підструктури. Тут ми відкриваємо інший і абсолютно безмежний простір існування особистості. Пошук "агліб" – це зовсім не обов'язково розкладання: це може бути виявлення вихідних і базисних структур-тенденцій, що виявляються такою ж мірою унікальними і цілісними, як і вся особистість. Цей "мікро-сагі" особистості ще чекає своїх дослідників!

Контекст розгляду особистості як цілісності дозволяє чітко розвести і, в аспекті генетивного бачення, на новому рівні інтегрувати такі поняття, як "структура особистості" і "розвиток особистості". Коли йдеться про існування особистості як цілісності, слід згадати на те, що її розвиток відбувається по певних лініях ("лінії розвитку особистості"). Ці лінії, в принципі, відомі. Зокрема, про лінії розвитку особистості говорили Л. С. Виготський, А. Валлон, Л. І. Божович *etc.* Лінія розвитку – це не розвиток окремої підструктури, складового елемента – це лінія, напрям, за яким розвивається вся цілісна структура. Це треба чітко зрозуміти: коли я говорю про розвиток особистості, я маю на увазі існування певних напрямів, за якими розвивається вся особистість, змінюється її цілісна форма, і лише в її складі змінюються і підструктури. За цією логікою неправильно говорити про те, що, скажімо, характер людини розвивається окремо, здібності – окремо, когнітивна сфера – окремо і т. ін. Насправді в особистості нічого не розвивається окремо. Вона розвивається лише вся, лише як цілісність, і розвивається по окремих лініях. Це не означає, що ми відкидаємо наявність унікальних і специфічних механізмів розвитку окремих підструктур, але згідно з цією точкою зору дані специфічні механізми спроможні діяти виключно в складі єдиного глобального надскладного механізму, що забезпечує розвиток особистості як цілого. Скажімо, існує лінія розвитку взаємовідносин особистості з оточуючим світом – з іншими людьми, предметами, явищами тощо. Якщо ми беремо її як окрему лінію, то в ній (в її "проходженні") представлена саме вся особистість; спочатку змінюються взаємовідношення і вся цілісна особистість, а слідом – наявні підструктури: характер, спрямованість, здібності, когнітивна сфера *etc.* На перший погляд, може бути незрозумілим, наприклад, значення, роль здібностей у цьому процесі. Але – лише на перший погляд. Не кажучи вже про спеціальні здібності, такі як комунікативні, ми

повинні врахувати, що розвиток здібностей відкриває людині нову унікальну сферу стосунків – професійні відношення. Їх наявність та який рівень розвитку окремих здібностей зовсім по-іншому висвітлює ці стосунки, впливає на місце людини в них. З іншого боку, для того щоб це відбулося, щоб здібності відіграли свою роль у даній сфері, попередньо повинні відбутися зміни у самих стосунках, і повинна змінитися цілісна структура особистості [для "входження" в професійне середовище і формування здібностей людина повинна "минути" сферу навчання, дозріти як індивідуальність, засвоїти соціальні ролі тощо].

Нам здається, що розуміння співвідношення структури і ліній розвитку особистості (ліній розвитку) є дуже важливим для усвідомлення особливостей самого існування людини: особистість структурована відпочатково як потенція, і продовжує структуруватися все життя. Вже навіть ненароджена ще дитина, і раніше – коли плід лише набуває людського вигляду (морфологічного), вже існують окремі "підструктури" (сенсорика, біопсихічне підґрунтя, потяги тощо). Ми називаємо їх тут "підструктури", оскільки, скажімо, під терміном "сенсорика" маємо на увазі не лише відчуття (в тому сенсі, що прийнятий в сучасній науці), а нерозвинену, синкретичну, але все ж таки єдність зачатків усіх психічних явищ, що дають змогу на певному рівні відобразити дійсність теж як цілісність (безумовно, нагому, надстатню і дифузну). Загалом, потенційно, структура вже існує. Якщо не прийняти цього, як можна пояснити, скажімо, ті факти, що й 6-ти, і 7-місячні діти виявляються готовими до людського існування, як і ті, що народжуються в строк? До речі, дані випадки можна розглядати й як свідчення могутньої компенсації соціальним тих біологічних механізмів і структур, що не встигли вирости.

Генетико-моделюючий метод, який ми застосовуємо тут для аналізу структури особистості, передбачає врахування не лише цілісності, а й саморозвитку особистості. Лише цілісний підхід може дати змогу зрозуміти явище саморозвитку, і навпаки, саморозвиток слід розуміти як функцію виключно цілісності. Недостатня увага до внутрішніх, індивідуальних витоків розвитку (за що справедливо критикується культурно-історична теорія) викликана була тим, що людині відмовлялося у відпочатковій суб'єктивності, а отже, і цілісності. Ми виходимо з того генетичного положення, що відпочатково (потенційно) існуюча біосоціальна єдність – цілісна особистісна структура – має вихідну властивість (функцію) саморозвиватися. Ця функція зумовлена самою її біосоціальною природою. Якщо структура виникає як результат диференціації при пристосуванні дитини до соціального життя – це лише положення правди. Інша її половина полягає в тому, що ця відпочаткова істота несе в собі нужду як вихідну інтенцію, що включає в себе і біологічний, і соціальний носій як єдність. Соціальна її складова, що потрапляє до плоду від батьків під час запліднення, діє "внутрі" самої цієї істоти, і діє дуже специфічним чином – вона породжує в ній прагнення саморозвиватися, саморухатися і, кінцем кінцем, самоусвідомлювати. Це положення майже не обговорюється в науці про особистість, перш за все, через відсутність емпіричних досліджень, але, на наш погляд, настая час їх проводити і отримувати відповідні наукові дані.

Акцентуючи суто людську, особистісну природу інтенції до саморозвитку, ми, зазначаючи в межах генетичної психології, здаємо собі звіт про те, що вона виникає і, отже, має коріння. Але мало сказати, що ця інтенція укорінена в соціальному, слід обов'язково мати на увазі, що соціально теж розвивалося і розвивається. Воно виникає як взаємодія, і, отже, – в якійсь формі, в якомусь вигляді є пригаманим усьому існуючому, зокрема, живому. Адже будь-яка жива істота (найпростіше: рослина, тварина) теж саморозвивається, і це безперечний факт. І отже – вона має цей потяг, що нужду до саморозвитку як єдино можливого способу існування. І дана інтенція тут також має

виключно соціальне підгрунтя – соціальне в тому сенсі, що воно зумовлене взаємодією живих істот, як обов'язковим (атрибутивним) фактором життя як такого. Тому точніше буде говорити про розширення меж саморозвитку у людини, внаслідок охоплення нею (людиною) всього Універсуму і отримання властивості, яка полягає в тому, що людина є природною істотою, що може змінювати всю природу, прилаштовувати її і тим самим змінювати себе. Тут виникає цікава й гостра проблема, яка навіть не ставиться сучасною наукою: наявність інтенції до саморозвитку призводить до того, що будь-яка жива істота взагалі є структурованою (вона є – структурою), і в цьому сенсі людина не є винятком, власне, не відрізняється від будь-якої істоти. Відмінність полягає не в самій по собі структурі (як її наявності), а в специфіці і відмінності цієї структури. Витоки цих відмінностей слід шукати в особливостях психічної енергетики і інформаційних процесів, властивих виключно людині. Вона є, безумовно, станом становлення Буття, існуючого, оскільки в ній Буття пізнає, розуміє само себе (в цьому сенсі рефлексія – це швидше не пізнання людиною самої себе, а пізнання Існуючим самого себе через посередництво людини). Людина є не тому, що їй дано усвідомити себе, а тому, що в ній може сконцентруватися принципово все Буття, через неї пізнати і зрозуміти само себе, а людина здатна це зрозуміти, і саме цим – вона вища за Буття: адже вона – не механізм, який використовують, а та, хто сама бажає і може це робити. І саме тому вона – не “закинута” у світ, а в його відпочатковою трансценденцією. Цілісна структура людської особистості є, безумовно, “органом”, що забезпечує виконання трансцендентальної функції, і вона тому є такою, як є – найбільш придатною для виконання цієї функції (в сучасній науці ця функція репрезентується в поняттях “свідомість” і “самосвідомість”, які дуже мало про що говорять цій науці, тому що розглядаються нею у відриві від даної функції). Хибною є точка зору, що сучасна психологія “вичислює за дужки” явища свідомості і самосвідомості. Але правильним є те, що ці явища не вивчаються в позитивних дослідженнях (або вивчаються дуже фрагментарно і примітивно). І відбувається це через особливості сучасної науки (коріння якої заклад ще І. Ньютон) – розчленування цілого і нав'язування об'єкту дослідження власної логіки.

Ми можемо стверджувати, наприклад, що насправді психологія не те що не вивчає свідомість – вона не вивчає нічого іншого, окрім свідомості, але як вона це робить? У цьому вся справа. Найбільша помилка, на наш погляд, полягає у нерозповсюдженні на свідомість принципу розвитку. А вона, між іншим, виникає, розвивається, має своє коріння, і прийняття цього до уваги, кінець кінцем, дозволить зрозуміти, з чим же ми маємо справу. На думку таких різних (але однаково визначних) філософів, як О. Ф. Лосєв і Т. Де Шарден, коріння свідомості ми знаходимо вже там, де річ має зовнішнє і внутрішнє, що не співпадають, хоча й впливають одне на одне, взаємно існуючи в унікальному сполученні. Тейяр де Шарден взагалі скільний називати свідомістю внутрішнє будь-якого предмета, тільки б воно відрізнялося від зовнішнього і тільки б взаємодіяло з ним. І, як не дивно, в цьому є свій сенс. Адже, щоб там не говорити – саме це й робить кожен предмет унікальним і неповторним. Щось дуже суттєве і невідоме нам відбувається в межах цього співвідношення при переході від нежиття до життя, і щось (ще більш суттєве) – при певній людині. Ми знаємо лише те, що біологічна еволюція є спрямованим процесом, її напрямом є ортогенез – тобто ускладнення. І ускладнюється при цьому нервова система (внутрішня). У людини ускладнення досягає такого рівня, що в її психіці може концентруватися (мислитися і “нематеріально”) весь світ, або ж, іншими словами, людина здатна, завдяки цьому, охопити весь світ. Це й є особистість, адже вона уособлює в собі все Буття.

Повертаючись до проблеми саморозвитку, ми повинні ще раз підкреслити, що він є вихідним атрибутом і відкриває всі істоти, особливості онтогенезу особистості

(оскільки сам містить їх в собі). Розвиток особистості – не адаптація до соціуму. Все набагато складніше: дитина, що з'являється на світ, відпочатково переживає два потяги (а не один, як вважав Фрейд) – до адаптації, яка буде продовжуватись все життя і, з іншого боку, у неї одразу починає протікати процес самознищення, саморозвитку. В кожну мить цей процес діє, тому в кожну мить – це інша (хоча водночас і та ж сама) істота, і цим розвиток особистості відрізняється принципово. І саме тепер ми кінцево розуміємо сутність структури як цілісності: особистість відрізняється від позасобистісних форм існування саме тим, що вихідна інтенція – потреба – має ніби подвійне призначення: вона, з одного боку, є чисто природною, біологічною інтенцією і в такому вигляді зумовлює розвиток механізмів входження у світ, і це ті самі процеси, хоча й дуже ускладнені, що відбуваються в живому світі взагалі. Але у людини є набагато краще виражена соціальна складовая потреби, яка саморозвиває що стоїть зсередини, з себе самої. А точніше – з колективного досвіду існування людських поколінь. Тож дитина виникає як істота, що саморозвивається, і далеко не лише тому, що зустрічається з зовнішнім, передусім, соціальним середовищем, як це представлено в класичних варіантах культурно-історичної теорії. Це – як "двигун", який працює все життя (як працює серце людини) від зачаття до фізичної смерті. І це призводить до самознищення. Так існують ще два процеси: адаптація (соціалізація) і саморозвиток. Це – різні процеси, які не можуть існувати один поза одним. Нам здається, складність розуміння особистості, її структури і розвитку зумовлена саме наявністю цих двох взаємно суперечливих активних механізмів. Не одного, як вважав Фрейд. І більшість теорій так чи інакше "окончуються" до Фрейда саме через те, що вони мають на увазі один механізм, одне "крило" людини. Справа не лише в тому, що особистість зустрічається з соціальним оточенням, а й в тому, що соціальне приходить в неї, зумовлює її – від її батьків, разом з їх ставленими клітинками. Ця енергія, соціальна за сутністю, від початку є в дитині так само, як енергія власна, натуральна. І лише зараз ми можемо віднести дійсну складність структурування особистості, і взагалі її існування в цілому.

Розробляючи власну логіку аналізу структури особистості, ми вважали численні критичні зауваження, і, зокрема, цілком справедливу і ґрунтовку критику В. Франкла стосовно штучних концепцій в галузі персонології. Ми зовсім не схильні розчленовувати особистість на окремі елементи, в дослідженні ми не відокремлюємо певні складові особистості ("грані") від цілісної структури. Процес пізнання особистості означає для нас, що при вирішенні конкретно-наукової (часткової) задачі, наприклад, вивчення досвіду, здібностей і т. ін., у так званій активній увазі очного відбувається динамічне утримання всієї цілісної особистості. І лише за умови розгляду конкретних отриманих результатів у контексті цієї цілісності можна говорити про те, що досліджується особистість як така. Йдеться про два принципово різні дослідницькі завдання і процедури проведення дослідження. Наведемо елементарний приклад: я можу досліджувати різницю механічного і логічного запам'ятовування, застосовувати конкретні експериментальні методики, отримувати дані і аналізувати їх відносно особливостей пам'яті людини. Це – конкретна психологічна процедура, і на цьому вона, власне, завершується. Однак я можу поставити інше завдання – вивчити певні особливості особистості через специфіку мнемічних механізмів. Таке завдання може бути поставлене, але в цьому випадку все кардинально змінюється. Можна обмежитися відомими експериментами, але для дослідження тут принципово важливими стають інші показники і явища: дослідника повинно хвилювати, як саме і чому дана людина сприймає саме ці слова-стимули, в якій формі стимульний матеріал сприймається краще. Чи важливим є сам зміст слів, який, кінець кінцем, стан зараз у досліджуваного – і багато інших, суто особистісних питань. Дослідник виходить з того, що пам'ять входить у контекст цілісної особистості, і він

використовує її як своєрідне "вікноце", через яке може щось побачити в цій цілісності. Відбувається зміна предмета дослідження – особливості запам'ятовування і процедури, пов'язані з їх вивченням, в тепер засобами проникнення у світ цілісної особистості. В такій постановці виходить, що дослідник "через" окреме явище (процес) отримує доступ до єдиного своєрідного ансамблю особистісних складових. Суттєвим у такому підході є те, що цілісне, особистісне не добудовується дослідником "у власній голові" за законами логіки, а вивчається в процесі цілком конкретного експерименту. Методологічно і методично існує принципова відмінність між вивченням конкретної "грані" як такої і дослідженням цілісності через посередництво цієї грані. В останньому випадку не робиться власне те, що має назву "зрізу": дослід наповнюється колосально складною атрибутикою, тому що дослідник має не просто "утримати", але й врахувати в ньому масу невідомих йому змінних, визначити логіку проведення процедури саме з цєю людиною, власне, "ухопити" індивідуальну логіку досліджуваного. Це – клінчна форма експериментування, і вона дуже складна не стільки технічно, скільки професійно-психологічно: експериментатор повинен мати дуже високу кваліфікацію. Мабуть, тому такого типу дослідження практично не проводяться в сучасній науці, натомість цілісність просто придумується на підставі конкретних часткових матеріалів (даних експерименту, тесту тощо).

Такий стан речей критикував ще Л. С. Віготський у 20-х роках, і він залишився таким самим: ми отримуємо конкретний результат, але не вивчаємо психологію його виникнення. Як у даному прикладі – елементарний дослід засвідчує, що логічне запам'ятовування ефективніше, ніж механічне, але нічого не говорить про те, чому це так, які механізми працюють в обох випадках (а може, в даній особистості взагалі своя логіка, і така, яку дослідник взагалі не може назвати логікою!). Відповісти на це питання можна лише тоді, коли я проведу експеримент, в якому буде побудована модель існування цілісної особистості, а запам'ятовування виступить в ролі "вікна" до дійсної природи даної цілісності. От звідки необхідність генетико-моделюючого методу: ми повинні створити цілісну модель в її розвитку. В ній вестися всі складові особистості саме на рівні конкретного дослідження: і спрямованість, і характер, і біологічні процеси, і внутрішні переживання, і стани особистості в даний час. Все це повинне надійно фіксуватися в експерименті – тоді може бути здійснений крок до розуміння психологічної природи особистості.

Підкреслимо ще раз – метод не передбачає "зрізу", він передбачає створення "входу" в світ цілісної особистості, і це логічно. Недаремно Г. С. Костюк, теж ще в 20-ті роки ХХ століття, зауважував, що як би не прагнула психологія до вивчення цілісності особистості, даний об'єкт настільки "великий" і складний, що все одно слід виокремлювати певну конкретику. Питання не тільки в тому, що саме виокремлювати (це вирішував Віготський), але і як його використовувати (цього, на жаль, не вирішував ніхто).

Застосування генетико-моделюючого методу дозволить подолати недоліки традиційного "зрізового" підходу: коли ми говоримо про генетико-моделююче дослідження структури особистості, життя особистості, йдеться про модельне відтворення цієї складності в конкретному експерименті. Це дуже важко: зраз неможливо назвати жодного дослідження, в якому б до кінця витримана була ця логіка – ми тільки починаємо вивчати дані можливості, оскільки розуміємо, що це є принциповий шлях до дійсного пізнання особистості.

Генетична психологія, нагадаємо, розглядає структуру особистості, враховуючи тезу про те, що структура виникає цілком логічно і абсолютно закономірно. Тут слід розрізнити: особистість як така не виникає, вона створюється – продовжується. Ми ніде в природі і в соціумі не маємо такого факту, коли особистість народжується від неособистості, вся історія існування людства не надає нам жодного такого факту. Тому ми



говоримо про рух особистості в межах покоління і переходів її від покоління до покоління. Отже, в генетичній логіці говорити про виникнення особистості сенсу немає: вона є продовженням, вона є тим, що розвивається. В той же час, як було показано, структура особистості виникає як необхідність для забезпечення існування людини в цьому світі. Виходить, що чітка детермінованість цілісної структури і кожного її елемента (де від того, що на ранніх етапах онтогенезу особистість вже є цілісною, але недиференційованою, у неї немає складових частин. Це структура, але дуже спрощена, нерозчленована, і вона забезпечує, відповідно, найпростіші функції. Пізніше ці функції ускладнюються. Цей момент дуже важливий і суттєвий. Структура виникає, і це стосується кожної ланки і кожного елемента.

Наступне. Слід дати собі звіт у розділенні трьох понять, які фактично мало розділяються в сучасній психології особистості. Я маю на увазі поняття біологічного, соціального і власне психічного. Особистість інтегрує і об'єднує ці три сфери і являє собою єдність. Як в особистості співвідносяться вказані явища? Ми, поки що гіпотетично, висловлюємо таке твердження: та елементарна, нерозчленована, первинна структура, якою є особистість на перших етапах онтогенезу, складається фактично із двох форм існування: з форми біологічної і форми соціальної. Вони поєднуються між собою, і подальший рух, розвиток особистості в бік ускладнення і диференціації породжує психічне як певний вектор, як певне об'єднання біологічних і соціальних форм існування взагалі. Психічне утворюється на стику цих двох напрямів. На етапах раннього онтогенезу те, що потім стане розвиненою людиною, являє собою деяке матеріальне тіло, яке є інтеграцією, сумою соціальних і біологічних тенденцій, рухів, важелів. Психічне, як і особистість, не виникає кожного разу і в кожній людині. Воно створюється на векторі з'єднання біологічного і соціального, у істоти, яка розвивається, в результаті і в процесі її взаємодії з оточуючим середовищем. Психіка з'являється як функція, що зумовлює людській істоті можливість існування в даному світі, в даному оточенні.

Генетична психологія при аналізі структури особистості враховує нескінченність існування особистості. Це можна пояснити таким чином: індивідуальне життя людини є кінцевим, воно починається і закінчується фізичною смертю тіла. Якщо ж ми говоримо про існування особистості в межах покоління, а не в межах єдиного життя, то зустрічаємось з явищем нескінченності існування особистості. Не слід плутати життя окремого індивіда з існуванням особистості в межах покоління, адже його життя є дискретним, а існування покоління нескінченне у своїй зміні.

Під час розгляду особистості з точки зору її структури обов'язково слід враховувати, що сама особистість є таким утворенням, яке має внутрішній зміст. Будь-який предмет, і фізичний, і хімічний, і біологічний – може бути проаналізований з точки зору його зовнішнього і внутрішнього, але коли ми говоримо про особистість, цей аналіз дуже ускладнюється. Особистість являє собою такий об'єкт, в якому внутрішнє саме і є тією інстанцією, яка в принципі визначає все існування людини як такої. І тому, коли мова йде про елементи структури і виокремлюється внутрішній світ, не слід це розуміти так, ніби існують елементи поза внутрішнім світом, не пов'язані з ним. Коли особистість на якомусь етапі онтогенезу диференціюється, всі частини структури мають відношення до внутрішнього світу; він ніби охоплює, пронизує всю особистість. І цілком правильно говорили екзистенціалісти про абсолютну реальність внутрішнього в особистості: таку ж саму, як і реальність зовнішню. Внутрішнє не тільки існує, воно володіє вираженням, і це є абсолютним законом особистісного життя. Виразити своє внутрішнє, тим самим його змінити, розвинути і зробити крок в житті: це імператив існування особистості взагалі.

Структура, яку ми будемо досліджувати, завжди в русі. Вона змінюється, розвивається, але розвиток цей відбувається в межах форми, структурні компоненти і структура цілісності як такої залишається протягом всього терміну її життя незмінною. А на рівні форми, на рівні окремих змін, з'являється те, що Виготський називав "міжфункціональними системою", отже – зміни відбуваються.

Ми б хотіли наголосити тут на одній серйозній речі: зміни не йдуть по колу, вони пелюють собою спіраль, і кожен етап у розвитку особистості є в чомусь вищим, ніж попередній етап. Спіральність цього процесу досягається єдиною енергетичною вихідною – *муждою*, яка є не тільки енергетичною, але й інформаційною. І кожен раз, коли проходить якийсь період існування особистості, всі зміни, які відбуваються з нею в цей час, не зникають, а фіксуються на одьому носіїві, який продовжує свій рух далі. А вся інформація про те, що відбувалося з людиною в цей час, зберігається і передається у такому ж або видозміненому вигляді на подальший етап. Таким чином, подальший етап завжди чимось вищий, у чомусь інший, ніж етап попередній. Саме таким чином виникла спіраль. Вона стосується власне і структури: кожний віковий період, якщо говорити про вік, є внаслідок в структуру. Існує думка, що перехід в інший віковий період знаменує собою зміну структури особистості у цілому. Це, на наш погляд, необережне зауваження: структура все ж залишається постійною, але те, що кожний віковий етап змінює форму особистості, – це абсолютно точно. Змінює цілісність, вигляд, динаміку цієї цілісності.

Розглядаючи структуру, ми повинні весь час мати на увазі, що найцікавішим і найсуттєвішим в особистості є те, що називається інстанцією-Я. І при побудові будь-якого уявлення про структуру буде абсолютно некоректно, з наукової точки зору, обійти інстанцію-Я. Ми відносимо інстанцію-Я до внутрішнього світу особистості, але досить умовно, тому що насправді вона сутісна і всособистісна. Інстанція-Я є насправді центральним моментом в особистості, і в її структурі теж. Ми б хотіли при описі структури віддати їй належне місце: її не треба ігнорувати, зводити тільки до однієї з підструктур, а з іншого боку – не треба її фетишизувати, говорячи, що все інше не має такого значення і слід вивчати тільки Я, що це – якась надтаємнича структура. Це важливо розуміти і для опису всіх інших підструктур. Інстанція-Я не є чимось надзагадковим, надприродним і недоступним для науки. Ми повинні глибше це розуміти, ніж У. Джеймс, який постулював неможливість пізнання "Я-суб'єкта". (Тут, як бачимо, знову виникає ідея "гомункулуса"). Інстанція-Я – це те явище, яке визначає, що людина розуміє свою відмінність від оточуючого світу. Себе вона, при цьому, якимось чином називає: росіяни і українці це називають "Я", англійці "Ай", німці "Іх". Але коріння такого виокремлення є і в тваринному, і рослинному світі: ми не знаємо, за якими механізмами, але за поведінкою тварини і навіть рослини очевидно, що вони не плутають себе з собою подібними і з іншими предметами. Тобто, їм дано відокремлення себе від зовнішнього світу. Коли О. М. Леонтьєв говорить, що на перших етапах онтогенезу дитина не розрізняє відношення людей до себе і відношення себе до них, а також – своє відношення до людей і до предметів, він правий, але дещо необережний: ми ніколи не маємо щось злите і "аморфне": суб'єкт, який живе і, отже, саморозширяється, уже відчуває свою відокремленість. Так, у людини це ускладнено порівняно з тваринами, але Маркс правильно сказав, що ключ до анатомії мавпи лежить в анатомії людини, а не навпаки. Адже й будь-яка тварина не отожденоє себе з іншою твариною. Вона не старіється, наприклад, сама з собою, вона шукає іншу, і не спарюється з особинами своєї статі, а шукає протилежної статі, тобто вона розрізняє, і, отже, в найнерозвиненішій, найпримітивнішій формі те, що ми називаємо Я, – дано й тваринам, там коріння цієї інстанції. По-іншому вони це відчувають, по-іншому з цим поводяться, вона не розділена, не розчленована, не астансована в мові, – з цим ніхто не

сперечається, але надавати їй якісь надприродні риси теж не можна. Йдеться про те (знову повертаємось до Маркса), що по-справжньому ми зрозуміємо інстанцію Я не тоді, коли будемо шукати щось в "нірвані" і йти кудись у глибину (адже там тільки інстинкти), а далі вже йдуть молекули, – таке вже було у біології з клітиною. Ми будемо зрозуміти інстанцію Я не тоді, коли будемо уповати на "космічну" силу. В цьому сенсі Маркс дуже точно сказав: людина спочатку, як у дзеркало, дивиться в іншу людину, і тільки зрозумівши, що перед нею людина Петро, людина розуміє, що вона людина Паяло. Іншого шляху немає. Мабуть на увазі, що наявність іншого і взаємодія з ним є сутнісним фактором виникнення власного Я. Цікаво, що в екзистенціальній психології з цього приводу Р. Май вважає, що дійсною одиницею аналізу особистості є якраз взаємодія її з іншою особистістю. Отже, Я-інстанція – це те, що народжується у взаємодії з іншими людьми. Саме взаємодія з іншим дає людині можливість зрозуміти, що вона – це не інший. Віготський писав, що коли людина засвоює досвід подстав, тоді тільки у неї виникає її власний світ, а не в результаті "занурення" у кожні містичні чакри. Інстанція Я виникає у взаємодії. Взаємодія існує завжди, а значить, ця інстанція теж існує завжди, з різним ступенем усвідомлення, з різним рівнем предостановленості, з різним ступенем розуміння і використання. І немає такого етапу в онтогенезі, коли людина плутає себе з оточенням, і навіть не відомі випадки, щоб психічно хворі плутали себе з оточенням, а це означає, що інстанція Я існує і в них. І не треба її фетишизувати, це абсолютно нормальний атрибут особистості, і немає тут ніякої надтаємниці: все абсолютно природно – людина, щоб існувати, повинна себе відокремлювати від інших.

Викладене уявлення щодо структури особистості може легко перетворитися на "одно з" багатьох інших, і, як таке, дуже мало дасть психологу, якого цікавить особистість. Адже принциповим і суттєвим як для теорії, так і для психологічної практики є зовсім не констатація того чи іншого структурного цілого, а усвідомлення дійсних психологічних механізмів, що зумовлюють існування (функціонування і розвиток) особистості людини. Відповідь на це питання – не в списку структурних утворень, а у виявленні виникнення закономірних взаємозв'язків між ними і в середовищі кожного з них.

Тривала історія вивчення особистості у вітчизняній та зарубіжній психології засвідчує, що психологія дуже мало чого може дати сьогодні в цьому аспекті. В межах традиційного експериментування виявляється практично неможливим "розв'язати" складні і багатопланові взаємозв'язки між окремими підструктурами цілісної особистості. Своєю часу з цим фактом зіткнувся Л. С. Віготський, виявивши неможливість дійсно зрозуміти природу окремих вищих психічних функцій, якщо вивчати їх у зрілому, сформованому вигляді із застосуванням звичних у психології експериментальних процедур. Він зрозумів, що вища психічна функція на стадії зрілості специфічно згорджується, перетворюється на "окаміянілість" (термін Віготського), і в такому вигляді глибини і сутнісні механізми її функціонування не піддаються науковому плануванню. Саме цей факт визначив напрям подальшого пошуку Віготського, який завершився створенням і впровадженням у психологію генетичного методу. Логіка тут проста й водночас – геніальна: дійсна структурно-динамічна природа вищої психічної функції може відкритися досліднику, якщо вивчати не сформовану, не "готову" функцію, а процес її виникнення, коли всі складові є відкритими, навіть "оголеними", коли зв'язки ще багатозв'язні і лише утворюються, обираючи з багатьох можливих найбільш оптимальні варіанти. Тобто відбувається процес утворення вищої психічної функції як складної міжфункціональної психологічної системи.

Отже, сучасна генетична психологія використовує принцип, відкритий Віготським, реалізаційного галузі психології особистості. Для того, щоб зрозуміти суттєві зв'язки

існування особистості людини, треба відійти від феноменологічного погляду на її структуру: дійсні механізми цього дуже складного явища відкриються, як уже зазначалося, коли ми підійдемо до його вивчення з точки зору того, що *структура особистості у тому вигляді, як вона існує в зрілому стані, – виникає і функціонує. І цей процес виникнення є закономірно обумовленим і жорстко детермінованим цілком об'єктивними (тобто – реально існуючими) обставинами*. Іншими словами – якщо ми фіксуємо структуру зрілої особистості такою, як це описано вище, то для дійсного розуміння її (особистості) сутнісної природи слід відповісти на питання – **чому** особистість людини має саме таку структуру і **як** вона виникає. Ці питання і відповідь на них важливі не лише самі по собі – в них приховується таємниця становлення і існування особистості в цілому. Слід зазначити, що, хоча процес розвитку особистості вивчається в психології дуже давно і вельми активно, сам момент *виникнення* її (виникнення закономірного і обумовлено-детермінованого) залишається поза увагою дослідження. Це видається цілком зрозумілим, оскільки цей акт, *по-перше*, не може бути зафіксований емпірично і не верифікується експериментально, *по-друге*, його пояснення обов'язково означає зіткнення з проблемою біологічного і соціального, яка, як ми вже показали, хоча й існує у хибній постановці, але є в цій постановці дуже звичайною, традиційною і... такою, що абсолютно не має рішення; і, *по-третє*, пояснити (і головне – зрозуміти) явище виникнення особистості виявляється можливим, якщо дійсно, а не декларативно виходити з логіки, що цілісне з являється, існує і розвивається *раніше* від його частин. Останнє потребує спеціального пояснення, і тут ми пошлемося на дадане і нібито "часткове" дослідження Г. С. Костюка. У сучасній психології існує багато досліджень, які фіксують моменти зародження, виникнення психічних явищ, переривання поступовості (інсайт, продуктивні інтуїції тощо), стрибкоподібні переходи їх у новий стан, до нового способу дій. У цьому плані дослідження Костюка є чисто генетичним за своєю сутністю предметом вивчення, методом і продукту, одержаного в результаті. Воно відрізняється нюансованістю і оригінальністю, оскільки на досить "простому" матеріалі відкриває цілісний, складнопов'язаний і обумовлений характер сенсорно-перцептивного процесу.

Предметом дослідження був процес створення образу при сприйнятті предмета в ускладнених умовах. Моделлю процесу стало зображення предмета, розташованого у темній камері, який раз у раз освітлювався спалахом електронно-імпульсної лампи. Короткочасність освітлювання не давала можливості роздивитися і побачити предмет повністю: досліджуваному давалося щось, що було недоступне свідомості у плані формі змісту. Внаслідок численних освітлювань імпульсами світла відбувалася акумуляція інформації у полі зору досліджуваного і поступово вибудовувався образ предмета, що сприймався. Г. С. Костюк відзначив такі особливості зародження і виникнення образу предмета, коли він сприймається в ускладнених умовах.

В процесі побудови образу виразно виступає складна взаємодія рефлекторних актів, які набувають форми специфічних пізнавальних дій (сенсорних, перцептивних, репродуктивних, розумових), спрямованих на розв'язання перцептивної задачі: виділення ознак об'єкта, що сприймається, їх структурування, усвідомлення класу об'єкта, віднесення його до певної категорії. На підставі минулого досвіду і фрагментарних перцептивів у суб'єкта виникають судження, гіпотези, які впливають на хід даного процесу і разом з тим зазнають певних змін залежно від результату перцептивних дій. Недоказані гіпотези, що не підтверджуються перцептивними даними, замінюються правдоподібнішими здогадками.

Розв'язання задачі в таких умовах часто є процесом вирішення суперечностей між очікуваннями, що виникають у суб'єкта, передбаченнями і перцептивною інформацією,

яку він отримує. Воно являє собою складну пізнавальну діяльність, яка вербалізується тією чи іншою мірою на всіх її етапах, починаючи з усвідомлення задачі і закінчуючи вивченням її розв'язанням.

Це яскравий приклад становлення "суб'єктивного образу об'єктивного світу", який неможливо зрозуміти без його психологічних, власне, особистісних складових. Звернімо на це додаткову увагу. Вже рефлекторний акт, як відповідь на подразнення, у даній ситуації є зміненним. Адже перцептивна задача, що була поставлена перед досліджуваним, надає принципово нового змісту і динаміки і цьому акту, і всій сенсорно-перцептивній сфері. Задача і актуалізований самим суб'єктом набір сенсорно-перцептивних і розумових дій опосередковують весь процес сприймання в даній ситуації, який стає власне суб'єктивним. Таким чином, мета (задача) та способи дій як суто соціальні надбання цілісної особистості в даному експерименті змінюють суто біологічні характеристики сенсорно-перцептивної сфери (чутливість, концентрацію, обсяг тощо). Далі – актуалізація особистісного досвіду, розвиток особливого стану людини в умовах експерименту приносять нові аспекти і нюанси в акт визначення і побудови образу подразника – у даному випадку ми зустрічаємось з унікальним явищем "другого", власне, особистісного опосередкування діяльності. Це подвійне опосередкування і зумовлює, кінцею кінцем, і нову форму, і динаміку роботи органів чуття, і креативний акт побудови людиною власного образу предмета, що задається. Ми маємо тепер вже не лише суб'єктивну, а особистісну ситуацію дослідження. Фактично, саме особистість як ціле і визначає пізнавальну діяльність людини, що філігранно показав Г. С. Костюк в даному дослідженні. Отже, ситуація розгортається не так, що стимул (погано освітлений предмет) діє на органи чуття, викликаючи реакційно-образ. Особистість як ціліність сама обирає (визначає) стимул, актуалізуючи всі свої наявні психічні складові – досліджує (визначає) його, сенсорно-перцептивна сфера, водночас, і надає інформацію, коректуючи вихідні суб'єктивні (цільові) і особистісні (сенсорні) інтенції, і сама у своєму функціонуванні коректується особистісними структурами.

Таким чином, своєрідність психічного найкраще можна зрозуміти, якщо підходити до нього генетично, якщо придивитися до того, як у ході розвитку відображувальної роботи мозку змінюються реальні взаємовідношення живої істоти з зовнішнім світом. Адже, в дійсності, ми в цьому експерименті і спостерігаємо розвиток і народження нової міжфункціональної системи, і, підкреслимо, перш за все – суто особистісної системи.

Який же гносеологічний сенс наведених результатів? Ось, коротко, основні етапи створення суб'єктивного образу в даних спеціальних умовах:

**Перший** – чутливість зорового аналізатора, який отримав енергію зовнішнього впливу, виявилась недостатньою через малу її потужність, тому аналізатор виявився нездатним перетворити її у факт свідомості образу.

**Другий** – вимальовування предмета, що сприймається, – виникнення його на сітківці ока і становлення його образу – виявляється теж незавершеним, з невизначеними межами та порожнечами в його цілісному образі.

**Третій** – існуюча вже суб'єктивна перцептивна задача зумовлює складне перетворення рефлекторних актів у пізнавальні дії (сенсорні, перцептивні, репродуктивні, мисленнєві), що здійснюють зміни образу і фіксації відмінностей, завдяки чому відбувається перетворення енергії впливу у визначений образ.

**Четвертий** – рух названої, але не досить повної інформації про предмет викликає актуалізацію власне особистісних структур (досвіду, станів, спрямованості). Створюються гіпотези – образи, які змінюються більш правдоподібними.

**П'ятий** – розвиток образу внаслідок відображення предмета і його об'єктивізації шляхом виділення його ознак, структури, віднесення його до певної категорії, вербалізації і аж до виведення розв'язання перцептивної задачі.

**Шостий** – творчість. Аналіз психологічних складових, необхідний при переході людини від перцептивних задач до більш складних проявів пізнавальної, духовної та продуктивної діяльності.

Цей "ухоплений" в експерименті Г. С. Костюка момент і механізм є методологічно дуже суттєвим. Він засвідчує не лише той факт, що розвиток має свої закономірності і механізми. Важливіше інше – розвиток будь-якого процесу людини є завжди і виключно особистісним явищем, оскільки тільки цілісність породжує нову цілісність всередині себе як складну міжфункціональну психологічну систему (тимчасову чи стабільну). В описаному дослідженні виокремлена, на наш погляд, та "крапелька", у якій в концентрованому вигляді зосереджені основні механізми і закономірності, що можуть бути перенесені на всю особистість.

Наступне. Структуру особистості важливо зрозуміти як таку, що виникає цілком закономірно і жорстко детерміновано. Для дійсного осягнення значення даної тези цілком доречно використати аналогію з існуванням живої істоти (тварини). Атрибутивні властивості її, такі, як живлення, подразливість, виділення, розмноження етс., "вимагають" появи відповідних органів (структур). Це свого часу переконливо показав О. М. Леонтьєв у дослідженні філогенезу психіки. Послідовність саме така: сутнісна властивість (функція) виникає раніше і в своєму існуванні та розвитку фактично породжує орган (скажімо, рух з'являється набагато раніше, ніж морфоанатомічне утворення – кінцівка бовсця і т. д.). У нас немає підстав вважати, що формування структури особистості не підпорядковується даній закономірності.

Важливість цього положення вбачається у тому, що його реалізація зміщує акцент дослідження: від констатації і опису існуючої (такої, що вже стала) структури, слід перейти до вивчення процесу її становлення, і саме в цьому процесі відкриваються дійсні глибини і сутнісні механізми та закономірності, що й забезпечують виникнення, існування і розвитку структури особистості як цілісності.

На цьому шляху ми одразу зустрінаємося з суттєвою проблемою, що залишається невирішеною в психології особистості, не дивлячись на те, що саме її вирішенню присвячено чи не найбільше психологічних теоретичних і емпіричних досліджень. Якщо саме існування як активний саморух людської істоти породжує структуру особистості, що являє собою необхідну умову цього існування і розвитку, то виникає першочергове питання про витoki (джерела) цієї активності. Це дійсно кардинальна проблема. І не дивно, що будь-яка теоретична побудова в галузі психології особистості обов'язково включає в себе розгляд витоків активності людини. Водночас ми опиняємося перед дуже цікавим і показовим фактом – виявляється, що в усій сучасній психології не існує науково обґрунтованого і загальноприйнятого погляду на цей, чи не найсуттєвіший, аспект науки. Тлумачення джерел активності і механізмів їх дії виявляється настільки різноманітним і різнобичним, що сам лише їх аналіз вимагає дуже великих зусиль і об'ємних текстів (ми можемо посперитися тут на одну з рідкісних вдалих спроб такого аналізу, яку зробив Х. Хейкхаузен, проте цей аналіз так і не привів до якогось загального погляду). Ми вбачаємо в такому положенні речей ряд суттєвих причин, якщо не розглядати серйозно прагнення деяких дослідників "нав'язувати" власну логіку об'єкту вивчення. Мова не про ці спроби, а про серйозні дослідження. Одна з причин полягає у відмові від генетичного аспекту аналізу. "Зроби" техніку і побудовані на отриманих з їх допомогою результатах теоретичні узагальнення просто не можуть, так би мовити, "за визначенням", відповісти на питання про дійсні витoki активності особистості. Ми не будемо тут перераховувати причини цього, які аналізував ще Л. С. Виготський.

В генезисі розвитку можна гіпотетично перебудувати, що новонароджена дитина є не просто дуже складною біологічною системою<sup>1</sup>. Вона є людською дитиною, оскільки унікальні взаємозв'язки нервової системи і тілесності визначають особливий стан цієї істоти – стан готовності *увійти* в соціальний світ і стати особистістю. Але цей стан викидається не тільки унікальною біологічною структурою. Генеза такого явища полягає в наступному: початок народження людини падає в соціальних умовах взаємодії двох особин, які фізіологічно з'єднуються для подальшого народження біологічної істоти як продовження свого роду. Вона потім стане соціальним атрибутом всього сукупного онтологічного буття.

Народжене біологічна істота є втіленням *нужди* як вихідної тенденції – потягу в потребно-мотиваційному осмисленні світу. Ця *нужда* перетворюється у свою чергу і в *потребу*, і, як усвідомлена потреба, – в *мотив*. Тож від початку особистість у своєму становленні має подвійне спонування – *нужду* і деякі *задатки*, які можуть бути здійснені. Це і породжує потребно-мотиваційну сферу і проростає згодом в структурні компоненти особистості. Навіть світоглядний компонент народжується з сенсорно-перцептивного поля, яке зароджується в зустрічі *нужди* як певного біологічного динамічно-інформаційного утворення з соціальним світом. *Нужда*, як зазначалося, розуміється нами як певний базальний стан біосоціальної істоти, що виражає об'єктивну необхідність у доповненні, яке знаходиться поза ним. Ми говоримо, що *нужда* є базальним станом, маючи на увазі і її *первинність* як джерела спонукальної активності індивіда, і її *глибинність* та відпочаткову єдність (сингультантність).

Вихідна *нужда* людської істоти задовсять і визначається самою специфікою організації життя і є достатньо постійною протягом онтогенезу. Фактично, це є *нужда* жити, бути, здійснюватися і продовжуватися в іншій особистості, а також у своїх творах.

*Нужда* породжує і визначає (окреслює) потребно-мотиваційний простір кожної особистості, але *потреби* і *мотиви* на вичершують і не закреслюють базальну конституюючу природу *нужди*. Кожна *потреба* є частковим і конкретним задоволенням *нужди* (шоб не сказати фрагментарним). Так, наприклад, біологічна *потреба* в їжі є дуже суттєвою, вітальною, але вона – лише частина, фрагмент всоціальної *нужди* жити. Те саме можна сказати і про інші *потреби* й *мотиви*. В цьому сенсі *нужда*, на відміну від *потреби*, – *не предметна*.

Сама *потреба* як базальної спонукальної сили пояснює різноманітність *потреб* і *мотивів* людини (що взагалі-то зазвичай не пояснюється, а лише констатується і класифікується). *Нужда* зустрічається з тим колом біологічних і соціальних явищ, які по-різному, в різному ступені можуть її частково (зазвичай саме частково) задовольнити. Саме так і виникають *потреби*, і саме тому вони – ті, що є в людини. Те, що це дійсно так, дуже добре видно, якщо порівняти *потреби* людини сучасної західної культури з *потребами* людей різних епох, або інших етносів. Повім вступають в силу ті впливи, які ми називаємо соціальними, педагогічними і т. д. Тут і народжується те, зв'язане з психічними процесами, психологічними станами, психічними властивостями. І вони проходять шлях через потребно-мотиваційне поле. Виражаючись, здійснюючись, реалізуючись через психічну діяльність, вони стають нашими характерологічними, абсолютно унікальними властивостями, тому що сплав біологічного і соціального і породжує характер. Темперамент, як і генотип взагалі, являє собою відпочаткове, задане в *нужді*, в потребно-мотиваційному полі розгортання здібностей. Не здібностей у сенсі "людина здібна до того чи іншого", а просто людина виявляється фундаментально і спрямовано здібною.

Коли ми ставимо питання про те, яким же чином в генезисі здійснюється особистісний розвиток, як, власне кажучи, біологічна особа стає особистістю, – слід враховувати

наступний момент: ця відпочаткова сенситивність і певний прояв нужди реалізується через соціальні впливи у вищій психічній функції, створюючи унікальну, неповторну, абсолютно приголомшливу систему взаємодії сенсорно-перцептивних, імажинативних, моторних та інших проявів. Створюються складні міжфункціональні рухливі динамічні системи, які в сукупності складають те, що прийнято визначати як структуру особистості.

Коли ми ставимо питання про те, де ж витoki психічного, відповідь є такою: початок психічного – в нужді, що проростає згодом у потреби. В свою чергу, потреба детермінує соціальні впливи, які задовольняють її. Отже, і на особистісному, цілісному рівні маємо унікальний механізм: не стимул діє на людину, а вона сама, вже дуже рано, обирає якийсь очікуваний стимул з багатьох, а саме – той, що відповідає її актуальній нужді (потребі). Зі свого боку, ці відпочаткові потреби є проявом фундаментальної анатомо-фізіологічної основи, яка проявляється в задатках. Вони ж мають властивість і здатність розвиватися виключно в соціальному середовищі.

В цілому, нам здається, що в становленні особистості генетично вихідним, повторюваним мільярди разів є психосексуальне особистісне взаємодія між двома людьми, як той конструкт, що виявляється в біологічному продукті цієї взаємодії (людське дитя) і привласнює соціальне як те, що має власні витoki і функціональне призначення і, власне, здатність до розвитку, щоб стати особистістю.

Мабуть, О. М. Леонтьев був правий, коли говорив, що зустріч потреби з об'єктом несе в собі народження психічного як такого. І коли йдеться про те, що нужда народилася в парі закоханих, які мають взаємну потребу народити людину, ми маємо на увазі, що саме вона й виступає тим генетичним підґрунтям, що народжує суб'єкта чи індивіда або біологічну особу, яка повторює шлях своїх батьків. Таким чином, нужда люблячих людей різної статі одне в одному і їхня потреба продовжити одне одного через створення нової людини проростає в деяку просто приголомшливу особистість. Яким же чином? Виявляється, дуже просто: між двома індивідами протилежної статі народжується те третє, що несе в собі вектор їхніх, власне, сутнісних сил. Це, з моєї точки зору, є фундаментальний вихідний генетичний факт, який дуже давно і "старанно" не помічав психологічна наука.

Якщо говорити про любов, то вона завжди породжує нову векторну істоту, яка є бажаною і очікуваною. Якщо ж народження нової істоти відбувається без любові, без її очікування, бажання, без надії на неї, то це є акт простого (тваринного) народження біологічного організму, який не несе в собі сили мужнього відношення до світу, тому що в ньому не втілені одячно ідейні вищі духовні вияви людини – любові, не втілені в нього і високі рівні анатомо-фізіологічних здібностей, які можуть надати майбутній людині здібність стати красивою, потрібною, доброю особистістю.

Соціальні особи, що привласнили у своєму становленні досвід поколінь, який став їхнім біологічним еством, у своїй парній взаємодії, яка ґрунтується на сексуальній основі, в яскраво-гострому моменті, який є спрямованим і здатним відтворювати потомство, рід, створюють і укорінюють в світ лише те, що вони можуть, і в цих взаємодіях проростає чи то геній, талант, чи то посередність, чи і взагалі – безпритульність. Все визначається тією дією самої нуждою, що з'єднала цих людей.

Світ відтворюється в людському дитяті, яке несе в собі примат цілого, і цьому цілому нужда породжує вибірково функцію по відношенню до соціуму. І соціум, адекватно реагуючи на нужду людини, розвиває, власне, її потреби, її спрямованість, її сенсорно-перцептивну сферу. І це є ключ до розуміння розвитку: таким є генезис розвитку, початку і функціонування особистості.



Це положення дозволяє суттєво уточнити одну з вихідних ідей екзистенціальної психології про "закинутість людини у світ". При цьому екзистенціалізм не має на увазі "непотрібність", "безпритульність" особистості. Йдеться про суттєво інше: "закинутість" означає, що людина сама не визначала рік і місце свого народження, рівень розвитку і особливості культури, в яку "попала", своє найближче оточення. Вона сюди попадає, отже – "закидається", і перед нею відкриваються дві принципові можливості – максимально пристосуватися, "плисти за течією", стати "гвинтиком", тобто розчинитися в цій мільярдній масі, – стати "рабом власного світлопроєкту" (каже про це Р. Мей), Або ж, – і це принципова альтернатива, – усвідомити себе, здійснити трансценденцію, "вийти за" обставини і... збутися, подолавши кінець кінцем, стан "закинутості". Наше уточнення, яке випливає з фундаментального положення щодо генези особистості, пов'язане з тим, що "закинутість" буде різного ступеня і різної інтенсивності відчуженості, в залежності від того, як нужда призвела до народження, появи в світі цієї людини. Якщо вона – очікувана, бажана, якщо вона – плід дійсної любові і результат втілення соціально-біологічних історичних потенцій двох людей (батьків) – ця людина не може називатися "закинутою в світ", адже вона вже відпочатково не просто існує, вона співіснує в ньому, бо і біологічно, і соціально, і духовно вона не сама. Те, який саме тип взаємовідношень між двома люблячими людьми призводить до народження такої особистості, можна вважати центральною проблемою перетворення нужди в соціально значущу людську потребу. Ми не одинокі в світі і в пізнанні. Це зареєстровано і аналізовано вище думка М. Бубера.

Фактично, процес становлення особистості як цілісності являє собою ніби висчерпування з існуючої нужди (нужда – жити, бути) тих можливостей, які потенційно могли б бути в індивіді. Але їх з різних причин – немає. Справа в тому, що соціум в тому конкретному часі і конкретних історико-економічних умовах, коли в нього приходить і існує дана особистість, досить жорстко детермінує вияв і розвиток одних здібностей і припинення та нереалізованість інших.

Соціальний індивід (гобто індивід, який стає соціальною істотою, носієм взагалі-історичних здібностей) спочатку в своїх можливостях висчерпує самого себе для того, щоб з даного середовища максимально узаїрати в себе ті потенції, ті сили, які йому притаманні. І потім ці сили повертаються в соціально середовище в жорстко інших іпостасях. Вони повертаються в соціальних, опосередкованих, суб'єктивно значущих і для суспільства, і для індивіда потребово-мотиваційних силах.

Відпочаткова нужда як взагалі людська інтенція не лише зумовлює активність дитини. В цій активності дуже швидко і рано починається розвиток цілісності і суттєвих її змістовних складових. За деякими емпіричними даними, як ми вже зазначали, подорожє дитя вже в перші місяці після народження принципово відрізняється від тварини в галузі почуттів. Ця відмінність виражається в незвично ранньому розвитку почуттів, які прийнято називати вищими: естетичних, інтелектуальних, моральних. Ці почуття з'являються із загального чуттєвого недиференційованого стану, який Гаффорд назвав "почуття життя". Уже цей стан несе на собі особливий відбиток, який ставить його вище за інстинктивне життя тварини.

Саме "почуття життя" можна розглядати як суму фізичних відчуттів, які йдуть від усіх точок організму, але на початку воно визначається, головним чином, існуванням і задоволенням суто вітальних потреб. Але завдяки тому, що нужда формує й інші, суто соціальні і духовні потреби, почуття життя набуває вищого відбитку, який слід розглядати як зародок майбутнього переживання духовного життя над тваринним. Цей новий напрям можна помітити у дитини, яко починаючи з другої половини першого року життя,

Унікальна цілісність людської істоти охоплює не лише афективну сферу (потреби та емоції), але й царину інтелекту. Принципова єдність афекту і інтелекту конститується, на наш погляд, вже на ранніх етапах онтогенезу єдністю біосоціальної природи *нужди*.

Нужда спонукає активність, в якій відбувається зустріч індивіда з різноманітними об'єктами соціального світу. Вибір об'єкта, що найбільше відповідає *нужді*, є сутнісною подією в житті дитини. В ній не лише народжується потреба, в ній уперше відбувається акт пізнання світу, коли умоваорефлекторні (отже, суто природні) механізми сенсорно-перцептивної, мнемічної, інтелектуальної сфери, специфічно "запліднюються" *нуждою* і потребою (афективним), і виникає образ. Лише тепер виникає те "ключове переживання", яке Виготський вважав дійсною "одиницею" становлення особистості.

Складне подання в зустрічі афективного і інтелектуального компонентів породжує дію, тобто спрямовану й цільову активність, яка вже відпочатково, як бачимо, має характер *особистісної дії*. Отже, особистісна дія є тим психічним феноменом, який дійсно реалізує певний аспект *нужди*, "утримує" в єдності афективні і інтелектуальні компоненти особистості і забезпечує їх сполучальну взаємодію. Що б не виступало предметом психологічного дослідження – моторні дії ("живий рух" – за Бернштейном), робота аналізаторів, особистісні вчинки – ми повинні завжди давати собі звіт, що це є, в кінцевому рахунку, *особистісна дія*, які з єдності свого внутрішнього психічного змісту відбивають і реалізують єдину біосоціальну сутність *нужди*, а отже – і особистості в цілому.

Подальший розвиток особистості як присвоєння внутрішньої специфіки взаємостосунків близьких дорослих, і, на цьому підґрунті, зміну міжфункціональних систем, сполучених з диференціацією внутрішнього світу. У певний момент виникає враження про відокремлення і розходження афективної й інтелектуальної сфер людини. Проте ми схильні стверджувати, що це – лише враження. Тут не існує дихотомії, тут діють два сполучених процеси, забезпечуючи єдине унікальне явище – життя й розвиток особистості, що спонукається *нуждою*. І якщо психологія не бачить за формуванням, скажімо, способів розумових дій єдиної біосоціальної природи особистості, якій, в кінцевому рахунку, і потрібні (чи не потрібні) ці способи, якщо вона, з іншого боку, не бачить, що кожна потреба, кожен мотив зароджується і реалізується в обов'язковій суперечливій взаємодії з когнітивною сферою (реалізуючи кожного разу все ту ж єдину *нужду*), то це – проблеми психології, а не її єдиного об'єкта – людської особистості.

Нарешті, ми повинні відзначити, що після народження генетично вихідний, конституційним фактором розвитку цілісної особистості дитини є змістовий особливості взаємодії її батьків і інших дорослих, що її оточують. Дитина в своїй активності, викликаній *нуждою*, зустрічається з великою кількістю нюансованої системи взаємостосунків найближчого оточення. Зустріч означає не лише задоволення *нужди*, виникнення потреби, вона означає вибір, засвоєння соціальних способів існування і розвитку. Те, що саме зустріло дитя в оточенні, визначає наявність перших недиференційованих переживань, які при цьому ніяк не є малозначущими.

Таким чином, особистість як вища форма існування людської психіки визначається біосоціальними стосунками і духовними взаємодіями двох людей, що її народжують. У певних умовах істота, що народжується, не лише за своїми анатомо-фізіологічними параметрами, але й за наявним особливим психічним станом виявляється готовою до вкодування в соціум і має ситуативні передумови, тобто до того, щоб стати особистістю.

Вищі міжфункціональні взаємодії (вищі психічні функції) здійснюються всім цілісним біосоціальним індивідом і спираються на вищі нервові фактори, що визрили на даний час. Цей процес відбувається як дихотомічна пара, в якій існує, з одного боку, спираючись на заданих, розвиток індивідуальних здібностей. З іншого боку, *нужда*,

потрапляючи в те соціальне середовище, яке адекватне їй, викликає до життя особистісні якості і властивості. Вони породжуються складними взаємостосунками з соціальним середовищем і конституційним, генетично-вихідним фактором тут є стосунки між собою дорослих, що оточують дитину.

Подальше формування особистості як системи видих психічних функцій здійснюється в умовах розширення простору суспільного життя для дитини, який сприяє вилученню нових функціональних систем, у відповідності з якими змінює свою діяльність і біологічне – зокрема, нервова система людини.

Суттєво відзначити, що цей рух – розвиток первинного – починається зі зміни цілісності, і, отже, є особистісним на всіх етапах онтогенезу.

### Внутрішній світ

Аналіз підструктур особистості почнемо з розгляду внутрішнього світу. Взагалі, це поняття не відноситься тільки до психології. Помилковою є точка зору, ніби лише психологічні об'єкти мають те, що ми називаємо внутрішнім світом. Насправді, як це вже вказувалося, будь-який феномен життя і навіть більшість фізичних тіл мають зовнішнє і внутрішнє. Наявність зовнішнього і внутрішнього – це загальний принцип структурування природи, і за цим принципом особистість людини мало чим відрізняється від усіх відомих природних явищ і тіл. Йдеться про рівень розвитку внутрішнього і чіткість розділеності внутрішнього і зовнішнього у психіці людини. Це перший момент.

Л. С. Віготський дає дуже цікаве і красиве визначення особистості: особистість – це те, чим людина стає для самої себе з людини в собі, через те, чим вона стає для інших. Якщо проаналізувати цю думку, то можна визначити, що мав на увазі Віготський, говорячи про особистість в цілому. Звичайно, він мав на увазі перш за все самосвідомість, він так і пише прямо про це в деяких роботах: саме з появою самосвідомості ми пов'язуємо дієсну появу особистості як такої. Але ж людська істота має внутрішнє спочатку, із самого початку зародження її як істоти, ще з часу запліднення і появи першої клітинки – в ній вже є внутрішнє і зовнішнє. І це існує завжди, впродовж усього життя людини. Л. С. Віготський говорить ось про що: до якогось моменту це внутрішнє в людині і лише для цієї людини розглядається як "предмет у собі". Тобто той, хто несе внутрішнє, це не став для себе, тому що він ще не знає, що у нього є внутрішнє. І появу особи Віготський пов'язує з цим переходом: коли я зрозумів, побачив, що у мене є внутрішнє, коли я зрозумів, що у мене є переживання, коли я зрозумів, що у мене є думки, коли я зрозумів, що у мене є ідеї, і побачив їх, і відчув їх, і взнав їх, тоді, власне, і з'явився Я, з'явилась особистість. Фактично, повторимо, йдеться про появу самосвідомості.

Цей перекид кардинально і принципово важливий, і тут Віготським оказаний шлях цього перекиду. Він говорить, що людина приходить до цього через те, чим вона стає для інших, і це означає, що коли я ще не знаю про цей свій внутрішній світ, про те, що в мені є, інші вже про це знають, вони вже знають мій характер, мої думки, мої відчуття, вони вже бачать їх, вони знають, розумний я чи ні, спокійний чи неспокійний, багатий у мене внутрішній світ чи бідний, які образи у мене переживають, яка задача у мене переживає. Отже, Я спочатку стає для Них. Виникає дуже цікаве рін: у маленької дитини з самого початку дитинства встановлюється з рідними близькими людьми те, що називається особистісними взаємостосунками. В цих взаємостосунках дитина не тільки досягає задоволення своїх потреб, викликаних її нуждою, і використовує при цьому інших людей, вона ще й розкривається в цих відносинах. І вона це робить непомітно для себе, звичайно, не спеціально. В маленькій істоті ще немає того, що називається в соціальній психології процесом самопрезентації, коли людина сама працює над тим, як показати

себе іншим, вона просто показує себе – і все. І це якимось відображається в ній. Маркс мав рацію, коли говорив, що особистість спочатку як у дзеркало дивиться в іншу людину, і лише після того звертає увагу на себе. Я відображаюсь в цих людях, і я по них знаю, який я. По тому, як вони про мене говорять, яке спілкування вони будуть зі мною: вони відлоадіним чином поведуться, включають мене в якісь справи. Головно – що вони говорять і порівнюють; і саме це приводить до того, що я слідом за ними починаю дивитися на себе своїми очима: спочатку я дивлюся очима назовні, на них, бачу їх, повертаю очі і їх очима спочатку дивлюся на себе, а себе, а потім вже і свої очі повертаю в себе. І так я знаю себе, і стаю людиною для себе. Ось три етапи, три моменти, які фіксує Віготський, і ось що вони означають: я стаю особою тоді, коли в перетворююсь з людини в собі на людину для себе: через те, ким я є для інших, через людину для інших. Це перше, що хотілося сказати про внутрішній світ.

Що стосується самого змісту внутрішнього світу, він існує з самого початку у маленькій дитині і є не відкритим нею. Він собою являє те, що ми, слідом за Фройдом, після його великих відкриттів, називаємо несвідомим. Тобто, це є інстанції, потреби, образи, які не усвідомлюються, але вони при цьому викликають активність. Усвідомлюється дитиною потреба, яка виникає при зустрічі нужди з об'єктом, який може задовольнити її (нужди) конкретне відгалуження. Наприклад, дитина зараз може навіть не знати, що вона хоче їсти, її просто турбує дефіцит чогось, і лише коли відбувається зустріч з їжею, ця тривога пропадає, виникає перший момент усвідомлення потреби, стану потреби. І потім це диференціюється саме в потребу в їжі. Так виникають і інші потреби, тому що задовольняється нужда і за допомогою інших предметів. Отже, вже на початку інтенцій є не тільки тим, що побачив Фройд: бурливе, похмурі, незрозумілі, ід. Відпочатково там є відрінок і відбиток соціального. У внутрішньому світі маленької дитини ми ніколи не маємо тільки біологічного, і це найбільша помилка, яку повторюють за Фройдом усі і яку не хочуть усвідомити. Це чисто і виключно біологічне є лише у хворої людини, неповноцінної особистості, і до речі, глибоко неповноцінної, тому що вже спочатку весь потяг, усі бажання складаються зі вкладеного в неї батьками і біологічного, і соціального. І тому внутрішній світ не репрезентується дитині, вона про нього не знає, але вона вже виражає його: плачем, дьма, іншими видами активності. Вона виражає цей світ, ще не знаючи про нього.

Існує цікав уявлення І. О. Сікорського про перші акти усвідомлення: дитина прагне до повторення нових рухів, положень тіла тощо, тому що це пов'язане з одночасним виникненням внутрішніх переживань. Повторення дають змогу "впечатати" їх, заикнути до них, зробити своїми. Це й є, вважає Сікорський, першими зародками внутрішнього світу як особливого і цілком реального змісту. І це є першими "спалахами" свідомості. Разом з цим із зовнішнього світу з'являється те, що я знаю про себе. І ось ця єдність усвідомленого і неусвідомленого, складна, суперечлива, але все-таки єдність, і складає власне те, що ми називаємо внутрішнім світом. Він дійсно суперечливий у цьому протистоянні: відпочатковому генетичному протистоянню неусвідомлюваного і усвідомлюваного. Свідомість з'являється як відкриття, як пізнання людиною чогось про себе. Механізм цього феномена гарно вичерпаний в межах культурно-історичної концепції, тож ми не будемо його обговорювати. Нам важливіше "утримати" уявлення про генетичний рух.

Видібно суперечлива єдність біологічного і соціального породжує потреби, цілі, вона породжує потім цінності. Виникають значення, сенси, і все це представлено у вигляді образу. Що є образ, що означає наявність у людини образу? П. Я. Гальперін, між іншим, говорячи, що дійсним предметом психології є образ. Це дуже смілива заява, і начебто зовсім далека від глобальності психіки, але якщо вдуматися, що ж означає виникнення і наявність образу? А означає це те, що існує деякий суб'єкт, який буде і

споглядає образ. Тобто, є Я, є особистість, перед якою цей образ існує, і це вже надскладно для сучасної психології. Це означає, що у внутрішньому світі існує не тільки свідоме і несвідоме, а саме свідоме дуже складно розчленувалося і в ньому є об'єкт (образ), і є суб'єкт, який його бачить – і все це вкрай ускладнений варіант.

Як виникає образ? Він виникає не від того, що я щось бачу, чую, і що ніби вже є образ. Це ще далеко не образ. Згадаємо, що показав дослід Г. С. Костюка. Це був довгий, дуже довгий процес: образ з'являється в результаті дуже тривалого цілісного активного процесу, і в цьому процесі відбувається ніби вичерпування дійсності, і будується повторно те, що адекватне цій дійсності. Наявність образу означає наявність особи, означає наявність свідомого і несвідомого в ній, отже, означає унікальну складну ситуацію і унікальну складну структуру. Ми зараз говоримо, що все багатство внутрішнього світу особистості є перетвореним, засвоєним нею з навколишньої дійсності. Але виникає дуже важливе питання: а як виникають образи тих предметів і явищ, які людина не сприймала ніколи? Чому я можу уявити віддалені галактики, віддалені планети, я можу уявити закони всесвітніх процесів, які я ніколи не бачив, про які ніколи не чув і нічого такого не знав? Ми думаємо, що такі побудови, сама їх можливість мають велике значення, не оцінено поки що психологією. Різноманітність світу набагато більша, ніж ми можемо уявити; коли ми говоримо про те, що людина вклучає в себе весь Всесвіт, – це правда. Адже ми дійсно можемо помислити і побачити те, чого ніколи не бачили і про що ніколи не чули. Це не можна пояснити тільки процесом уяви, в усякому разі тим, що під нею розуміє сучасна наука. Це – дійсно проблема.

У будь-якому разі, коли ми говоримо про внутрішній світ, ми стикаємося з дуже серйозними загадками, і однією з них є загадка духовного. Дух є цілковитою реальністю, якщо ми говоримо про особистість, її внутрішній світ. Говорити про особистість і не говорити про дух було б неправильно. Нам здається, що невірно накладати на психологію обмеження, ніби духовне, душевне виходить за межі цієї науки; проблема тут у методах і теоретичних позиціях. А саме духовне є суттєвим атрибутом особистості і, як таке, повинно вивчатися позитивною наукою. Ми говоримо про дух як про те, що відрізняє людину від усієї живої природи, що робить її істотою, яка може продовжитися, народити цінність, народити ідеальне, може значити глибокі біологічні потреби. І це істота, яка тягнеться до любові, до мистецтва, до моральності. Ми говоримо, що це дуже складні речі і вони існують, і складають внутрішній світ особистості. Що є дух? Нам здається, що ми знайдемо відповідь свого часу, коли зрозуміємо, як соціальне життя насправді контактує з біологією. Як насправді цей контакт породжує психічне, і як це психічне, розвиваючись, стає духом. Справа в тому, що дуже довгий час вітчизняна психологія взагалі не займалася цими питаннями, вирази "внутрішній світ", "переживання", "стан" взагалі не входили в наукову термінологію. Тому що був величезний "страх субстанціональності". Тобто, коли ми говоримо про внутрішнє, ми говоримо, що є реальний його носій, і починаються пошуки "гомункулуса"; якщо це не гомункулус, то це душа, і пошук душі. Це близьке до теології, це близьке до релігії. Л. І. Божович була першою, душою смисловою жінкою якої за радянських часів, у своїй монографії, що вийшла в 1968 році, перемогла цей страх. Вона говорила про переживання, як про один з елементів внутрішнього світу, і дуже важливий елемент. Він і складає зміст душевного життя, внутрішнього життя людини. Дійсно, ці питання дуже тендітні, тонкі, але ми не одержимо ніколи відповідей про встоє особистості, якщо смислово не будемо визначати все, що є в людині. Врешті-решт, наука не повинна боятися, вона повинна відкривати: якщо ми маємо проблему, то повинні її вирішувати.

Якщо в шлому говорити про внутрішній світ як структуру особистості, слід зазначити таке: існують механізми його виникнення, він має тенденцію виявлятися, виражатися,

а вираження є лінійю розвитку особистості. Вираження внутрішнього через зовнішнє (це дуже точно показав О. Ф. Лосев) є сутнісною ознакою життя людини: ми шукаємо в особистості виразний рух, виразні слова, виразні дії тому, що внутрішнє існує, як не дивно, тому, що воно виражається. Виражається ж воно через переживання, стани, дії, через слова. Якщо внутрішній світ не буде виражатися, він не існуватиме.

Коли формується внутрішнє, воно одразу змінюється; це формування є водночас і розвиток. І коли ми говоримо про вираз думки, то, виражаючись (втілюючись), вона завжди "тягне" за собою іншу думку, сама уточнюється, ускладнюється або спрощується. Вона завжди змінюється. Тобто, вираз внутрішнього завжди приводить до його ж зміни. Ось тому і виходить, що ми не можемо говорити слідом за Віготським однозначно, що особистість виникає тоді, коли вона усвідомлює наявність у себе внутрішнього світу, тобто стає особою для себе. Для того щоб це відбулося, це внутрішнє вже повинно бути. Воно повинно виражатися, інакше ніяк і нікому буде його усвідомити, воно не розвиватиметься. Таким чином, ми повинні шукати початок онтогенезу набагато "нижче" (раніше), тому що інакше виникає розрив єдиного руху. Якби не було внутрішнього спонукання, воно б не виражалось, і значить – воно б не формувалося. Тобто, внутрішнє в особистості є завжди, а мова йде про його розвиток-укладнення.

### Переживання

В аналізі внутрішнього світу чільне місце має бути відводене переживанню, яке виступає центральним компонентом того, що ми називаємо внутрішнім світом особистості, і в психології цей феномен вивчається достатньо довго і дуже по-різному. Традиційно переживання трактується як синонім емоційної реакції. Натомість, Ю. Василюк у дуже цікавій книжці "Психологія переживання" дає розуміння переживання як процес активного діяльного подолання, проживання особистістю якогось несприятливого ситуації. Ми можемо сформулювати дещо іншу точку зору. Переживання слід розглядати (за логікою слова) як перенесення чого-набудь у живий стан, тобто переведення події, якогось відчуття, предмету, що оточує людину, в стан живого сприйняття, в стан живого ставлення. Тобто, якщо розшифрувати це тлумачення, можна сказати, що процес переживання являє собою, фактично, репрезентацію свідомості того, що відбувається в оточуючому світі, або в біологічному тілі, або "всередині" самої особистості. Таким чином, термін "переживання" фактично виявляється релевантним, тобто майже відповідає терміну "свідомість".

З іншого боку, можна говорити про переживання як про такий своєрідний місток, який зв'язує несвідомлювані й усвідомлювані процеси. І якщо, наприклад, мова йде про стани (про це буде окрема розмова у відповідному розділі), то слід відокремлювати їх так, як і переживання. У цій дихотомії, в даному протистоянні понять, переживання виступає як доведення стану до свідомості людини, тобто, спрощено кажучи, так, що я можу бути в стані афекту, але не переживати цього і не знати, що я в стані афекту. Коли ж я переживаю стан афекту, це означає, що мав репрезентований цей стан. У зв'язку з цим виникає ряд дуже цікавих аспектів взагалі щодо тлумачення внутрішнього світу як такого.

Якщо центральне місце в ньому займає переживання (до цього схилився і Віготський у своєму останньому періоді творчості, до цього схилиються численні психологи; власне кажучи, і В. Штерн будує свою теорію саме на розумінні переживання як центрального феномену особистості), тоді по-іншому виглядає, наприклад, тлумачення образу. Раніше ми говорили про нього як центральне явище психіки і згадували П. Я. Гальперіна, який вважав образ взагалі предметом психології, і, напевно, він не помилявся; але ми хочемо сказати про інше.

Традиційно розуміється це так, що у людини формується якийсь образ предмета, речі, ситуації, і потім цей образ переживається, наповнюючись якимось особистісним сенсом, якимись емоційними реакціями. Нам здається, що це потрібно розуміти дещо інакше.

В дослідженнях свідомості її функції зводяться зазвичай до породження та відображення. Можна їх дещо подрібнювати, говорячи про смислоутворення, але це, в цілому, і є породження. Чомусь їх відокремлюють, (у тому числі і в нових роботах, присвячених свідомості) від дуже важливої функції свідомості, про яку згадував О. М. Леонтьєв. Він писав так, що свідомість людини пристрасна. Ми повинні говорити про таку функцію свідомості, як переживання того, що відображається. Можна говорити і так, що між відображеннями і породженням є момент (є функція), є етап доведення до людини як такої сенсу того, що вона відображає. Можливо, це і не так. Але що стосується образу, то ми б сказали, що послідовність подій є не такою, що людина спочатку будує образ, а потім його переживає, а, насправді, побудова образу, сам образ і його переживання – це, в цілому, є одне й те саме. Образ неможливий без переживання. І якщо знову згадувати і той дослід Г. С. Костюка, про який ми вже говорили раніше, й інші дослідження, тобто чисто науково-емпіричні дані, і якщо говорити про життєвські знання, то ми всього зустрічаємося з одним і тим самим явищем: образ завжди є пристрасним. Він завжди мій. Тобто вже саме те, що це мій образ, означає, що він пройшов через всю особистісну структуру, через весь досвід, все минуле і майбутнє даної конкретної людини. І тому розділяти явища переживання, відображення і породження образу просто немає сенсу. Ми не переживаємо образ, ми будуємо образ після (в процесі переживання, можна так сказати). А взагалі-то, в часі це просто одночасний акт (це – один акт). І, до речі, у досліді Г. С. Костюка, там симультанність побудови образу була розірваною, вийшов сукцесивний процес через дуже складні умови побудови образу, і спостерігається досім інша річ: там спочатку переживається, а потім будується образ. І це переживання дуже гарно видно і в поведінці людини, і у її висловлюваннях, навіть за психофізіологічними показниками, такими, як тиск, підвищення температури, частота пульсу і т. д. Тобто образ переживається. Переживання прокидає досвід. В цьому контексті уявлення про нього як про предмет психології, звичайно, дещо тенденційне. Якщо формою існування психіки людини є особистість, або, як про це писав С. Л. Рубінштейн, психіка людини особистісна, це означає, що всі процеси, які відбуваються в психіці людини, є процесом особистісним і праявляються В. Штерн, і Л. С. Виготський, коли говорили: що цілком виникає і розвивається раніше, ніж частини. Тож психіка людини повинна вивчатися саме "зверху", тобто від особистості, і потім далі до її компонентів, і тільки такий шлях дослідження є адекватним); в такому разі система переживань є дійсним об'єктом: не предметом, а об'єктом вивчення психолога людини, навіть не психології особистості.

Л. С. Виготський схилився до думки, що переживання являє собою дійсну "одиницю" аналізу особистості. Його погляди підтримала і розвинула, як уже зазначалося, лише Л. І. Божович, яка вважала переживання найважливішою психологічною дійсністю особистості. "Переживання, – зазначає вона, – являє собою ніби вузол, в якому зав'язані різноманітні впливи внутрішніх і зовнішніх обставин". На відміну від Л. С. Виготського, вона не визнавала переживання "одиницею", тобто цілим, що далі не розкладається, в наслідок, ставила завдання аналізу і вивчення "тих сил, що лежать за ним і зумовлюють процес психічного розвитку". На жаль, такий аналіз не зроблено. Замість цього маємо кілька концептуальних моделей даного явища, жодна з яких не ґрунтується на фактичних наукових даних, а є вільною інтерпретацією поглядів авторів.

Головною проблемою експериментального дослідження особистісних переживань, зазвичай вважається неможливість досягти цілком адекватної репрезентації людиною того, що саме і як вона переживає. Тому що, коли ми даємо людині задачу описати свої переживання, то тим самим ми породжуємо у неї інше переживання і зовсім інший образ, і отже ця "змічка", "склейка" ніколи не дасть нам об'єктивної картини.

Така проблема, повторимо, існує, але вона зовсім не є не вирішувана. Просто це відбиття дійсної надскладності явища та водночас результат часткового і однобічного підходу до переживання. Вважається, що воно існує і виражається, тож слід "схилити" в досліді це вираження і інтерпретувати "по ньому" саме переживання. Це не вдається і не вдається в такій постановці питання. Адже існує й інша сторона процесу: "не переживання, – стверджує М. М. Бактін, – організовує вираження, а навпаки, вираження організовує переживання, вперше дає йому форму і визначеність спрямування". (Якщо порівняти це твердження з положенням Виготського відносно того, що думка не просто виражається в слові, а й формується в ньому, стане зрозумілим, що відкривається загальний психічний механізм). Співвіднесення переживання з вираженням, на наш погляд, відкриває дійсний спосіб і простір існування даного психічного феномену. Вираження не є просто функцією особистості, а становить її необхідний і базисний атрибут. Згідно з О. Ф. Лоссевим, нагадаємо, особистість є перш за все виразною формою, тобто вона являє собою форму вираження. А "виразне буття є завжди синтез двох планів, одного – найбільш зовнішнього, очевидного, та іншого – внутрішнього, осмислюючого, такого, що приплюскається. Вираження є завжди синтез чогось внутрішнього і чогось зовнішнього". На думку філософа, у вираженні особистості представлена тотожність її зовнішнього і внутрішнього. Це виявляється, наприклад, у тому, що, сприймаючи особистість суто зовнішньо, ми в той же час ніби охоплюємо і внутрішню, те, що виявляється в зовнішньому.

Тож маємо три світи особистості: "внутрішнє буття" – сутнісне, смислове ("першо-образ", за Лоссевим), "зовнішнє буття" – вигляд, лик, поведінка особистості, і світ зовнішній – простір буття. Вони становлять єдину рухливу цілісність, і переживання виникають "на стижах" цих світів. Отже, з одного боку, вираження породжує переживання, формує його, а з іншого – переживання на виражається, а визначає і наповнює вираження реальним змістом. Спорідненість переживання з вираженням дозволяє зробити припущення щодо його будови. Безумовним є те, що переживання має власну структуру, тобто є психічною субстанцією, оскільки воно може бути представленим у свідомості людини саме як форма. Але, разом з тим, безумовне й те, що воно постійно в русі, і є ніби розмитим водночас в усіх "світах" особистості, і тому не може бути структурою, а являє собою постійне становлення. Така двоїстість (симультанність – сукцесивність) переживання робить зрозумілою неможливість "схилити" його в традиційному експериментальному дослідженні. Сюди слід додати також те, що повне злиття переживання з особистістю не дозволяє виокремити його навіть істотно, заради аналізу, як це ми робимо з іншими психічними явищами. Адже сама особистість ні за яких умов не може дистанціюватися і стати в опозицію до власного переживання. У випадках, коли їй здається, що така операція вдалася, – мова йде вже про зовсім інше переживання, а не те, а приведу якого виникло "протистояння".

Особливою проблемою є процес виникнення переживання. Ми вже згадували, що воно з'являється на межі зіткнення "світів" особистості, але в цьому є певні суттєві особливості. Вираження і його вища особистісна форма – втілення – породжує принципово нову форму співіснування людини і світу, що її оточує. Втілення – "це закарбування живої активності як процесу життя людських сутнісних сил в предметі, – зазначає



Г. С. Батішев, – це перетворення логіки дій суб'єкта у власно предметно-зафіксоване зображення і віднаходження суб'єктом своєї дійсності в об'єктах, які несуть на собі зберігати образ його діяння. Результатом такого процесу є те, що свій перестав бути перед і проти людини, а перетворюється в її світ, який існує навколо неї. С. Л. Рубинштейн говорить: "Людина знаходиться всередині буття, а не лише буття є зовнішнім її свідомості". Можна стверджувати, що переживання виникає саме тоді, коли світ зовнішній став світом навколо, а не навпроти мене. І це є, на наш погляд, абсолютною умовою його зниження. Разом з тим, з цього випливає і спосіб існування особистісного переживання. Людина втілює себе як індивідуально-неповторне соціальне ціле, як своєрідну тотальність своєї свідомості: "Результат її втілення в її твір". Твір є тим, що робить наше життя і нашу особистість єдиним. Причому "твір" слід розуміти широко – це в все те, що залишає навколо себе і після себе людина. Отже, втілення маліє собою творчість. Такої ж думки і О. Ф. Лосса: "Антиномія свідомості і буття синтезується в творчість".

Отже, якщо вираження – втілення являє собою творчість, то остання й є способом існування переживання, котре цим втіленням породжується. Слід зазначити, що стосунки, описані для особистості і зовнішнього світу, в, за природою, такими ж самими і у відношенні її до свого внутрішнього світу, який теж створюється особистістю. І він є виключно світом переживань, оскільки, на відміну від зовнішнього світу, в ньому немає нічого об'єктивного (звісно, лише для даної особистості). **Тож переживання виникають у трьох процесах.**

**По-перше**, в процесі перетворення зовнішнього й відстороненого світу в мій світ навколо мене. **По-друге**, через створення власного зовнішнього (лику особистості), і, **по-третє**, в процесі створення власного внутрішнього Я (індивідуальності). Світ переживань, незважаючи на свою складність, ніколи не є хаотичним (питання особистісного упорядкування переживань – то окремі і фундаментальне питання, якого ми не будемо тут торкатися). Більше того, завдяки вираженню-втіленню, як всезагальній атрибуції особистісного існування, та переживанням, що народжуються при цьому, не є хаотичним і світ зовнішній (мій світ, який мене огортає, а не стоїть навпроти). Хаос може породжувати тільки й виключно цивілізація, самому ж світові абсолютно не притаманна хаотичність. І людина аж ніяк не може жити ні в хаосі, ні побіля нього, як не перенесить його і у внутрішньому світі. За думкою М. К. Мамардашвілі, людина може існувати, "якщо в можливість і умова світу, котрий вона може розуміти, в якому може по-людськи діяти, за щось відповідати і щось знати. І світ цей є створеним"... то до чого ж тут хаос?

Викладене бачення природи особистісних переживань дозволяє, на наш погляд, визначити об'єкт психологічного дослідження. Зробимо кілька припущень. Свого часу К.-Г. Юнг зазначив, що переживання являє собою нерозривну єдність почуття і розуміння. Але, виходячи з творчої природи цього явища, слід внести ще один необхідний елемент. Структура переживання може складатися з трьох складових – почуття, розуміння і дії. Причому остання являє собою не автоматичну, не суб'єктивну, а вільну особистісну, тобто власне креативну дію. В цьому припущенні ми спираємося на теоретичне побудування Л. С. Виготського, який в одній з останніх своїх робіт намітив вирішення центральної для себе проблеми єдності афекту і інтелекту саме через побудову цієї системи дією: "ступінь розвитку є ступінь перетворення динаміки афекту та динаміки реальної дії в динаміку мислення". Нам здається, що ця структура має загальне значення для будь-яких психологічних утворень.

Переживання належить до таких психологічних явищ, у яких в єдиному і миттєвому акті зливаються всі складові. Отже, виникає цілісність, яка діє так і існує, більше не розпадаючись. Навіть ті переживання, що перестали бути актуальними, зберігаються в такому ж цілісному вигляді, утворюючи досвід особистості. Переживання презентується

іншим людям і самому суб'єкту у вигляді знаку. За Бахтініми, "переживання не лише може виявлятися за допомогою знаку... але, крім цього свого виявлення назовні (для інших), переживання і для самого того, хто переживає, існує лише в знаковому матеріалі".

Знакова природа переживання може означати лише одне: особистість означає свої переживання, тобто ми маємо справу ще з однією специфічною формою активності. Крім того, це говорить також про те, що переживання в житті людини є специфічними психологічними засобами оволодіння власним внутрішнім світом, поведінкою, та кінець кінцем, побудови вищих психічних функцій і, на їх основі, складних міжфункціональних систем.

Експериментальна модель психологічного дослідження особистісних переживань може бути такою. Необхідно створити умови вияву творчої активності людини та її вираження – вголосі. Сама експериментальна ситуація має моделювати "світ навколо мене", в котрій можна "увійти" і здійснити вільні (креативні) дії. Ситуація має бути розгорнутою, тобто являти собою специфічну модифікацію генетико-модального методу. Фіксувати переживання необхідно не за самоціттами, а виключно опосередковано, остановлюючи їхні контури і зміст у специфічних продуктах і процесах творчого вираження. Експерименти, що зараз проводяться, можуть дати відповідь щодо психологічної природи особистісних переживань, підтверджуючи, уточнюючи або відкидаючи викладені припущення.

Нижче ми розглянемо специфіку, індивідуальність переживання художнього твору та спроби експериментального вивчення цього явища.

Естетичне переживання, на думку Л. С. Віготського, лишається незрозумілим і прихованим від людини за своєю сутністю. "Ми ніколи не довідаємося, – пише він, – чому нам сподобався той чи інший твір. Все, що ми вигадуємо для пояснення його дії, є більш пізнім примисленням, зовсім не являючись раціоналізацією несвідомого процесів. Сама ж сутність переживання лишається загадкою для нас" (підкреслено нами). З того часу психологія дуже мало нового дізналася про естетичне переживання, хоча зараз здається, що праця Віготського просто повинна була стати могутнім імпульсом для дослідження цього феномена. Але не стала... Натомість наука, а особливо педагогіка, надто багато зробили для того, щоб якомога далі відвести людину від вільного, не обтяженого стереотипами і настановленнями сприймання мистецтва. Воно оточене зараз дуже могутнім і буйним ореолом абстрактних інтелектуальних побудов і їхніх наслідків – дидактичних поєвань про те, що саме треба сприймати, як саме це робити і яке ж переживання слід вважати дійсно естетичним, а отже – повноцінним. Щодо останнього виникає велика проблема, оскільки, якщо зібрати всі визначення, які стосуються цього загадкового переживання, і спробувати узагальнити – отримаємо дещо, що, в принципі, не можна не те що пережити, а й навіть увійти. Відбувається це тоді, коли наукове дослідження психічної реальності, частинною якою є переживання, підміняється "роботою" дослідника щодо власних логічних схем і конструкцій. Мабуть, є інший шлях вирішення загадки, яку помітив Л. С. Віготський: цей шлях має знаходитися у царині психології, а не в випірсах власної думки дослідника. Навпевно, треба спробувати вивчити саме переживання мистецтва як абсолютно конкретне психічне явище. Спробувати відповісти на питання, як переживає мистецтво людина, але відповісти не абстрактно-відсторонено (досліджуючи масу напрацьованих визначень і схем) і не інтроспективно (досліджуючи лише до власних переживань і встановлюючи їх до всіх людей), а відповісти, запитавши про це у людини, яка переживає.

Тут ми торкаємося дуже гострого, суперечливого і давнього аспекту проблеми пізнання психічної реальності (та й пізнання взагалі), сформульованого Е. В. Ільєнковим, як питання про відношення "світу в свідомості" до "світу поза свідомістю". Це однією

питання, хоча й було принципово розв'язане ще Б. Спінозою, однак психологія цього вирішення вчехло не помітила, за винятком лише Л. С. Виготського. Нагадаємо, що суперечність полягає в тому, що свідчення про предмет, явище, котрі знаходяться поза людиною, обов'язково стосуються внутрішнього світу того, хто пізнає, і тому об'єктивне, незалежне від суб'єкта знання цих зовнішніх явищ уявляється досить проблемним, а точніше – просто неможливим. Через це, зрозуміло, виникає багато різних пояснень і тлумачень одних і тих самих явищ. "Все це достатньо свідчить, – пише Б. Спіноза, – що кожен судив про речі відповідно до улаштування свого власного мозку, або, краще сказати, стан здатностей своєї уяви приймав за самі речі". Але чи можна судити про речі тільки відповідно до їхнього улаштування, нехтуючи влаштуванням внутрішнього світу того, хто пізнає? Однозначно ні, оскільки результат пізнання – це завжди "картинка" в свідомості суб'єкта пізнання. Але якщо це так, то ми ніколи не отримуємо об'єктивних знань, а завжди маємо справу з міфам, в якому химерно сплітаються частини об'єктивної реальності і наші власні психічні процеси і стани. Особливо це загострюється під час пізнання психічної реальності, адже той, хто пізнає, прагне він цього чи ні, обов'язково "звіряє" свідчення про певні психічні явища досліджуваних, які, відповідно, мають власний внутрішній психічний простір. І цього ніяк не уникнути. Виходить, що психологічне знання з найбільш міфологізовані. Але виявляється, що не лише воно. Найбільш передові галузі пізнання (квантова фізика, молекулярна біологія, астрофізика) породжують справжні міфологеми (згадаймо хоча б принцип доповнюваності в квантовій механіці). Отже, проблема справді існує, і це виправдовує наше звертання до, здавалося б, давно відомої філософської архаїки.

У психології спроба розв'язати згадану проблему приводить до дуже цікавого і парадоксального явища – побудови численних "авторських теорій". Цей процес ретельно описав Л. С. Виготський. Він досить простий і існує в двох основних формах: можна побудувати власну теорію, вичерпавши ряд інших теорій (загалом це й не теорія, а просто схема), можна ж до вивчення чужих теорій додати опис певної сукупності психологічних факторів. Головне – створити власну (як відбиток внутрішнього світу дослідника) схему і потім, наче мереживо, накидати її на все розмаїття психологічних явищ, одні вважаючи "правильними" (тобто такими, що відповідають схемі), а інші, звичайно, – артефактами, та й не зважати на них. Самі явища, звичайно, тут не вивчаються, отже, виходить все точно за Спінозою (див. цитату, наведену вище). Тобто маємо той-таки міф, хоча й нібито з іншого боку. Так виник міф і про естетично переживання особистості.

Тим часом Спіноза дійсно розв'язав суперечність. Йі вирішення, нагадаємо, полягає в тому, що наближення до пізнання природи явища (тобто об'єктивного пізнання) передбачає активне відтворення суб'єктом траєкторії руху "тіла", що пізнається. І що складніше ця траєкторія, то вона непередбачуваніша, то більш різноманітною повинна бути активність того, хто пізнає. Якщо скористатися сучасною термінологією – суб'єкт пізнання власною активністю мусить "виперпати" явище.

Як це застосувати до психології, яка вивчає не просто "тіло", а "мисляче тіло", тобто інший суб'єкт? Нам здається, що для цього треба, *по-перше*, відмовитись, вквешт-решт, від стимул-реактивної парадигми дослідження і визнати єдиною можливою формою пізнання взаємодію і діалог з таким самим вільним і активним суб'єктом ("мислячим тілом"), яким є й сам дослідник. А, *по-друге*, відмовитись від створення схем-міфів, визнавши досліджуваного невизерчною і цілісною індивідуальністю, зрозумівши – науково узагальнення в психології можливе лише тоді, коли отримані факти – це факти життя особистості, а не якісь окремі фактоми. Треба працювати з людиною, а не окремо з її мисленням, окремо – з пам'яттю, окремо – з емоціями і т. ін. Необхідно ставити їй запитання, "змушувати" її запитувати нас – це й буде наш рух за її "траєкторією", це буде її "визеркнення".

Такої позиції дотримуються М. М. Бахтін і К. Роджерс: на відміну від предмета природничо-наукового, особистість можна зрозуміти, лише ставлячи їй запитання і ведучи з нею діалог. Стосовно нашого предмета вивчення (естетичні переживання особистості), ми виходимо з того, що кожна людина, якщо її органи сприймання нормально розвинені, переживає художній твір будь-якого виду мистецтва і будь-якого рівня складності. Це безперечно, якщо слідом за В. К. Вілюнасом розуміти переживання як дійсний носій психічних образів. Як таке суб'єктивне переживання є обов'язковою і сутнісною властивістю психіки, але водночас воно є суто індивідуальним і специфічним. Це суперечливе поєднання і робить його особливо цікавим. Пережити – це не означає просто суб'єктивно відчутти, а відчутти обов'язково особливо, якимось специфічно, і це "якось" безпосередньо "схоплюється" суб'єктом зрозумілою йому початковою "мовою". Чи можна вербально сподіватися, що? "схоплюючи" особливості переживань різних людей, ми зможемо щось зрозуміти про естетичне переживання взагалі і не "розчинитися" в "лихий нескінченності"? Ми сподіваємося довести, що цей шлях можливий і, більше того, набагато ефективніший, ніж спроба вибудувати певну теорію-схему з наступним "підбиттям" під неї емпіричних фактів. Адже складності тут суто методичні, а для експериментальної науки – це рід звичайна. Отже, щоб з'ясувати специфіку естетичного переживання, ми відмовились від орієнтованості на будь-які схеми, а визначили індивідуальні особливості суб'єктивного переживання художнього твору у різних людей і лише потім намагалися узагальнювати.

Головна, але й єдина методична складність такого підходу полягає в проблемі вербалізації суб'єктом власного переживання, котра має первинно невербальний характер. Причому тут чеське "мысль изреченная есть ложь" – це лише частина проблеми. Дуже суттєвим є також те, що мовлення (ів цьому одностайні Віготський і Потебня) – не лише висловлювання, а й водночас зміна того, що відбиває це висловлювання: думка, як стверджує Віготський, не відбивається, а проростає в слова; сама при цьому істотно змінюється і добудовується ("думка" тут вжито в широкому розумінні, як взагалі будь-який суб'єктивний психологічний досвід, а тому числі і переживання). Таким чином, коли людина намагається висловити переживання, вона не тільки не може зробити це точно, але при цьому реально починає переживати інше: відбувається своєрідне подвоєння переживання. Важливим є й те, що, висловлюючи переживання, людина, хоча вона того чи ні, раціоналізує його, і складається враження, що емоційний компонент переживання зникає (якщо попросити людину, яка радіє, пояснити, що саме вона переживає зараз, вона може спробувати це зробити, але радіти при цьому перестане). Це явище, до речі, дуже вдало описане у художній літературі. Зокрема, Костянтин Левін (герой "Анни Кареніної" Л. Толстого) дуже глибоко переживає красу природи, але для нього нестерпно про це говорити і він не любить, коли про це говорять інші. Вербалізація (читай – раціоналізація) руйнує його переживання, роблячи їх неприязними, грубими і надорочними. Все це, отже, є неодоленною перешкодою для вивчення психологічного переживання, однак виключно тому, що і дослідник, і досліджуваний, говорячи про переживання, внутрішньо, непомітно для самих себе, розчленовують його, звертають увагу лише на раціональний компонент і тим самим руйнують переживання як таке. Коли ми кажемо "переживання", то майже завжди маємо на увазі розуміння. Але ж переживання художнього твору являє собою цілісну психічну структуру, "однотісну", і саме тому спроба його розчленувати знищує його. Подібні спроби є помилкою нашої життєвої логіки, яка "підказує", що, мабуть, переживання складається із розуміння та емоції як самостійних автономних елементів. К. Юнг дуже точно називає художній твір, який народжується в психіці людини, самостійним неподільним комплексом, котрий існує автономно від свідомості, хоча, звичайно, може з нею взаємодіяти. Ця взаємодія є переживанням, але не

розумінням, тому що, "поки ми захоплені процесом творчості, ми не бачимо і не розуміємо: ми обов'язково повинні не розуміти, тому що немає нічого більш руйнівного для безпосереднього досвіду, ніж змечення" (До речі, в цій думці є відповідь на питання про особливість тієї діяльності, що дозволяє адекватно пережити художній твір: "безпосередній досвід").

Це зауваження К. Юнга, оскільки воно стосується не лише творця, а й будь-якої людини, яка сприймає художній твір, дає змогу суттєво уточнити предмет нашого аналізу, тобто відповісти на запитання, що саме (яку психологічну структуру) переживає людина. Щодо цієї психічної структури цілком збігаються уявлення Юнга, Виготського і Потебні, хоча вони мали різні теоретичні "візюгляди" і, зрозуміло, використовували різну термінологію. Те, що К. Юнг називає "автономним комплексом", Виготський розуміє як власний художній образ фантазії, що виникає при емоційному впливі на людину твору мистецтва. На такій динаміці виникнення чітко наголошує Потебня, стверджуючи: художній твір не захоплює людину визначеним образом і заданим переживанням, а впливає на неї, зумовлюючи формування індивідуально-специфічної фантазії, яку й переживає ця особистість.

Звичайно, нам можна закинути, що автори, до яких ми звернулися, не просто вживають різну термінологію, але й зовсім по-різному тлумачать природу структури, про яку йдеться. Це, звісно, правильно, особливо якщо виходити зі стереотипних інтерпретацій аналітичної психології Юнга і культурно-історичної теорії Виготського. Але важливіша зараз не розбіжність, а те, що ці три найбільш компетентні в психології мистецтва класики встановили, що реальним психологічним явищем, яке виникає у людині при сприйнятті художнього твору, є певна цілісність, психологічний продукт, котрий сама ж особистість і створює. Це – загальне для всіх людей, індивідуально ж стосується того, який це продукт, що саме (яка "картинка" – може сказати Швалб) виникає у свідомості; чи обмежується його існування лише психікою суб'єкта; чи він буде матеріалізуватися і стане Твором; наскільки яскраво й гостро він переживається.

Визначившись у найзагальнішому з предметом дослідження, ми можемо тепер повернутися до власної методичних проблем. По-перше, наш вислів "спитати у людини про її переживання" не варто розуміти надто спрощено і буквально, адже в цьому випадку, як ми показали, задача перевизначається і предметом стає не переживання, а розуміння. Мова повинна йти про певну запитувальну ситуацію, котра спричиняє безкоплекційну саме переживання. По-друге, проблему висловлення переживання і його зміни при цьому ми розглядаємо не як артефакт, а як показник психологічної особливості переживання. І ця особливість, гіпотетично, може стосуватися лише вербального висловлення, в той час як інші способи його можуть бути більш адекватними. З іншого боку, психологічний продукт (ми навмисне, тут і далі, коли йдеться про "продукт" або "структуру", не вживаємо поняття "художній образ", хоча воно було б тут більш ніж доречним). Справа в тому, що це поняття вживають в літературі, зовсім не пов'язуючи його з психічною реальністю. На жаль...), створений людиною в процесі сприймання-творення художнього твору, весь час добудовується, перебуває в постійному становленні. І якщо це становлення відбувається в розповіді про переживання, то це, знову ж таки, не надодок, а просто форма існування переживання, і при цьому – саме індивідуальна форма.

Ми можемо тепер зупинитися на деяких попередніх результатах. Виходячи із зрозумілої речі, що яскравіше і гостріше переживає художній твір саме його автор, ми провели спитування тих людей, які створюють художні твори (застосовувалося вільне опитування – опіс з подальшим контент-аналізом). Виключаючи тексти-ретроспективи і усні розповіді людей, які створюють художні твори, ми не цікавилися їхнім тракту-

важливим мотивом творчості і авторською інтерпретацією змісту твору, оскільки це і є "примислення". Ми хотіли встановити, як психологічно почуває себе людина в момент творчості, що вона переживає. В розумінні емоційного самопочуття автори дуже своєрідні, але ось що дійсно привертає до себе увагу. Твір мистецтва, коли він створюється, переживається автором як окремий, існуючий в його психіці, живий одукотворений суб'єкт (квазісуб'єкт). Він відсторонений, з ним ведеться діалог і при цьому він дуже активний, має виражену мотивуючу функцію, аж до того, що "йому й справи немає до моїх проблем, труднощів і бажань – вичерпай мене будь-що!". Таке "співіснування" іноді дає радість, іноді ляскає, але завжди дуже емоційне. Крім того, воно вельми динамічне, неоднозначне і весь час перебуває в розвитку. Об'єктивним підтвердженням такого специфічного діалогу є значно більший, ніж звичайно, розвиток внутрішнього мовлення авторів, незалежно від того, в якій галузі мистецтва вони творять, адже на цьому рівні мистецтво являється амодальним. (До речі, розвиток внутрішнього мовлення можна вважати дуже суттєвим психологічним показником переживання мистецтва, і в цьому напрямку доцільно розгорнути експериментальне дослідження). Тип взаємин автора і твору на цьому етапі являє собою саме переживання один одного, яке не зводиться окремо ні до розуміння, ні до емоції. Наявність у людини даного складного комплексу визначає індивідуальність переживання не стосовно відмінності його від інших, а щодо того, що таке може пережити людина, котра являє собою розвинену індивідуальність. Саме на цьому ми ґрунтувалися, даючи визначення специфіки переживання мистецтва. Крім того, відповіді наших досліджуваних вказують на те, що саме переживання складається не з двох елементів, а з трьох. Цим третім є уява. "Образ уяви, – вважає Ю. М. Швалб, – є втіленим переживанням". Більше того, це – саме має індивідуальне переживання, оскільки образ завжди суто індивідуальний. Уява ніби "завершує" психологічну структуру переживання мистецтва і "полієнос", чому воно може бути тільки й виключно індивідуальним. Зрозумілим стає й те, що виникнення цього переживання вимагає від людини вільного, не обтяженого стереотипами і заздалегідь споглядання-занурення в твір мистецтва, адже це є умовою створення власного образу. Повертаючись до досліджень авторів, треба говорити, з одного боку, про різень диференційованості Я: менш диференційоване воно у тих з них, хто відчуває **злиття з твором** ("я і твір – одне ціле"); тут переживання твору втрачається і перетворюється на переживання себе самого. З іншого боку, є сенс говорити про силу Я: або людина контролює свої переживання, взаємини з "комплексом-образом", або вона підпорядковується останньому.

Зрозуміло, що переживання авторів – це вищий рівень взаємин з мистецтвом. Він важливий тому, що задає сутнісний критерій: наявність внутрішньо-психологічного предмета переживання – художнього продукту. Наші дослідження особливостей сприймання музики і художньої літератури дітьми різного віку свідчать, що такий продукт створюється лише на певних етапах онтогенезу і залежить у своїй складності (яскравості, розвиненості) від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. Зокрема, в молодшому шкільному віці лише незначна частина дітей може створювати внутрішній художній продукт і здатна до рефлексії власного переживання його. Цю особливість ми називаємо естетичною активністю. В літературі можна знайти свідчення про відмінності в переживанні художнього твору у зв'язку з наявністю або відсутністю естетичної активності. Як дуже яскравий (хоча і дещо своєрідний) факт такої розбіжності наведемо, наприклад, різницю в переживанні роману Д. Джойса "Улісс" героєм Е. Хемінгуей, хлопчиком-підлітком, сином художника (Е. Хемінгуей "Острови в океані") і психоаналітиком К. Юнгом, що описано в його статті, присвяченій цьому роману. Це неочікуване і далеко порівняння все ж таки дуже показове. Хлопчику роман сподобався, щось приваблює і відштовхує його, але головне для нього –

незрозумілість і надія на те, що колись він його зрозуміє. Внутрішній художній продукт не створений, але є емоція, мотивація і надія – такі переживання героя Хемінгуей. К. Юнг, навпаки, демонструє вищий тип естетичної активності. Він начебто здійснює простий і раціональний аналіз твору, та ще й таксою, який йому не подобається. Але весь текст роботи – це дійсно надкладне і надтонке переживання того "монстра" – внутрішнього образу, котрий створюється і ніби не хоче завершитися у свідомості вченого. Юнг наспраді відображає складний діалог-переживання, котрий він здійснює з незавершаним образом, породженим його психикою під впливом "Улісса". Тут дуже багато нюансів, почуттів і символів, гіпотез і розчарувань. Видно, як у висловлюваннях переживання автора змінюються, він сам це розуміє і певним чином до цього ставиться, він ніяк не може зупинитися і врешті обриває свій етюд, не завершуючи його. Означомлення з цією працею дало нам змогу дещо по-іншому подивитися на причину труднощів сприймання творів типу "Улісса". Ми припускаємо, що головна тут не в якийсь так званий спеціальній підготовці читача, а саме у співвідношенні розуміння і переживання. Стереотип сприймання більшості людей полягає в тому, що вони прагнуть спочатку зрозуміти твір, тобто досягнути логіку автора власною логічною системою, "прив'язати" до неї частинки власного життя і все це потім пережити. Якщо ж логіка автора екстремно важка і не піддається цій процедурі (тобто вона просто гранично індивідуальна і тому не стереотипізується), то сприймання найчастіше закінчується після першого ж невеликого контакту. І справа тут не у рівні розвитку раціонального начала, а в його домінуванні. Хлопчик – герой Хемінгуей – хоче саме зрозуміти роман, не може цього зробити [...] переживання не відбувається, адже воно зруйноване самим суб'єктом фактично ще до початку сприймання. Юнг, навпаки, декларує бажання зрозуміти, а наспраді хоче пережити роман і, завдяки художньому (інакше не скажеш) таланту, намагається вербалізувати це переживання для читача. Але це дві постаті і схожі між собою через те, що у них не утворився внутрішній художній продукт – не "спрацював" третій елемент переживання – увага. Тому й Юнг, попри свою талановитість, рудується весь час всередині своїй відчуттів, а не переживає твір.

Ми маємо змогу вести порівняльне дослідження людини, звичайної за рівнем інтелектуального розвитку, безперервно, починаючи з раннього дитинства, протягом уже 20 років. Поряд із раннім розвитком певної схильності до живопису (яка не отримала дальшого розвитку) і гарних музичних здібностей вона вирізняється вражаючою легкістю сприймання традиційно "важких" творів художньої літератури, зокрема таких авторів, як Джеймс, Кафка, Булгаков, Набоков, Гессе, Місіма і т. д. Наші спеціальні бесіди з досліджуванним свідчать, що тут нема хизування і "надрибу". Йому дійсно подобається це, і йому це легко. Головне, щоб автор був справжнім художником, митцем. "Я ніби спілкуюсь з цікавою і доброю людиною, котра ось таким чином бачить світ. Мені цікаво порівнювати. Я відчуваю, що і в мені є ці світи. Не треба лише питати, що хотіли сказати письменник, чого він вчить і які прийоми використовує". Нам здається, що в даному випадку ми маємо справу з перевагою саме переживання у сприйманні художнього твору, коли розуміння як суто раціональна операція виявляється просто зайвим. Все "зрозуміло" вже в акті переживання. Мабуть, в сенсі говорити про спеціальну здібність до споглядання як необхідну умову переживання мистецтва. Споглядання ми розуміємо як особливе, вільне й непрагматичне сприймання, що не спрямоване на пошуки "корисних, сильних" сторін об'єкта (за С. Л. Рубінштейном).

Ще один аспект вивчення індивідуальності переживання мистецтва пов'язаний з методичною процедурою отримання своєрідного висловлення переживання в ситуації хвацькості. Ідея полягає в екстеріоризації психологічного продукту – результату сприймання у формах іншого виду мистецтва. Цей процес, з одного боку, стимулює

переживання, а з іншого – полегшує їх вираження, обминаючи монологічну вербалізацію. Є в згаданому підході ще один, більш змістовний пласт аналізу, який ми не можемо розглянути в нашій статті, – ця процедура реально стає для людини в позицію творця і специфічно поєднує в ній споглядання і естетичну активність. Така позиція притаманна професіоналам-інтерпретаторам (режисер, диригент, балетмейстер, музикант-виконавець, перекладач художніх текстів тощо). Ми просили досліджуваних (учнів 10 класу) прочитати невеличкий твір (це було оповідання О. Гріна "Аквапель"), а потім придумати, який би вони поставили кінофільм за цим оповіданням. Так ми намагалися створити позицію автора, тобто необхідно було створити продукт – результат сприймання – і продемонструвати його переживання. Дослід довів існування описаного нами механізму переживання твору мистецтва. Він показав також, що це переживання відоме всім без винятку учням, хоча й має індивідуальні відмінності.

Зрозуміло, що наше праця має, так би мовити, постановочно-пошуковий характер, її треба розглядати як наше переживання проблеми більшою мірою, ніж наукову інтерпретацію. Ми не аналізуємо тут якісні відмінності індивідуальних переживань твору мистецтва, адже на даному етапі це не могло бути частиною завдання нашого дослідження.

Але головне можна вважати доведеним: якщо відійти від заданих абстрактних теорій-схем та від епітетів, від яких "перехоплює дух" ("ох, це і є справжнє (f) художнє переживання"), і повернутися до особистості, зібрати емпіричні (тобто науково достовірні, перевірені) факти, можна набагато результативніше вивчити загадковий феномен естетичного компонента нашої свідомості.

Адже у всіх нас виникають переживання в результаті сприймання мистецтва, і це однозначно означає, що вони – естетичні. Далі йде – питання про їхній зміст і можливості дослідження, що, як ми намагалися показати, є проблемою, яка може бути вирішена.

### Джерела активності особистості

Важливою складовою внутрішнього світу є інтенції, в широкому значенні цього терміну. Все, що об'єднується під поняттям рушійних сил, джерел активності, джерел розвитку, в науці називається мотивами, потребами, схильностями, інстинктами. Ця складова психіки, складова особистості, безумовно, повинна розглядатися як компонент внутрішнього світу. У психологічній науці існує багато підходів до розгляду даного явища. Мабуть, буде правильним сказати, що психологія особистості і взагалі сучасна психологія – це майже на 90 % психологія мотивації. Кожна теорія особистості розглядає мотиви як один з найголовніших компонентів. Потрібно відзначити, що в різних теоріях вони розглядаються настільки різноманірно, що серед них неможливо встановити майже ніякої кореляції. В принципі, це закономірний процес, не можна сказати, що це погано. Щось подібне було з біологією, коли в середні віки йшла епоха завоювання нових земель, епоха відкриттів. Було зібрано величезний матеріал про рослини і тварин. І вчені не знали, як з ними бути. Так виникла задача систематизації. Через дослідження Лансея і Ламарка виникла теорія Дарвіна і люди щось почали розуміти про біологію. В контексті нашого підходу до розуміння особи ми також можемо висловити свої погляди на інтенції, на мотиваційно-потребову сферу особистості як компонент саме внутрішнього світу. Але спочатку пояснимо, чому ми відносимо це саме до внутрішнього світу особистості, хоча традиційно у вітчизняній психології це відноситься до спрямованості. Ми вважаємо, що це помилка, тому що, кажучи про спрямованість, ми говоримо про свідомо поставлені далекі цілі, сенси і цінності особистості, і це, звичайно, має відношення до потребної сфери, але як і до всієї іншої сфери, не більше. Між потребою і



метою, між потребою і мотивом, між потребою і цінністю є величезна відстань. Ми не можемо говорити про те, що в систему спрямованості ми повинні включати інстинкти, схильності, прагнення, потреби і так далі. Тому ми вважаємо, що це є внутрішній світ. З другого боку, звичайно ж, якщо ми говоримо про переживання як про конституююче явище внутрішнього світу, то перш за все людиною переживається саме інтенція.

Початковим компонентом мотиваційно-потребової, інтенціональної сфери особистості є постійний, стабільний, динамічний, енергетичний стан, який ми називаємо потребою. Це є деякий носій, енергетично емний, деяка сила, яка забезпечує рух, існування живої істоти взагалі, і робить його впорядкованим, передбаченим і нескінченно існуючим, тим, що розвивається. Тобто фактично її розвиток, її зростання закінчується тільки тоді, коли фізичне тіло не може вже далі існувати. Але цей носій, ця потреба існують завжди.

Ми вважаємо, що це дуже близько до розуміння ортогенезу, яке існує в сучасній біології і яке означає в принципі що розвиток будь-якої живої істоти є завжди спрямованим. В дослідженнях учених початку ХХ – кінця ХІХ століття, біологів-еволюціоністів, була встановлена дуже цікава рН, яка суперечить, в принципі, дарвінівському закону. Справа полягає в тому, що насправді еволюція живого не є випадковою. Вона є направленою. Причому цікаво, що тут не йдеться ні про яку геологію і надприродність. Була знайдена абсолютно емпірична спрямованість. При всьому тому, що по всіх системах організму є випадковість – і в морфології, і у фізіології, і у внутрішній структурі, і у всьому іншому, – є одна система, в якій випадковості немає. Це – система нервова. Вся еволюція живого на планеті спрямована у бік ускладнення і розвитку нервової системи. Це однозначний, абсолютно чіткий показник і вектор існування життя на Землі. Ось це і є ортогенез. Тобто він означає спрямованість розвитку, і він означає ускладнення розвитку. Фактично теорія ортогенезу не особливо приймається в сучасній біології і взагалі не розглядається в сучасній психології. Проте ми вважаємо, що факти показують, що її потрібно обов'язково враховувати. І ось у зв'язку з цим ми маємо дуже цікаве явище розвитку особистості. Ми бачимо, що форма співіснування біологічного і соціального є в людині завжди, прямо починаючи не від її народження, а з зародження як живої істоти, проходить через все її життя, її смерть і переходить у щось інше. Ця форма зв'язку змінюється. Вона одна під час розмноження при злитті двох клітин людей, які обов'язково несуть на собі якісь соціальні впливи, соціальні особливості цих людей, вона абсолютно інша тоді, коли організм розвивається усередині матері, але знову-таки це обов'язково біосоціальні зв'язки. Тому що ми знаємо, що плід дуже рано починає чути, плід дуже рано починає сприймати. Тому що всі системи організму, які пов'язані з матір'ю, є подібними системами, в значить, в осяжному майбутньому вони все одно походять від біосоціальних істот. Тобто виходить, що особа, у принципі, нескінченна в тому плані, що вона завжди включена в процес єдності біологічного і соціального. Тому, на відміну від Фрейда, який вважав, що початковим, інтенціональним елементом людини є чисто біологічне, чисто біологічні потреби, ми вважаємо, що чисто біологічних потреб у людини взагалі немає і ніколи не було, і не може бути. Рч у тому, що відпочатково це не є біологічна сила. І тоді ми дійсно можемо бути солідарні з Фрейдом. Маслоу говорить, полегшуючи з Фрейдом, що інстинктивні, біологічні потреби у людини дійсно існують, але вони, на погляд Маслоу, настільки слабкі, що на відміну від усієї решти тварин вони не допоможуть людині вижити, і вона вимушена дуже швидко набувати якісь інші інтенції, які виникають через поєднання біологічного з соціальним оточенням. Спроба А. Маслоу здається дуже цікавою, але вона дещо механістична в плані спростування точки зору Фрейда. Все набагато глибше. Дійсно, початкова інтенціональна сила (і тут ми

відносимося до першої групи теорій із Олпортом) – це потреба як енергетичний носій. Потреба – це просто прагнення жити, прагнення існувати. Але, на відміну від Фрейда, ми вважаємо, що це прагнення не є чисто біологічним, воно є саме біосоціальним, тому що воно є прагненням біосоціальної істоти. І передано воно цієї істоті соціальними істотами, а не біологічними. Це принципово змінює справу. Виходячи з цього, вся подальша теоретична концепція Фрейда повинна зазнати серйозних змін, тому що вона асе виявляється невірною і односторонньою. І тоді дійсно зрозуміло, чому ця теорія в теорію невротичної особи. Тому що, дійсно, можливо, у такої особистості, хоча ми нічого не знаємо про таких особистостей, і є чисто біологічні потреби.

Інтенціональна сфера будується у людини таким чином. Це деяка тяга, яка існує відразу. Вона передається в запліднену клітину від двох клітин батьків. Разом із структурою передається функція, передається прагнення. І вона-то викликає розвиток. І вона існує у людини завжди. Вона ніколи не опредмечується вся. І це дуже цікава закономірність. Д. С. Віготський свого часу був дуже близький до такої точки зору. Описуючи підлітковий вік, він запропонував дуже цікаву схему: що на єдиному носії, інтенціональному, у людини виникають як би незалповнені осередки. І ось коли цей носій, який викликає активність, в цій активності існує, дитина зустрічається з тим предметом або явищем, яке може частково задовольнити цю тягу, яка викликана цим носієм, то в цьому осередку виникає потреба. Так виникає, наприклад, потреба в їжі, потреба у враженнях, потреба в іншій людині. Ми ще вже говорили про те, як Лісіна знайшла, що, звісно, немає початкової потреби в спілкуванні у дитини, вона зводить цю потребу знову-таки тільки до біології. І доросла людина стає на шляху задоволення цієї потреби. Потреба в дорослому виникає тільки на восьмий – десятій тиждень життя дитини саме як потреба в дорослому, тому що він просто весь час стоїть поряд. Таким чином, ось ці осередки весь час розгалужуються. Виникають все нові і нові потреби, і вони, на відміну від загальної потреби, вже конкретні і конкретні. Але конкретика ця виникає тільки тоді, коли початкова потреба зустрічається з тим, що її частково задовольняє. Саме частково, тому що вся вона опредмечується тільки один раз, у зрілої людини при зустрічі з подібною їй зрілою людиною, і тоді вся біосоціальна потреба їх опредмечується один на одному. І результатом цього опредмечення є продукт, і продуктом цим є нова жвава істота – дитина. Отже, ми вважаємо, що вся в цілому потреба у людини опредмечується тільки один раз в житті. Ну, в принципі, не один раз, – якщо багато дітей, значить, кілька разів. Але обов'язково повинна бути любов. Тобто, це повинно бути ціннісне і цілісне відношення до іншої істоти. У всій решті випадків цей носій ніколи не задовольняється весь в цілому. Він задовольняється частково, залишаючись енергетичним весь час. І тут потреба виникає саме так. Вона може виникати і по-іншому. Вона може виникати, наприклад, коли тяга якоїсь визначеної, спрямованої немає, але перед людиною може просто виникнути образ або предмет, якого вона захотіла.

Зустріч з потребою може відбутися не зсередини, коли йде як би пошукова активність, коли зустрічаєшся з об'єктом, і тоді народжується потреба, а може бути в спокійному стані, коли такої пошукової активності немає, але раптом виникає об'єкт, і людина розуміє, що вона хоче цей об'єкт. І тоді виникає потреба. Так, напевно, виникає у дитини потреба в іграшці. Це зовсім не потреба в спілкуванні. Потреба у спілкуванні виникає закономірно зсередини. А ось потреба в іграшці цілком може виникати зовні. Так у дорослої людини виникає маса решти інших потреб, коли, грубо кажучи, у мого сусіда є те, чого у мене немає, і мені цього теж захотілося. Але це знову-таки осередок. Потреба завжди має, і знову посилаємося на Віготського, який дійсно дуже близько підійшов до такого трактування життя, зіткнення з соціальною системою, знаковою системою, коли

відбувається фактично подвоєння психічного світу особистості, і тоді ми говоримо про самосвідомість.

У цілому ми виходимо на таке розуміння інтенції: інтенція починає переживатися, коли виникає потреба. Тобто ось цей осередок заповнюється, і тоді виникає переживання. Ми не можемо говорити про потреби неусвідомлені, безумовно, не можемо, і так само не можемо говорити і про мотиви неусвідомлені. Нам здається, що все це пов'язано в літературі просто з багатозначністю підходів. Але якщо взяти чіткий, строгий генетичний, ортогенетичний критерій, то можна говорити про те, що потреба переживалася б завжди. А значить, вона усвідомлена. А це значить, що взагалі-то кажучи, ми стоїмо перед тим, що питання про виникнення свідомості не повинно ставитися в коректному психологічному дослідженні. Вона, безумовно, не виникає. Це точно. Як і вся особистість. Вона не виникає з неособистості, так само як живе тіло не виникає з неживого, так само точно, як свідомість не виникає з несвідомого. Існує деякий постійний процес, просто міняється форма представленості цих явищ.

### Характер

Характер – це певні стабільні форми поведінки і емоційного реагування даної людини, які виявляються існують перш за все в її спілкуванні, соціальних зв'язках з іншими особистостями, і є настільки специфічними, оригінальними і різноманітними, що їх сукупність є своєрідним цілісним "малюнком" – неповторним малюнком особистості. І недаремно в перекладі із давньогрецької характер означає слово "чекан", тобто певний оригінальний відбиток даної конкретної істоти. Отже, говорячи про характер, ми відзначаємо ті стабільні, неповторні, унікальні зв'язки і відносини, які кристалізуються в цій людині в риси. Дуже багато дослідників розглядали структуру особистості як набір рис – (Олпорт, Р. Кеттел, Г. Айзенк і багато інших). Так, це важливо і дійсно істотно, але що ж лежить за рисою? За нею лежить вся структура особистості. Коли, наприклад, говориться про певну рису, є дійсність йдеться про спосіб поведінки, спосіб взаємодій людини з оточуючими. В культурі це набуває назви, слова. Рису – це визначений образ дії, який характеризує спосіб взаємовідносин з іншими людьми. За нею лежить спрямованість, біологічне підґрунтя особистості, яке виражається в ній; досвід, який є дуже важливим в даному випадку; і нарешті, сфера здібностей. І, звичайно, за нею лежить внутрішній світ і внутрішнє переживання: яким я бачу цей світ, якими я бачу інших людей? Чи може, скажімо, доброта як риса характеру, народитися при недостатньому сприйнятті інших осіб, інших людей? Це дуже проблематично. Отже, риса – дійсно дуже важлива і істотна якість людини. Це стабільна якість, сталий спосіб спілкування і взаємодії. Вона в собі кристалізує всю особистість, є виявленням її як цілісності. І саме тому, що унікальною є особистість, ми маємо різноманітні риси, неповторні риси характеру. Але, зазначаючи, що в характері виражаються минулі взаємовідносини людини, минулі зв'язки, ми говоримо тільки про певну правду: слід розглядати характер не стільки з погляду минулого, скільки з перспективного майбутнього. Сене у тому, щоб виокремити ті риси, які оприяють подальшому руху людини, її новим цілям та шляхам їх досягнення. Характер слід розглядати з точки зору майбутнього, а не минулого, тому що риси – це прогноз, адже вони спійкі, і завдяки цьому роблять поведінку передбачуваною і очікуваною. Риси характеру і формуються, виходячи з майбутнього, адже не лише наявна система взаємовідносинів формує рису, її формує і те, до чого прагне людина. Є і третя сторона: риса характеру сама є мотивантом. Тобто я поведку себе так, щоб це відповідало моїм рисам характеру. Якщо я чесна людина (тобто, маю відповідну рису), я вчиняю чесно, відчуваю бажання

вчиняти саме так, і тоді мені гарно і комфортно. Ми всі з життя знаємо: якщо вчиняємо наспереч своїй рисі – відчуваємо дуже серйозний внутрішній дискомфорт. Це відбувається тому, що фруструється мотив, адже риса мотивує поведінку. І тут ми маємо ще одну глибинну, зв'язку всіх підструктур. Виявляється, якщо замислитися, всі вони пов'язані одна з одною функціонально. Отже, риса – це і спосіб поведінки, і мотив. Дуже часто риса – це й здібність, адже якщо говориться, наприклад, про працездатність, старанність, напруженість (схильність до напруженої праці), йдеться саме про рису, але водночас йдеться і про здібність. Загалом, ми дуже часто приходимо до цих поєднань: розумна людина – це характерологічна ознака, але, з іншого боку, це і здібність, а з третього – це ще й процес. Тут дуже гарно видно, що насправді наші терміни і назви – це дійсно концепти, і вони настільки багатозначні, що все залежить від точки відліку. Досвідчена людина – це риса характеру, але це і здібність. Зв'язок підструктур дуже важливий, і він гарно показує, що насправді вони пов'язані не тільки між собою, але і з цілісною особистістю як такою. Генетичну психологію цікавить, перш за все, виникнення і розвиток характеру. Звичайно, виникнення характеру пов'язано з біологічною підструктурою. Від того, яка нервова система, які темпераментальні особливості людини, дуже часто залежить, які риси характеру сформуються у неї. Це загалом-то безперечно. Але питання в іншому: як виникає риса? Є ідея, яка полягає ось в чому: риса виникає як спосіб досягнення мети. Що це означає? Є мета, і є способи її досягнення, і способів, як правило, декілька. Наприклад, мета студента полягає в отриманні позитивної оцінки на іспиті. Які шляхи досягнення цієї мети? Один студент сідає, сумлінно і ретельно вивчає все, що вимагає викладач, що потрібно, що є в літературі і в питаннях до іспиту. Він готується і, власне, йде до цієї мети. Мета замищається та ж, але ми беремо іншого студента, який вирішує, що можна піти іншим шляхом: звернутися до авторитетного родича або знайомого і спробувати "вийти" на цього викладача таким чином, що йому будуть пом'якшені вимоги, і мета знову-таки буде досягнута. Тобто, шлях руху до цієї мети інший. Третій студент вирішує, що просто можна заплатити, і не потрібно нікого шукати, і досягає тієї ж таки мети. Четвертий вирішує по-іншому, він може поманіпулювати, може прикинутись дуже хворим, або, навпаки, дуже "розумним", дуже цікавитися, переживати за викладача, за його предмет і так далі. Тобто, ми можемо помітити декілька шляхів досягнення однієї і тієї ж мети. Питання в тому, який шлях вибирає дана конкретна людина, – це і є її риса. Адже вона вже доросла людина, і риси характеру у неї вже склалися. Вона вибере той шлях, який буде для неї комфортним. Може бути вибраний і інший, але тоді це буде для людини пов'язано з дискомфортом. "Свій" шлях формується в дитинстві, коли у дитини ще немає стійких рис характеру, що склалися. Наприклад, дитині хочеться іграшку – можна попросити маму, але вона не чує; потім можна далі просити маму, а можна попросити бабусю, або можна покаризувати – і раптом вийшло: мета досягнута. Оце і є шлях, а потім ми цей шлях назвемо принциповістю, відвертістю, хитрістю або ще якимось терміном. І далі формується стабільний шлях поведінки. Зрозуміло, що цей шлях залежить і від нервової системи, і від оточення, і від інтелекту, і від інших властивостей: від переживання цієї людини, та й усього досвіду теж. І тоді констатується: так закладено, хоча це, безумовно, лише потенція: потрібна дія, успіх і закріплення комфортного переживання. В усякому разі, формування риси йде як формування способу реалізації мети. А цілі завжди є у людини, тому що вони пов'язані з потребами. І важливі саме цілі, а не потреби, тобто те, що сама людина собі намагає. Таким чином, виявляється зв'язок характеру з цілепокладанням і свідомістю взагалі.

Важливим є питання про рівень розвитку рис, і тут мова йде про акцентуації і психопатії і як про певні відхилення, і як про рівень вираженості рис. Цей матеріал широко представлений в літературі. Важливе для нас те, що тут дуже гарно видно зв'язок з цілісною особистістю. Адже якщо, наприклад, мати на увазі таку акцентуацію, як демонстративність (истероїдність), її наявність означає, що людина обов'язково хоче стати центром уваги, вона начебто підкидається увагою інших і не може ігнорувати по-іншому. Цим людям притаманне дуже міцне витіснення, вони часто не пам'ятають невдач, вірять собі, коли захворюють, і за це вірять й інші люди, і все це робиться для того, щоб привернути увагу, але це означає, що демонстративність – не лише характерологічна риса, тут як в крапельній воді виражається вся особистість: це і особливий план переживань, своєрідна система сприйняття світу в цілому, специфічна ієрархія цінностей; це і досвід, який відкриває людині, чи потрібно рухатися вперед. Тут концентрується вся особистість, і в акцентуації, у психопатії як ми знову починаємо бачити цілісність прояву людської природи.

Проблеми вивчення характеру в психології пов'язані передусім з невизначеністю предмета дослідження. З одного боку, традиційно в дослідженнях ототожнюються риси характеру людини з властивостями й темпераменту. Особливо ця традиція стійка в клінічній психології: Е. Кречмер, У. Шелдон, К. Леонгард, М. П. Ганнушкін, К.-Г. Юнг вивчали, фактично, конгломерат темпераментальних і характерологічних властивостей, називаючи все це одним терміном "характер". З іншого боку, інша традиція полягає в намаганні ототожити риси характеру і риси особистості. Г. Олпорт, наприклад, взагалі вважав поняття "характер" не таким уже й важливим для аналізу особистості: "... психологічний факт полягає в тому, що якості людини – це просто те, що в неї є. З цієї причини і у відповідності з нашим власним визначенням ми віддаємо перевагу такому розумінню, що характер слід тлумачити як оцінену особистість, а особистість, якщо хочете, як несцінений характер". Мова, таким чином, ведеться про характер як соціальну оцінку поведінки (особистості в цілому) з боку інших людей. Фактично, явище характеру в такій постановці виводиться за межі психології. Обидві крайні позиції можуть бути легко пояснені практичними завданнями (у випадку клінічної психології) і теоретичними поглядами авторів (в об'єктивних випадках). Але чи означає це, що поняття характеру "залишає" і дійсно не має адекватного психологічного предмета? Нам так не здається. Свого часу Л. С. Виготський зазначав, що застиглість досліджень характеру зумовлена виключно статичним підходом, в межах якого залишається, дійсно, займатися виключно класифікацією характерів та сперечатися з приводу того, чим, власне, є риса – частиною характеру чи конструктом особистості. Прислухаємося до логіки Виготського. Вивчення характеру шляхом спостереження і опису окремих рис, властивостей і проявів, за Виготським, необхідним, але початковим і недостатнім етапом дослідження. Тому що таким шляхом не можна зрозуміти головного – психологічної сутності явища. Залишається порівняння і класифікація. Виготський, однак, пише: "Даремно характерологія від Гіппократа до Кречмера біється над класифікацією як над основною проблемою характеру. Класифікація лише тоді може бути науково зумовленою і плідною, коли вона ґрунтується на істинній ознаці явища, що розподіляються по різних класах, тобто коли вона відпочатково передбачає знання сутності явища... Але "сутність речей" є діалектичною реччю, і вона відкривається в динаміці, в процесі руху, змін, становлення і знищення, у вивченні генези і розвитку".

Для того, щоб зрозуміти особливості характеру мученика, який з радістю йде на смерть, тим відстоюючи свої ідеали, себе самого, треба, говорить Виготський, встановити, як, за яких умов виник цей характер, що примушує мученика радіти, яка, власне, історія цієї радості.

"Статично характер дорівнює сумі відомих основних ознак особистості і поведінки, і він є поперечний розріз особистості, її незмінний статус, її наявний стан". Перед нами – ідеальна абстрактно-схоластична модель "зупиненої" особистості. В ній долається непорозуміння: характер є сумою (тобто тим, що об'єднує) властивостей і станів особистості. Звісно, така модель є схемою, об'єкт якої (тобто, те, що вона зображає, "схематизує") в такому вигляді не існує ("зупинена" особистість, в дійсності, є мертва тільо, і, зрозуміло, що ніякого характеру коно вже не має). Але, разом з тим, ця схема дозволяє зрозуміти децю дуже важливе: характер – це єдине психічне явище, яке ми можемо спостерігати безпосередньо, як поведінковий вияв суми особистісних рис. Єдине, що слід додати, – це не випадкова, а типова, притаманна "характерно" поведінка людини. Рису характеру, на відміну від риси особистості, ми можемо бачити, але їй утворення кардинально різні, незважаючи на те, що можуть називатися одним терміном. Риси особистості має ціннісно-смислову природу (але не безпосередньо-мотиваційну) і повинна розглядатися як готовність людини зчиняти відповідно. В цьому сенсі, безумовно, правий Ісхуа М. Булгаков в його твердженні, що кожна людина – добра людина. Риси ж характеру є реальний спосіб вирішення життєвих, перш за все – діяльнісних і комунікативних ситуацій даною конкретною людиною. Існування доброти як риси характеру означає, що вказана вище готовність пройшла довгий шлях, "вступаючи" в різнні взаємини з іншими численними властивостями особистості (у тому числі і з біологічними, темпераментальними тенденціями), "зустрівшись" неодноразово з різними і неоднозначними реакціями зовнішнього середовища (перодусім – соціального), утворила-таки складну і стійку міжфункціональну систему, яка визначає такий спосіб дій і взаємодій, за яким іншій людині ніколи не завдається шкоди. Це – складно і не так уже й високовірогідно. І в цьому сенсі (повернемося до М. Булгакова) більш правим був візаві Ісхуа – Понтій Пилат). Виявляється, співрозмовники говорили про різні психічні явища! Риси характеру виявляється пов'язаною (і залежною) з набагато більшою кількістю факторів і чинників, тож у певній логіці саме її існування є проблематичним. Навіть термін "риса характеру" є досить невизначеним, або ж і зовсім невідповідним і некоректним. Принаймні, ми говоримо: "добра людина", "зла людина", а не "добрий характер", і т. ін. З іншого боку, вживаються вирази "гарний" або "поганий" характер. Нам здається, що це не випадково. "Риси" характеру ("доброта") кристалізує в собі не лише всю особистість в її дисній складності, а й увесь характер, всі інші, так би мовити, "риси". І саме тому ми говоримо про доброту як про всеохоплюючу якість ("добра людина").

З іншого боку, чи завжди визначення "добра людина" і "гарний характер" є синонімами в плані оцінювання, тобто, чи означає це, що добра людина завжди має гарний характер? Ні, не означає. Це – як домінанта і, водночас, обмеження: в найбільш суттєвих, ціннісних і важливих для себе ситуаціях, в тих, які вона свідомо контролює, і взагалі, "за великим рахунком", дана людина не дозволить, щоб її дії завдали будь-якої шкоди іншим. Ось що це означає. Але, водночас, ця людина може бути занадто пристрасною, принциповою, самопевною і т. д. – і це все не дозволить сказати, що характер її, в цілому, гарний.

Як бачимо, залишається багато незрозумілого, і кількість питань у читача зростає – і саме цього ми й прагнули. Справа в тому, що статична модель є обмеженою, і вона не дозволяє зрозуміти реальний характер у реальному житті. Треба, повернімося знову до Віготського, "зрозуміти характер динамічно – тобто перекласти його на мову

цільових настановлень у соціальному середовищі, зрозуміти його у боротьбі за подолання перешкод, у необхідності його виникнення і розгортання, у внутрішній логіці його розвитку».

Характер не просто виникає – він створюється самою людиною, і в цьому сенсі характер є тим явищем, яке найбільш пов'язано як з дією нужди, так і, з іншого боку, з вищими психічними функціями. Фройд надавав у своїй теорії великого значення характеру, вважаючи його системою успадкованих диспозицій. Фактично, характер для Фройда повністю визначається біологічним – це була жорстка прив'язаність до минулого: характер людини, як каторжанця до ланцюгів, прив'язаний до її минулого. Ніхто, насправді, не може відкидати вплив, який мають на характер біосоціальні вроджені диспозиції людини – це було б необережно та й просто неправильно. Але сама сутність появи характеру пов'язана, насправді, з намаганням людини позбутися цих "тортур" минулого, оволодіти ними!

Нужда спричиняє рух особистості – рух до світу, до того, щоб стати кимось у цьому світі, тобто – до зайняття певної позиції. З часом цей рух і його напрям буде усвідомлений людиною, але вже до цього характер, в основному, буде сформованим. Як це пояснити? Нужда не є силою неспрямованою, навпаки, вона завжди (на перших етапах – поза свідомістю самої людини) спрямовує її у дуже чітко визначеному напрямі – до зустрічі і взаємодії. Зустріч породжує потребу, а трохи згодом – свідоме цілепокладання, а взаємодія є засобом. Причому, ми маємо на увазі взаємодію у широкому сенсі – не лише з людиною, а й з будь-якою істотою, предметом чи явищем. Взаємодія дозволяє утримати і досягти потребу, але далеко не лише це. Вона (взаємодія) виступає "чарівним" механізмом, так би мовити, "зворотної дії" – дозволяє оволодіти (іноді – подолати) власними безпосередньо-природними властивостями, потягами, диспозиціями. Б. М. Теплов свого часу сказав, що виникнення характеру – це оволодіння людиною власними темпераментальними властивостями і диспозиціями. Взаємодія є процесом, в якому бере участь вся особистість як цілісність, якою б частковою і дискретною не здавалася нам ця операція. Звідси – і характер як цілісність.

Отже, у взаємодії, спричиненій нуждою, формуються способи дій, тобто формується характер. Чому ми говоримо, що характер створює сама людина? Тому що взаємодія передбачає обов'язковим компонентом дію цієї людини, а дія є такою активністю, яка спонукається власною метою. Цілепокладання виявляється процесом, що виникає набагато раніше в онтогенезі, ніж це прийнято вважати. Згадаймо хоча б вказаний жест як невідале халання. Останнє є не що інше, як дія, а отже – викликалося воно метою: якби халання вдалося – це була б одна взаємодія і в ній сформувалися б відповідні засоби. Якщо воно не вдалося – маємо незавершену дію і появу нового "фігуранта" – соціального дорослого, що задовольняє потребу, а мету руйнує, натомість формує нові способи взаємодії і, водночас, роблячи їх самосвідомими, спонукає постановку дитиною нової мети, вже – не взаємодію з собою, і ця взаємодія є, фактично, створенням нової природи дитини. Сяксерідно з цього приводу висловився Л. С. Віготський: "Взаємодія з дорослим веде нас від успадкованої природи до нової, "набутої" природи людини, або, застосовуючи старий вислів – від старого Адама веде людину до нового Адама". "Але характер, – продовжує Віготський, – це й є певний Адам, нова друга природа людини".

Слід зазначити, що описані явища притаманні лише раннім стадіям онтогенезу – лише тут відчувається певна неупорядкованість рив. Однак дуже швидко виникає

центральна і єдина головна лінія особистості – "Лейтлінія життя" (Л. С. Виготський), спрямована на соціальне особистісне зростання і формування соціальної позиції. Риси, способи дій упорядковуються і грубуються навколо цієї лінії і, власне, характером є не будь-які взагалі поведінкові прояви, а лише – стійкі і такі, що тісно переплетені з цією лінією. Саме в цьому сенсі ми говоримо, що характер визначається не минулим, а майбутнім в житті особистості. Таким шляхом характер набуває впорядкованості і структурної оформленості. Тут були солідарні, незалежно один від одного, Л. С. Виготський і С. Л. Рубінштейн.

Л. С. Виготський пише: "Характер є соціальним чеканом особистості. Він є відкрystalізованою типовою поведінкою особистості в боротьбі за соціальну позицію. Він є відкладанням основної лінії, лейтлінії життя, життєвого плану, єдиного життєвого напрямку всіх психічних актів і функцій". С. Л. Рубінштейн зауважує: "Риси характеру – це ті суттєві властивості людини, з яких у певній визначеній логіці і внутрішній послідовності витікає одна лінія поведінки, одні вчинки... Визначеність, яка складає сутність характеру, може створитися у людини по відношенню до того, що їй не байдуже". Але з цього виходить, що саме наявність характеру означає, що у даної людини є щось у світі, що їй не байдуже, до чого вона ставиться пристрасно. І так ми починаємо розуміти зв'язок характеру із спрямованістю. Спрямованість структурує характер і виникає міцне зрощення, яке і визначає цілісність. Життєвий шлях кожної особистості це, фактично, реалізація її спрямованості на майбутнє завдяки індивідуально специфічним способам дій і взаємостосунків (характер). Таке бачення дає змогу оцінити значення переходу на життєвому шляху людини: подолання перешкоди означає зміцнення сплаву характеру і спрямованості і, з іншого боку, урівноваженість способів дій, тобто – появу нових рис, але в межах даного комплексу "спрямованість – характер".

Тепер ми можемо зрозуміти радість мученика, що йде на страту, відстоюючи свої ідеали і цінності. Його характер формувалася в єдності зі спрямованістю, долаючи масу перешкод, і кожного разу подолання приносило радість перемоги і радість відчуття своєї правоти. Це – динаміка життя. І ситуація страти розцінюється даною людиною як подолання ще однієї перешкоди. І вона вже знає, що подолав її, – від цього радість. Так сформувався цей характер. Ми зрозуміли психологічний механізм, але, водночас, він виводить нас в інші, вищі етичні сфери: саме тут ми бачимо кардинальну відмінність характеру і особистості. Ісус Христос і терорист-самогубець на кінцевому етапі свого життя діють за абсолютною однаковим психологічним механізмом – збереження своєї цілісності, своїх цінностей і ідеалів ціною втрати власного життя. Ми не зможемо зрозуміти принципової відмінності їхньої поведінки, якщо виходити виключно з даного кінцевого моменту і виключно з характеру. Не слід забувати, що цей вчинок – кінцева ланка їхнього життя, і зрозуміти її можна, лише аналізуючи весь рух.

Виникає ряд гострих питань: як особистісник, так і суто характерологісник. Ми можемо відповісти на ці питання, використавши цікаве поняття "ключового переживання" (Е. Кречмер, Л. С. Виготський, Л. І. Божович), яке, за словами Виготського, як ключ до замка підходить до характеру особистості. Поступове створення в онтогенезі комплексу "спрямованість – характер" призводить, крім всього іншого, до диференціації внутрішнього світу особистості. В ньому виокремлюються особливі переживання, що виникають у зв'язку з подіями, які найбільш і найбільш безпосередньо пов'язані із смислами і цінностями (спрямованість). Вони, водночас, виявляються релевантними



характеру (якщо, скажемо, доля моїх дітей є дійсним сенсом і реальною, а не лише декларованою, цінністю мого життя, мій характер обов'язково буде структуруватися навколо цієї цінності, і тоді все, що стосується якоюсь мірою їхньої долі, буде переживатися мною глибоко і гостро, буквально впливаючи на характерологічну структуру. З іншого боку, мої власні цілі і значинки будуть обов'язково розглядатися, аналізуватися і переживатися мною в контексті цієї цінності. Активізація ключового переживання (власне, його викликання) є подією життя особистості, яка примушує вчинити щільно, відповідно до своєї дійсної сутності.

Таким чином, формування ключового переживання є своєрідним відображенням у внутрішньому світі людини генези її характеру і спрямованості. З цієї точки зору, Ісус є символом відкритості до проблем всіх людей і стурбованості божньою долею, їх духовним станом. Те, що стосується даних сфер, викликає в ньому ключове переживання – глибоке, смислове, "справжнє". Це виявляється наступки важливим, що свою смерть Він розглядає як останній засіб повернути людей до добра і духовності. Звернемо увагу: насправді Він приймає смерть не заради відстоювання власних ідеалів, а заради інших людей, і це – принципово.

Зовсім іншу генезу ми спостерігаємо у терориста-самогубця: відпочатково він розділяє всіх людей на гарних "ми" і поганих "вони". Його ідеали полягають у тому, що "вони" (вороги) перешкоджають ідеальному (в його розумінні) існуванню. Отже, "вони" повинні зникнути, нехай і разом з моїм життям – задля подальшого існування ідеалу. Це закритість і депривованість, що стала характером, пов'язаним з вузькою спрямованістю.

Наведені приклади є суттєвими ще з однієї точки зору – вони прояснюють дійсний зв'язок характеру з волею людини. Близькість цих явищ зафіксована у мові – вирази "вольова людина" і "людина з характером" є синонімічними. Але волю не можна отождествити з характером, що чітко підкреслював С. Л. Рубінштейн. Воля виступає фактором, що зумовлює важливу, але лише одну якість характеру – його твердість (сила, рішучість, наполегливість). Але, вірно зауважує Рубінштейн, характер не вичерпується цією якістю – він "має власний зміст, що спрямовує цю силу". Іншими словами, відношення волі і характеру – складні і зворотні: воля визначає ступінь твердості, сили характеру, а останній, у свою чергу, визначає, як, де і з якою метою буде виявлятися воля. І отже – воля не входить до складу характеру.

Характер людини, як окрема і своєрідна психічна якість має такі основні властивості – сила, твердість, зміст, складність, гармонійність. Всі ці властивості є поперечними, тобто передбачають наявність власної протилежності (сила – слабкість, твердість – м'якість і т. д.). Сила характеру визначається як енергетична якість – енергія досягнення мети, здатність людини розвивати значні напруження при цьому, а також при подоланні перешкод. Важливою ознакою даної якості є те, що вона – індикатор здатності людини відстоювати, зберігати себе як особистість. Сила характеру найбільше з усіх його властивостей пов'язана із спрямованістю особистості. Вона розглядається зазвичай як суто позитивна якість, але ми б хотіли зауважити також: в деяких випадках характер набуває такої сили, що придушує особистість, людина стає залежною від свого характеру і... неадекватною: такими й є акцентуації і особливо психопаті-хворобливі стани, які, фактично, є виявом того, що характер "перемагає" особистість, він стає для людини самостійним і надійним, людина відсторонюється від світу, стає неадекватною. Параноя може розглядатися як гострий приклад надильного характеру: надійна ідея, породжена людиною, "погортає" на недильний характер, це

вирішті-решт ватуляє людині весь світ і можливість ефективно існувати в ньому. Те, що ця хвороба пов'язана саме з характером, видно з наступного: хвороблива ідея виявляється настільки пов'язаною зі способами взаємодії людини, що будь-яка спроба довести, показати, що вона помиляється, робить протилежне – людина чекає від взаємодії підтвердження (а не спростування ідеї), тому ще активніше шукає і... знаходить потрібні їй аргументи.

Твердість характеру найбільше пов'язана з вольовою сферою особистості і означає жорстку послідовність та впертість у досягненні мети, акцентоване відстоювання власних поглядів. Ми схильні розглядати дві модифікації даної властивості – "твердість-крихкість" і "твердість-гнучкість". Рієниця між ними принципова і зумовлена ефективністю зв'язку характеру з особистістю в цілому (а не лише з вольовою сферою). Перша модифікація відрізняється ригідністю: при зустрічі з перешкодою, яку не вдається подолати одразу, людина може продовжувати спроби аж до певного виснаження і кризи характеру ("злам"). Важкі дезадаптаційні переживання такої людини підсилюються високою самооцінкою, адже вона зникла до самої "твердості", яка, до того ж, є соціально позитивною якістю. Друга модифікація ("гнучкість") передбачає тісний взаємозв'язок з інтелектуальними процесами і ціннісно-смісловною сферою. Людина виявляється здатною на достойний компроміс і ситуацію фрустрованості розглядає не як суто характерологічну, а як особистісну (яскраві історичні приклади-антиподи – Дж. Бруно і Галілей). Як видно, сила і твердість характеру є, власне, динамічними його показниками і самі по собі не відображають всіх його особливостей. Адже характер відзначається суттєвим багатством різноманітних рис, в тому числі і досить нюансованих, тонких відтінків їх взаємовідносин. Складність відображає ступінь розвиненості зв'язків цих рис між собою і з особистістю в цілому. Дійсний характерологічний профіль особистості можна зрозуміти лише в динаміці розвитку вказаних властивостей. Щоб це було зрозуміліше, повернемося до доброти: чому люди, які мають вроджену готовність бути добрими, як це думав Ісус (і не лише Він один), так рідко мають відповідну рису характеру? Людина може мати слабкий характер, і тоді вона чинить зло під впливом обставин і звикає до цього, виникає "звичка". Безумовно, вона при цьому переживає жорсткий дискомфорт, але нічого не може зняти – обставини сильніші. З іншого боку, людина може мати надзвичайний характер, і тоді доброта перетворюється на нав'язливу ідею, фактично перероджуючись на свою протилежність. Добро можна не виявити через відсутність твердості характеру, або "зламатися", якщо ця твердість – крихка, увійти до стану афекту чи депресії і скоїти багато лиха. Нарешті, низький ступінь твердості характеру може призвести до того, що добра людина не відчує і не прореагує на тонкі обставини складної ситуації, і її доброта може виявитися злом. Вся перерахована стосується, власне, проблеми гармонійності – дисгармонійності характеру.

Завершуючи аналіз, ми хотіли б зупинитися на одному суттєвому моменті, який звичайно не береться до уваги дослідниками характеру. "Загальним місцем" психології є твердження, що характер є тією якістю, яка визначає поведінку, він, власне і являє собою способи поведінки, типові для даної людини. Але нам здається, що існує й інший аспект: характер слід розглядати як спосіб переживання людиною... самої себе, свого Я. Характер, в даному сенсі, не отожднюється з самоосвідомістю, Я-концепцією чи самооцінкою. Він є саме переживанням – цілісним чуттєвим відображенням людиною самої себе. У психологічній практиці дана ілюстрація характеру психічна дуже яскрава: людина, яка має проблеми у взаємостосунках, в першу чергу вважає, що ці проблеми

Йдуть від її партнерів по спілкуванню. Далі може виникнути уявлення про те, що саме вона робить щось не так (але це уявлення виключно ситуативне і має суто раціоналістичний зміст). Найважче приймається позиція, згідно з якою причина конфліктності полягає в цілісній неадекватності поведінки і свідчення даної людини, адже тут порушується цілісне переживання себе. Характер як спосіб переживання людиною самої себе близький за значенням до явища ідентичності (Е. Еріксон). Цей аспект характеру формується в онтогенезі разом із його "зовнішніми" проявами, забезпечуючи унікальність цілісної структури особистості. І тут виникає дуже складна і важлива проблема визначеності. Цей термін є ключовим у С. Л. Рубінштейна: "Визначеність, що складає сутність характеру, може утворитися у людини по відношенню до того, що для неї важливо". Взагалі, поняття "визначеності" найчастіше вживається Сергієм Леонідовичем в роботах, присвячених характеру. Останнє і означає, власне, визначеність людини у житті – чіткість розуміння власної позиції, диференційоване ставлення до суспільних цінностей і інших людей. Однак, нам здається, існує певна проблема, що стосується в цьому сенсі знову-таки співвідношення характеру і особистості. Абсолютна визначеність, визначеність у всьому і відносно всього (характер, за Рубінштейном) є, фактично, застиглість. Сама тут дуже яскраво видно, що, по-перше, характер і особистість – далеко не одне й те саме, а по-друге, що розвиток людини визначається не її характером, а гармонією співвідношення особистості і характеру. Гнучкість і зміни, які так необхідні в реальному житті, можуть порушувати "визначеність", але механізми порушень визначає виключно сама людина як цілісна особистість. Характер, при всій його важливості, все ж лише підструктура особистості, і факти існування людини в екстремальних ситуаціях чи в умовах жорсткої доадаптованості засвідчують пріоритет саме особистісного начала (в деяких випадках можна спостерігати фактичну втрату людиною рис характеру і існування її протягом певного часу виключно в особистісному режимі. Щоправда, це не може тривати довго, людина виявляється ніби еволюційно психологічно і травмується... тож намагається "повернутися" до своїх звичних рис). Взагалі, нам здається, психологія екстремальних ситуацій могла б дуже багато цікавого встановити щодо характеру людини, якщо розглядала його в динаміці, тобто генетично. Отже, визначеність, наявність сильного характеру, та й просто його наявність (як це зазначає І. Кант) є, насправді, проблемою, коріння якої – в особистості і її становленні.

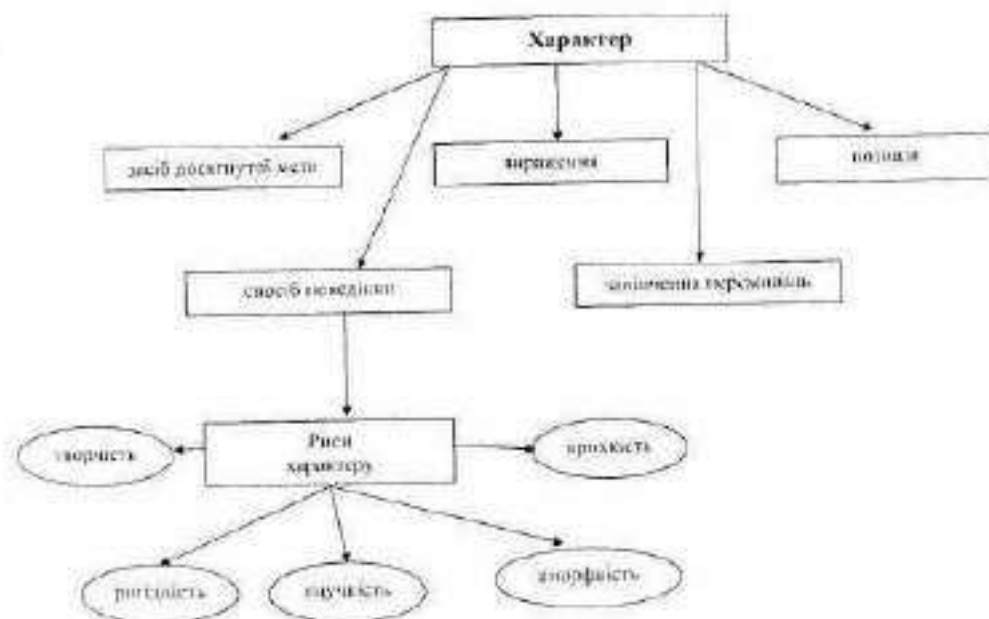
Генетична психологія дозволяє побачити ще одну проблему, "перетворену в постулат" (якщо використовувати термінологію Л. С. Виготського). Звернемо увагу – всі визначення характеру так чи інакше тяжіють до давньогрецького "чекан", закарбування (чіткість і... застиглість, майже як відбитки пальців, – кай нам вибачать цю аналогію). А з іншого боку, психологія переповнена тезами і аргументами щодо явища прижиттєвих змін, пластичності характеру, його "відкритості" вихованню. Ми, таким чином, виявляємо цікавиту суперечність (якщо "печатка" пластична, то хіба ж вона – печатка?). Безумовно, у давньогрецькому визначенні є метафоризація явища, адже застиглість, закарбованість характеру є найбільш чітким параметром психологічного відхилення (відносно психопатії це гарно показали Кречмер і особливо Гайнушкін). В нормі характер не просто змінюється, він розвивається, звільняючись при цьому ознакою саме цієї, даної людини. І таким чином, все відносно стаїє і стабільне в характері має своїм підґрунтям особистість. Психологічне здоров'я людини в контексті проблем характеру визначається саме тим, що у здорової людини характер розвивається. Це – не просто зміни у зв'язку з обставинами життя, віком чи станом здоров'я, це прогресивний рух, реалізація потенції і формування психічних новоутворень характеру, і якщо останній термін викликає подив

(поняття "новоутворення", дійсно, не вживається в психології відносно характеру), слід розуміти, що такі властивості, як гнучкість, розсудливість або мудрість, якраз підходять під визначення новоутворення, що його давав Віготський (такі зміни психіки, що кардинально впливають на всю особистість і змінюють її життя). До речі, про мудрість – те, що це не лише високий рівень інтелекту, а саме характер – гарно показала в останній своїй роботі Л. І. Ахцифрова. Розповсюджені життєвські уявлення, за якими характер з віком погіршується, не можна абсолютизувати. Він може і розвиватися, і саме мудрість виступає кінцевою і найбільш розвиненою, реалізованою (історією характеру людини. Слід зазначити (в дужках), що психологія старечого віку знаходиться, на наш погляд, в абсолютно "зародковому" стані (принесимо вибачення за каламбур). Вихідна імпліцитна позиція дослідників про "згасання", "інволюцію", "розпад" вищих психічних функцій у цьому віці аж ніяк не відповідає дійсності. Слідування цій позиції спотворює старість в наших очах! Актуалізація екзистенційних переживань призводить до абсолютно нових і зовсім неведомих нам форм розвитку особистості, але це саме розвиток і саме прогрес. Ми не можемо зрозуміти цих людей тому, що впевнені – вони "згасають", і наша мова, наші слова і підходи є зовсім неадекватними – так виникає бар'єр (механізм тут, як бачимо, той самий, що і в ранньому онтогенезі – тоді ми впевнені, що перед нами ще не особистість, і від цього – повне незнання цієї істоти). Маж тим, розуміння старості повинне виходити не з тієї тези, що біологічне в людині вичерпується, а з того, що особистість перебуває на найвищому рівні розвитку... і зберігає при цьому нескінченні потенції подальшого становлення. Стосовно характеру в цьому віці висловимо лише одне плететичне припущення: кардинально змінюється співвідношення його з особистістю; характер перестає бути підструктурою і набуває статусу атрибутивної ознаки особистості.

Змінність, незастиглість характеру людини яскраво виявляється в емоційній сфері. М. Д. Левітов свого часу помітив цікаву закономірність – емоційні стани, якщо вони переживаються людиною часто і довго, можуть перетворитися у властивості її характеру. Стан визначає особливості переживань і поведінки. Це тривале відчуття, що забарвлює життєві стосунки. Воно може стати звичним і отже – комфортним для особистості, як би це парадоксально не звучало, коли, наприклад, йдеться про депресивність, агресивність, афективність чи фрустрованість. Але, нам здається, тут існує і зворотна залежність: саме характер, як стійкі і звичні емоційні реагування та поведінкові прояви людини, робить її відкритою і готовою до переживання певних станів. Дуже цікавим і повчальним тут може бути механізм виникнення психологічно узалежненої поведінки. Сучасна психологія не так уже й багато знає про залежність. Але цих знань достатньо, щоб зробити висновок – схильність до залежності є властивістю характеру, і тут не так вже і важливо, що, власне, виступає фактором залежності (алкоголь, наркотики, інша людина чи власні особистісні уподобання). Можна припустити, що на рівні механізму ця властивість викликається своєрідним "зсувом" цілопокладання з зовнішніх об'єктів та життєвих мотивів на переживання стану. Ми вважаємо, що головною причиною "запускання" цього механізму є якраз відпочаткові особливості характеру: недостатня твердість, розрив характеру звольовими якостями і спрямованістю ї, водночас, ранимість і відкритість – саме це, як сказали б старі характерологи, створює симптомокомплекс схильності до узалежненої поведінки. Продемонструємо це на такому, дуже сучасному прикладі, як залежність від комп'ютера. Навіть звичайний досвід засвідчує, що серед величезної кількості людей, які використовують цей пристрій часто і багато, залежними від нього стають далеко

не всі, і проблема тут не стільки в ієрархії мотивів, скільки в особливостях цілепокладання і властивостях характеру.

Зазвичай комп'ютер використовується як засіб досягнення мети, яка виходить за межі взаємодії людини з цим пристроєм. Для цього він, власне, і існує, й абсолютна більшість користування саме так його і розглядає. Але цей пристрій спеціально зроблено дуже привабливим, він має масу емоційних ефектів, і, таким чином, його використання супроводжується ніби побічним ефектом – те, що відбувається при цьому, є яскравим, цікавим, захоплюючим. Отже, "спілкування" з комп'ютером може викликати не лише переживання досягнення зовнішньої мети, але й позитивне переживання самого процесу взаємодії. І це друге переживання, у свою чергу, може виступити додатковим мотивантом – власне воно виступає і засобом досягнення "зовнішньої" мети, і самоцінною метою. В деяких випадках ця мета може зайняти місце основної (зовнішньої). Але нас тут якраз цікавить, в яких саме випадках це відбувається? Нам здається, що головним змістом позитивного і психологічно комфортного переживання, що виникає у взаємодії з комп'ютером, є відчуття свободи – людина може без конфліктної взаємодії і особливих зусиль отримувати інформацію, маніпулювати образами, відпочивати... Люди, які за своїм характером не можуть це робити легко і просто в реальному світі, які втомлюються і занадто напружуються від цього світу, нарешті отримують те, що їм треба, і отримують легко, без зусиль. Це переживання, якого вони так прагнули, так важко досягали (а декому з них воно і взагалі було незнайоме), мотивує, притягає до себе і змушує поступово змінювати поведінку. Так виникає залежність, і ми добре бачимо, що роль характеру тут дуже велика і подвійна – його особливості можуть "провокувати" залежність, і сам він змінюється в результаті частого переживання певного стану свободи, ракутості, який насправді означає як раз абсолютну несвободу.



Врешті-решт нам необхідно висловитися щодо структури характеру. Генетична позиція дозволяє зробити з цього приводу дещо неочікуване припущення: характер людини являє собою, з точки зору психологічного змісту, єдність, яка далі не розкладається. Ми можемо говорити про властивості або сторони характеру, але не можемо – про риси й якісь компоненти (вольові, емоційні, мотиваційні тощо). Характер – єдність, єдність існування людини з боку переживань і стосунків, і розмова про риси стосується не психології, а філології і соціології. Він виникає як єдність – одразу і весь як унікальна цінність, в такому вигляді існує й розвивається. Ми вигадусмо окремі риси, проєктуючи на цілісність своє знання мови та нюансів людських стосунків. Насправді ж кожен характер унікальний сполученням властивостей (не рис), які утворюють індивідуальну конфігурацію особистості та її існування. Так, безумовно, в характер проростають і вольові якості, і емоції, і спрямованість, але вони не є його складовими. в цьому сенсі характер не відрізняється від інших синтетичних утворень особистості, які теж мають і емоційні, і мотиваційні, й інші компоненти. Специфіка цього новоутворення визначається не цими елементами, а тим, що воно виникає й існує в безпосередньому контакті з іншими людьми, іншими характерами. Саме в цьому сенсі можна говорити про опосередковуючу функцію характеру в житті людини. І коли вже говорити про симптомокомплекс, слід зазначити, що мова йде не про якісь абстрактні риси – слова, а про унікальну форму (візерунки) властивостей і сторін. В цьому й полягає причина інтересу до характеру з боку генетичної психології.

### Психічні стани

Ми визначили особистість як форму існування психіки людини. Виникає необхідність звернути увагу на те, що це існування протікає в різних станах, які постійно змінюються, переткають один в одного і в цілому визначають і змістовні особливості життя людини.

Психічний стан – феномен, для розуміння і опису якого катастрофічно не вистачає наукоподібної семантики: формально-логічних побудов. Варто лише наблизити ці "інструменти" до стану, як він втрачає найголовніше – забарвлення, плин, ясравість, змінованість. Виникає схема, яка жодного відношення не має до реального стану. Як тут не згадати (аже вкотре) дуже мудрого О. Ф. Лосева з його критикою наукоподібності: "Синє, глибоке чудове небо – писав він, – що реально сприймається і переживається нами, чомусь не адекватно науку; їй треба пераести це в термини "атомів", "потоків", "шарів" і плес численних формул. Тоді буде науковість, але... неба не буде. То що ж є більшим міфом?" – запитує філософ.

Стан психіки зумовлений активізацією окремих функціональних систем. Нам здається, виключення, зміна, плин станів дуже схожі на те, що І. П. Павлов описував як індукцію нервових процесів. Стан виникає на межі активованих психічних структур, визначає і "заповнює" певний простір, а потім ініціює активність інших систем і... переходить в нове існування, новий стан. І тут уже стан активізує системи, а це і означає, що стан є тим, що станеться, здійсниться.

Стани являють собою важливу складову психіки людини, причому складову дещо загадкову. З одного боку, не можна не визнавати ні самої їх наявності, ні принципового значення в життєдіяльності людини. З іншого ж, наукове вивчення даних феноменів пов'язане з низкою методологічних і методичних труднощів, в основі яких – психологічна природа самих станів. Вони являють собою постійний плин, рух, який, якщо його штучно

зупинити, одразу ж переходить в інший плін. Досліднику психічних станів залишається не так уже й багато можливостей для вивчення. Точніше, цих можливостей всього дві: спостереження і самозвіт досліджуваного. Цього, безумовно, дуже мало. Особливо, якщо мати на увазі серйозні обмеження вказаних методів.

У спостережливій фіксуються особливості поведінки. Ті чи інші її зміни можуть свідчити про наявність певних станів. І, отже, сам стан виступає як гіпотетичний конструктор дослідника. Його змістовні і динамічні характеристики також не більше ніж гіпотези. Включення у сферу дослідження фізіологічних і психофізіологічних показників не міняє суті справи, оскільки дійсними показниками залишаються все ті ж факти поведінки або показники приладів, а далі працяє знову-таки гіпотетичні конструкції. Навіть якщо ми штучно викинемо той чи інший стан, це, на диво, мало що дає нам для розуміння психологічного процесу його виникнення й існування.

Якщо говорити про самоспостереження і самозвіт, то тут проблем набагато більше. Сама впевненість в тому, що людина завжди може визначити і описати свій стан, означає, що ми ставимо знак рівняння між станом і переживанням. А це, на наш погляд, не виправдано. Проте людина завжди буде описувати переживання стану, а не сам стан, а отже, ми матимемо підміну предмета дослідження. З іншого боку, добре відомо, що описати переживання можна лише тоді, коли воно виступить об'єктом самоспостереження, а це відбудеться, якщо людина "вийде" з нього, перестане його відчувати. Звідси, з цієї точки "поза", або "над" переживанням, воно буде бачитись зовсім іншим, ніж є насправді, коли охоплює всю особистість, а тому числі і систему "Я". Слід врахувати ще й те, що стани завжди супроводжують життя особистості (іншими словами – людина завжди знаходиться в якомусь стані), тому "заданий" стан вона буде описувати зовсім не об'єктивно і безпристрасно. Таким чином, і тут ми матимемо лише гіпотези. Вказане зумовило те, що сучасний етап дослідження психічних станів являє собою накопичення емпіричних даних і побудову первинних дослідницьких гіпотез щодо психологічної природи цих загадкових явищ. Проблема надійних психологічних корелятивів залишається тут дуже гострою, і нижче ми спробуємо запропонувати свою точку зору щодо цього.

У вітчизняній психології серйозно, предметне і систематичне дослідження психічних станів особистості розпочалося після виходу в світ у 1964 році великої роботи М. Д. Левітова "Про психічні стани людини". Це визнано була перша (і єдина поки що) фундаментальна робота в даній галузі, і саме після її виходу в психології закріплюється точка зору, згідно з якою психічне існує не в двох модифікаціях (процеси і властивості), як це уявлялося раніше, а в трьох – процеси, стани і властивості.

Станом називають певну внутрішню характеристику психіки людини, яка являє собою відносно незмінну в часі складову психічного процесу. Дане розуміння доволі беззмістовне і, в усякому разі, показує, що часовий параметр мало що дає в розумінні психологічного стану (добре видно, що тут механічно використано логіку опису станів фізичних систем). Левітов визначає психічні стани так: "це цілісна характеристика психічної діяльності за певний період часу, яка показує своєрідність протікання психічних процесів у залежності від предмета і явищ дійсності, що відображається, попереднього стану і психічних властивостей особистості". Ми бачимо тут системність позиції. Левітов прагне підкреслити три принципово важливі речі – стан є всеохоплюючим психічним явищем, таким, що забарвлює всю психічну діяльність, і, з іншого боку, претендує на роль своєрідного "носія" психічного (пошук такого "носія" – окремий дуже цікавий розділ вітчизняної психології: страх субстанціалізму породив протидію, і такі авторитетні вчені, як Л. І. Божович, В. К. Вілюнас, серйозно обговорювали цю проблему, вважаючи "носієм" – переживання).

З іншого боку, Левітов, фактично, говорить про те, що стан в центральній ланкою міжфункціональної системи. Це збитоно аналізується в сучасній літературі і має, на наш погляд, фундаментальне значення. Нарешті, суттєвою відтепер думка Левітова про те, що стан детермінується не лише відображенням, а й попереднім станом (ми б додали – ще й майбутнім). Тут – дуже амбіційні “зазихання” на дослідження проблематики динаміки і головне, розвитку станів. Важливим у визначенні Левітова є також те, що він актуалізує проблему взаємодієшення в системі “стан – властивість”. В цілому слід віддати шану тривалості М. Д. Левітова, його професіоналізму, глибині аналізу і проникнення в природу явища, що відбивається в яскравому, глибокому і цілкомому тексті самому по собі, а крім того й, скажімо, в моментах дискусування з С. Л. Рубінштейном (наприклад, при обговоренні настрою), в яких “перемога” залишається зовсім не на боці останнього. Залишається незрозумілим, чому такий талановитий і яскравий початок не став дієвим поштовхом для активних і глибоких досліджень психічних станів. Аналіз літератури засвідчує, що ці дослідження, звичайно, проводилися і було їх досить багато, але вони мали зазвичай характер вузько-прикладний і емпірично-описовий, при цьому в більшості своїй зовсім не тяжіли до концептуальності і узагальнення. Саме цим пояснюється штучність і невизначеність класифікації психічних станів (проблеми першочергової, якщо мати на увазі становлення напрямку), про що відверто говорять і самі автори численних спроб цієї класифікації. Звернемось знову до М. Д. Левітова. Відштовхуючись від спроб побудови індивідуальної типології (і це він робить надаремно, адже стан не просто “цементує” міжфункціональну систему – він замикає її на індивідуальність, і може статися, що саме тут слід шукати її вигоди і сутність), автор справедливо говорить, що, скажімо, для такої ризи, як характер, не може бути універсальної класифікації. За Левітовим: “У відношенні психічних станів проблема класифікації, або типології, так само ускладнена, як і стосовно характеру. Занадто різноманітні психічні стани, і притому, в різному відношенні. Є багато таких складних і суперечливих психічних станів, які навіть важко назвати, і необхідно більш-менш ретельно описувати”, і він, цілком слушно на той час, відмовляється від “універсальної класифікації” психічних станів, роблячи “лише” деякі узагальнення. Аналіз приводить автора до можливості виокремити “деякі підрозділи” психічних станів, а саме:

- стани особистісні і ситуативні. У перших передусім виражаються індивідуальні властивості людини, в других – особливості ситуації, які часто викликають у людини нехарактерні для неї реакції”. Відзначимо тут суттєву річ – стан виражає: в ньому і дійсно, як в крапці, виражається весь світ особистості; треба тільки навчитися це бачити;
- стани більш глибокі і більш поверхові, в залежності від сили їх впливу на переживання і поведінку людини. Пристрасть як психічний стан значно глибша за настрої;
- стани, що позитивно або негативно діють на людину... Апатія може слугувати прикладом негативного стану, натхнення – стан, який позитивно впливає на діяльність людини;
- стани тривалі і короткочасні. Так, настрої можуть мати різну тривалість: від кількох хвилин до доби і кількох днів;
- стани більше або менше усвідомлені. Наприклад, неувважність частіше буває несвідомим психічним станом, рішучість завжди свідомо; отому може мати різний рівень усвідомлення.

М. Д. Левітов відзначає також, що існують патологічні і граничні стани, які він не розглядає, а вважає це завданням спеціальних дисциплін. Проте, якщо ми й додамо цю групу станів до виокремлених автором, ми все ж мусимо згодитися з ним, на класифікацію це явно “не тягне”, це – дійсно окремі підрозділи.



Найсучасніша класифікація психічних станів виглядає інакше. Л. В. Куліков зауважує: "Загальним для всіх станів є те, що вони мають часові, емоційні, активісний, тонічні, тензійні параметри, вміщують в себе ситуативну і трансситуативну складову. У різних станів на перший план виходять різні параметри". Це, на думку автора, дозволяє поділити стани на довготривалі і короточасні (за часовим параметром), а також на емоційні, активісний, тонічні та інші, у відповідності до того, який саме параметр є провідним. В основу подальшого поділу емоційних станів покладено модальність відповідної емоції, активісний стани поділяються за рівнем мотивації, повнотою включення в ситуацію, тонічні стани поділяються на підставі рівня загального тонуусу організму, що, як справедливо вважає Л. В. Куліков, у свою чергу, пов'язане із здоров'ям людини, на решті, тензійні стани визначаються ступенем загальної напруги організму (психічної і психофізичної). Класифікація ця видається цілком логічною, але такою ж штучною, як і всі інші. Так, Куліков надійно розміщує радість на позитивному полюсі емоційних станів, хоча вона чи не з більшим правом має розміщатися на позитивних полюсах і активісний, і тонічних, і тензійних станів. З іншого боку, тут зовсім не враховано те, що відбувається при патологічних і граничних станах. До якої, скажімо, групи слід віднести стани, що супроводжують реактивний психоз, абulia або шизофренічне марення? В цілому здається, що П. Д. Левітов був правий, коли писав про неможливість створення класифікації психічних станів. В усякому разі, на даний час цей аспект проблеми уявляється дещо несорочасним і безперспективним, адже без встановлення сутнісних характеристик явища класифікація завжди буде штучною (слід згадати хоча б проблему класифікації в біології у XIX сторіччі: там все теж починалося зі штучних і невдалих спроб, а дійсно класифікація як відображення об'єктивного стану речей стала можливою лише після теоретичних узагальнень Ч. Дарвіна). Однак, з іншого боку, проблему цю не можна й проігнорувати, якщо ми бажаємо залишатися в межах психології і вивчати психічні стани як реальність, а не оперувати абстракціями – гіпотезами.

Дійсно розуміння природи психічних станів лежить, на наш погляд, не в площині станів як таких і систематизації, а в аналізі їхньої динаміки, розвитку і зв'язку з іншими психічними явищами. Вже згадувалось, що психічний стан являє собою концентроване й синтетичне відображення всіх психологічних особливостей особистості. Цю думку поділяють і інші фахівці. Так, Л. В. Куліков зауважує: "У кожному стані так чи інакше відображене духовне – душевне (психічне) і тілесне буття людини". В розширення цієї тези слід додати, що стани відображають не просто окремі явища, а їх, так би мовити, індивідуальний варіант. І саме стан є дійсним індикатором індивідуальності. З іншого боку, психічний стан не лише відображає – він, в той же час, і формує психічні явища. Це слід розуміти у двох сенсах: *по-перше*, мається на увазі, що стани впливають на інші психічні явища, змінюють, добудовують, перебудовують їх. Так думка, фантазія або образ пам'яті можуть викликати певний стан особистості (в цьому випадку стан – відображає), але водночас він може змінити, що думку або фантазію, дати їй інше забарвлення, породити інший сенс – кінець кінцем, зумовити появу нової думки. *По-друге*, термін "формування" може мати інший смисл – як надання форми. Що означає в цьому сенсі вираз "стан формує думку"? Це означає, що психічний стан, утворюючи на базі цієї думки міжфункціональну систему, інтегрує її з досвідом, властивостями, прагненнями людини, і лише тоді думка стає мислю, тобто думкою саме цієї людини – вона набуває неповторної форми. Зрозуміло, що це стосується не лише думки як такої.

Продуктивним уявляється аналіз взаємовідношень психічних станів і властивостей особистості. Ще К.-Г. Юнг зазначає: "Якщо стан якимось чином стає хронічним, то наслідком цього є те виникнення типу, тобто земної установки, а дія один механізм постійно

домінує, хоча й не може при цьому повністю придушити інший, оскільки він з необхідністю належить до психічної діяльності життя". Інші дослідники звертають увагу на те, що рису характеру можна розглядати як втілений тривалий стан особистості. Уявляється, що будь-яка риса (якої б сфери психічного вона не стосувалася), в тій чи іншій мірі є втіленням значного і тривалого стану людини. Звичайно, тут також є зворотний зв'язок: риси характеру і властивості особистості багато в чому визначають, які стани і як саме буде переживати людина. Є сенс говорити про схильність людини до певних станів, про індивідуальну внутрішню картину протікання станів *etc.* Констатація даного факту взаємодії станів і властивостей виглядає цілком очевидною, навіть банальною, проте слід загострити увагу на тому, що ми зовсім не знаємо психологічних механізмів цієї взаємодії. Гіпотетично ми можемо говорити, що визнання такого місця і ролі психічних станів може певним чином розширити і уточнити наші уявлення про механізми форсування нових особистих структур: стає зрозумілим, що цей процес опосередковується станами, які переживаються. Динамічні явища внутрішнього світу особистості, і, перш за все, різні види інтенцій, як відомо, мають тенденцію втілюватися (опредметнюватися, говорить С. Д. Максименко) в цілі, дії особистості, а потім і в її властивості. Зараз картина дещо уточнюється – вочі, ці тенденції, втілюються перш за все у стан, породжують його (хоча станами ж породжуються і самі – попередніми станами). Породжений стан, як втілення особистісних інтенцій, утворює міжфункціональну систему, і лише після цього "втілення" продовжується вказаним шляхом. При цьому стан контролює весь процес, і головне – контроль є релевантним даній індивідуальності. Ця гіпотеза потребує перевірки, але вона дає змогу побудувати узагальнення щодо природи стану і його дійсного місця в психіці людини (адже зауваження К. К. Платонова про те, що стани займають проміжну позицію між процесами і властивостями, корисне лише "географічно").

Існує серйозна проблема уточнення сфер психічної реальності, які описуються категоріями "психічні стани" і "переживання". В літературі можна зустріти багато варіантів спільного використання цих понять, а отже – різних тлумачень. Іноді ці поняття вживаються як синоніми, іноді вони розводяться в логіці "переживання того чи іншого стану", а іноді і в логіці "стан переживання". З точки зору розуміння репрезентації даних феноменів у внутрішньому світі особистості, уточнення сфери, що охоплюється одним і другим поняттями, видається важливим. Видається, що взаємовідношення між цими феноменами доволі складні і неоднозначні. Вираз "переживання стану" здається занадто спрощеним, адже він означає, що переживання є стан для – особистості, тобто воно репрезентує суб'єктивні параметри стану. Але переживання, насправді, це далеко не лише стан: у ньому специфічно відображається і піднімається вся картина внутрішнього світу особистості. Ми бачимо, що в цьому переживанні і стани дуже схожі. Їх справжню змістову різницю можна зрозуміти, якщо відокремитись від значної ваги поділу психічного на процес і властивості. Треба усвідомити, що і "процес", і "властивість" являють собою лише штучні конструкції, створені для зручності дослідження цілісної психіки. Аналіз станів говорить про те, що ми не просто маємо ще один конструкт. Ми наважимося тут висловити центральне гіпотетичне припущення. В його основі – всього дві методологієми, які добре відомі. **Перше**: психіка являє собою нерозривну й індивідуально специфічну в кожній людині (людина – носій психіки так само, як організм – носій життя) єдність, яка існує і функціонує виключно як така єдність і реально ніколи і ніде її функціонування не нагадує механізм, що складається з різних елементів, гармонійно один з одним поєднаних. Треба дати собі звіт у тому, що так насправді не відбувається. Так придумано й уявлено з суто пізнавальною метою – сучасне наукове пізнання з необхідністю передбачає попереднє розчленування існуючого (явища), щоб

"дійти" до суттєвого. Є якась логіка, зовсім стороння відносно об'єкта пізнання, і за законами цієї зовнішньої логіки ми намагаємося зрозуміти об'єкт. Це – типовий, зрозумілий і зовсім неправильний шлях, оскільки, в дійсності, слід не накладати свою логіку на об'єкт, а допустити існування його власної логіки і намагатися її зрозуміти. Так поки що в психології не відбувається (як, власне, і в багатьох інших науках). Звідси **друге** вихідне положення: наукове пізнання дійсно по самій своїй суті вимагає розчленування об'єкта, але здійснювати його слід за власною логікою самого цього об'єкта. Психіка ніколи не була і не буде утворенням статичним. Тож розділення її з метою пізнання (у підставі "статичної" логіки є штучним і не відповідає самій її природі /перманентна криза психології, про яку почали говорити мало не з самого початку її існування як окремої науки, – цікаве свідчення правильності цієї ідеї). Нам здається, що первинним поділом психіки як об'єкта наукового дослідження, який відповідає би логіці самого цього об'єкта, є поділ на форму його існування і спосіб існування. Форма існування фіксує "вигляд" об'єкта і його динаміку, рух. З іншого ж боку, форма репрезентує (виражає) спосіб існування. Ми можемо припустити зараз, знаходячись в межах окресленої логіки, що формою існування психіки людини є психічний стан, а способом її існування є переживання. Таким чином, психічний стан може бути визначений дуже коротко – це форма існування індивідуально-неповторної психіки людини. Можна спробувати попередньо аргументувати. По-перше, стан є тотальним, не дискретним, аплиним. Людина завжди знаходиться в якомусь стані. Завжди тут треба розуміти буквально – від народження до смерті і без будь-яких перерв. Звичайно, це – різні стани, і вони змінюють одне одного, але вони завжди є, і вони дійсно оформлюють психіку, створюючи кожного разу щось іншу конфігурацію, але за нею завжди вгадується саме ця особистість, навіть при глибоких психозах це законоритмічність не порушується. Тотальність станів є не лише часовим і поверхово-охоплюючим показником. Вона є і, так би мовити, тотальністю "в глибину": те, що мислення – це процес, є всього лише абстракцією, а от те, що воно означає стан, причому неоднаково різний, в залежності від того, вирішує людина учбову задачу чи життєвську проблему, створює наукову теорію, чи художній твір... так от, те, що тут безумовно представлений стан – добре видно без усіляких абстракцій. Його не можна сплутати з іншими станами але водночас він щимось чиним "впливається" в систему станів даної особистості, і тим самим створюється неповторний індивідуальний візерунок. Глибина проникнення станів не обмежується лише психічною сферою. Міжфункціональна система, яку інтегрує той чи інший стан, обов'язково "виходить" в область біології, і таким чином стан ніби "замикає" простір існування людської істоти. Коли, скажімо, людина починає захворювати на грип, у неї розвивається так званий передхворобливий стан. Він охоплює буквально всі сфери особистості: уповільнення і деяка деформація дії пізнавальних процесів, затухання інтересів і інших етенцій, астеничність емоцій, а крім того – млявість, втома, – все це добре знайоме кожному, і ми, як правило, не помиляємось, що дійсно починаємо хворіти. Проте дуже цікаво, що даний стан розпочинається з... клітинного рівня організму, адже саме цей рівень вражається вірусом. Видіється, що таким всеохоплюючим є кожен психічний стан.

Психічний стан не лише оформлює "вигляд" психічного життя особистості, він, на наш погляд, формує і її динаміку. В цьому аспекті уявляється цікавою гіпотеза О. О. Прохорова про динаміку співвідношення психічних станів і психічних новоутворень особистості. Розглядаючи "енергетичну площину" психічних станів, автор за критерієм загальної активності особистості виділяє два види станів – стани рівноваги й нерівноваги (*рівновесные и неравновесные*). За точку відліку, – вважає О. О. Прохоров, можуть бути прийняті стани відносно рівноваги (стани середньої або оптимальної психічної активності,

до яких можуть бути віднесені стани спокою, емпатії, зосередженості, психічної адаптації, зацікавленості й інші). Стани, пов'язані з підвищеною психічною активністю (радість, захват, тривога і ін.), а також стани зниженої психічної активності (марення, пригніченість, втома, смуток та ін.), які характеризуються відповідно вищим або нижчим рівнем активності, будуть віднесені до станів нерівноваги".

Утворюється нова функціональна система (стан), який характеризується певною напругою і дискомфортними переживаннями. Маючи певний надлишок енергії, нова (асиметрична?!) міжфункціональна система породжує интенції особистості, викликає споспори дії і вчинки, і, врешті-решт, призводить до виникнення нових новоутворень особистості. Бути ланкою в процесі виникнення психічних новоутворень – важлива особливість даного виду станів. О. О. Прохоров зазначає: "Важливою функцією (можливо, основною!) станів нерівноваги є обумовлення ними процесу виникнення новоутворень в структурі особистісних властивостей. Це специфічний механізм виникнення нового порядку через флуктуацію. Чим глибшим і гострішим є стан нерівноваги, тим активніше йде процес виникнення новоутворень і тим більш глибокій й сутнісній структурі проявляє особистість. Прогресивне вирішення суб'єктом напруженої ситуації передбачає інтегративні процеси особистості і саморозвиток. Саме тому в даному випадку формується діяльність, що призводить до виникнення новоутворень (фактично, як видно, мова йде про розвиток особистості). Таким чином, завдяки особливій діяльності і поведінці, нові структури утворюються із стану. Говорячи про детермінанти станів нерівноваги, Прохоров звертає увагу на сенс – пристрастність, значущість ситуації, виділення в ній найбільш суттєвої обставини, фактора, який вносить найбільш дезорганізуюче почало.

Нам здається, що ідея О. О. Прохорова про вирішення-втілення особливої групи станів у психічні новоутворення, є досить цікавою і перспективною. Здається, тут "ухоплено" один із центральних психічних механізмів, що не тільки об'єднує в єдину мета-функціональну систему найважливіші складові психіки, але й відкриває динаміку розвитку. Стає зрозумілою діюча суттєва роль деяких психічних станів.

Звісно, все це потребує серйозного вивчення і уточнення: які саме стани і чому є ініціаторами і / "реалізаторами" формування новоутворень; чи існують закономірності їх появи (у викладенні автора швидше проглядає не закономірність, а випадковість); який існує зворотній вплив новоутворень на психічні стани – таких питань багато. Окремо слід зазначити ще наступне. Навіть попереднє залучення до контексту даної ідеї процесів онтогенезу і патогенезу дозволяють говорити, що "розродження" станів нерівноваги в новоутворення (розвиток) не детермінується лише особистісним сенсом. Існують, безумовно, і суто об'єктивні детермінанти; закономірна зміна етапів вікового розвитку, вікової кризи, вмигнення і розвиток хвороби *etc.* З іншого боку, важливо зазначити, що повинен існувати, поряд з прогресивним, і регресивний шлях вирішення-втілення станів нерівноваги. Звісно, що це теж пов'язано з новоутвореннями, але деструктивного характеру. Цікавим у цьому плані може бути звернення до ідей Л. С. Віготського про те, що новоутворення, які виникають на етапі вікової кризи, мають досить загадкову долю. Віготський припускав, що ці новоутворення дезактуалізуються після проходження кризи, але не зникають зовсім. Можливо, вони відіграють особливу роль у розвитку подальших станів і, відповідно, динамічних процесів в цілому. Взагалі, віковий аспект уявляється найцікавішим, оскільки тут ми можемо мати справу з комплексом станів нерівноваги. Скажімо, підліток може переживати стан нерівноваги, викликаний віковою кризою; крім того, це може бути соматично нездорова дитина (це – ще один стан нерівноваги), а ще сюди може додатися стан, викликаний суто індивідуально-особистісними

проблемами (стосунки в сім'ї, взаємини з однопліччями тощо). Яка ж симптоматика буде перед нами реально? Це буде кілька станів – чи комплекс, новий синтез? Можливо, будуть діяти механізми компенсації? І кінець кінцем, які новоутворення "вирішать" ці стани і яким буде шлях?

Так чи інакше, ідея, що тут обговорюється, дозволить підійти до проблеми динаміки психічних станів продуктивно.

Спробуємо обговорити первинну схему переходу стану нерівноваги в психічне новоутворення, використовавши для зручності досім елементарний приклад.

Уявімо собі учня, який не може виконати важливі учбові завдання (термін вживається у традиційному сенсі) через перевантаження об'єму механічної пам'яті. Виникає ситуація, достатня для розвитку стану нерівноваги, за Прохоровим, але насправді вона лише може бути достатньою. Необхідні додаткові умови – важливість завдань, напруженість, тривалість, соціальна значущість тощо. Припустимо, всі умови виконуються, і стан нерівноваги з цього приводу виник. Ми не знаємо, як це відбувається, але ясно, що стан первинно виникає в межах старої міжфункціональної системи і, виникнувши, цю систему руйнує. Тож, очевидно, слід уточнити, що стан нерівноваги якраз і не являє собою міжфункціональної системи, а означає прагнення до створення нової. Звідси – напруга. Це можна назвати виникненням енергетичного динамічного потенціалу. Даний момент дуже відповідальний. Підвищена енергетика стану нерівноваги вимагає від особистості дій. Але якими будуть ці дії, залежить далеко не лише від даного суб'єкта. Прогресивний шлях, що веде до виникнення новоутворення, в цьому випадку пов'язаний з тим, чи дасть соціальне середовище дитині засіб оволодіння своєю пам'яттю (перетворення її у вищу психічну функцію). Уявімо собі, що такий засіб дається (на жаль, у практиці навчання це швидше виняток, ніж правило). Дитина починає використовувати засіб і, нарешті, вирішує свої проблеми. Стан нерівноваги, однак, ще не зникає (він лише пом'якшується), а новоутворення ще не виникає. Нова функціональна система поки що відсутня, є лише її "передчуття". Це – другий етап. Далі потрібне повторення і закріплення шляху нового залам'ятовування, для чого стан нерівноваги слід штучно активізувати, інакше зникне мотивація. Цей, третій, етап є ключовим. І лише після його завершення, після вдалих спроб перенесення використання нового способу мнемної діяльності на велику кількість різних завдань і ситуацій, можна буде говорити про появу новоутворення, нової міжфункціональної системи і зміну домінуючого стану. Такою вбачається схема, але це, все ж, лише схема, адже не слід забувати хоча б про те, що ми розглядаємо лише одну площину існування людини. В цей же час в її житті відбувається багато інших подій і напружень, виникають і змінюються інші психічні стани, і ця складна картина реального життя особистості може дуже коректувати викладене уявлення.

В цілому ж, розгляд проблеми психічних станів у контексті динамічних процесів особистості уявляється дуже актуальним і евристичним.

*Отже, стани відносяться до найбільш істотних і фундаментальних явищ психічного життя особистості, хоча при цьому вони – найменш вивчені. У всякому разі, аналіз основних теоретичних концепцій психології особистості дозволяє встановити досить примітний факт – у теоріях, особливо тих, котрі засновані на психологічній практиці, психічним станам приділяється дуже велика увага, але при цьому вони не виявляються спеціально, як предмет дослідження (стан емпатії і прийняття в К. Роджерса, "піквей переживання" А. Маслоу, "інсайт" у гештальт-теорії, "індивідуалізація" у К. Юнга і т. д.). У центрі уваги дослідників завжди інші, "більш істотні" явища, а психічні стани – це деякий фон, на якому все і відбувається. Це "фонове" уявлення про стани є пануючим у сучасній психології, що обумовило специфіку робіт, присвячених вивченню даного*

явища: з однієї сторони, це – чисто описові, вокальні замальовки, що, звичайно ж, дуже цікаві і важливі, однак нічого не говорять про психологічну природу станів; з іншого боку, дуже багато досліджень присвячено класифікаційним проблемам, хоча штучність, умовність і випадковність цих класифікацій очевидна: іноді виникає відчуття, що вирішується не психологічна, а чисто філологічна проблема – пошук слів, що найбільше відполюють тим чи іншим нюансам випробовуваних суб'єктом станів. У такій пласкій аналізі питання, наприклад, про співвідношення таких явищ, як настрої, емоційний тон, стрес і т. п., нагадує скоріше відому "гру в бісер", ніж психологічне дослідження.

Існують, однак, теорії особистості, у яких здійснюються спроби розглянути психічні стани в тій їх дійсній ролі, яку вони відіграють у житті людини. Так, Ф. Лерш у якості змістової "одиниці" аналізу особистості розглядає "діалог її з навколишнім світом" і переживання як відображення суб'єктом цього діалогу.

"Функціональне коло переживання", за Лершем, містить у собі чотири ланки динамічних взаємозалежних "душевних процесів" – "сприйняття світу й орієнтації в ньому", "потреби, прагнення і бажання як друга ланка діалогу людини зі світом", "емоції стають третьою групою процесів, інтегрованих у загальний процес душевного життя", і останньою ланкою є діяльність "як відповідь людини в її діалозі зі світом". Для нас важливо те, що Лерш цим не обмежує світ особистості. Він пише: "...цей чотириланковий циклічний процес психічного життя вмонтований у те, що саме по собі не є процесом, а саме – у стани настрою, забавлення яких пронизує всі переживання. Це – як *стаціонарні настрої*". Цей аспект стає предметом уваги, коли ми запитуємо, яким чином те, що у формі переживання і поведінки відбувається між людиною і світом, стає *інтраперсональним*, тобто як воно розчленовується в самій людині, у єдності її особистості. Таким чином, цій складовій приділяється центральна, інтегруюча роль в існуванні особистості ("діалог зі світом"). Це підтверджується при аналізі "моделі душевних шарів", побудованої й обговореної Ф. Лершем: у ній "стаціонарні настрої" розглядаються як ключове явище. Ці стани існують "у вигляді *почуття життєвості* і *почуття самості*, утворюючи той фон і ту основу, у яких вкорінюються постійні душевні процеси". Стабільність стаціонарних станів не залежить наявності різних їх модальностей: так, стан життєвості – стабільний і є завжди, але він може набувати різного характеру: тривога, страх, життєрадісність, ентузіазм, натхнення і т. д. У принципі, ідея Ф. Лерша ясна і, на наш погляд, дуже близька до істини. Звичайно, ряд істотних питань психології станів він взагалі не розглядає (що означає цікавий термін "вмонтованість", чи існує (і який саме) взаємозв'язок між "стаціонарними настроями" і "колами переживань", як виникають самі ці стани і т. д.). Однак зроблено важливі кроки – стани введені в структуру особистості, причому, на ключову позицію, вони визнані не тільки фоном, але й *підставою* життєвих процесів, що відбуваються в психіці людини. Сама ж психологічна природа станів не може бути зрозуміла без визначення їх виникнення і розвитку. Це виводна, основна ідея генетичної психології, і саме в її рамках ми здійснюємо спробу дослідження психічних станів людини (і сказав, що ця ідея майже буквально збігається з основною тезою екзистенціальної психології: оскільки особистість є, у дійсності, буття (становлення) людини у світі, то і зрозуміти її можна, лише вивчаючи цей процес існування як становлення. Нам уявляється не зовсім вдалим визначення А. О. Прохорова про стан як "функціональну систему". Насправді, звичайно, такою системою є сама особистість, а інтегральна сукупність її психологічних характеристик і визначений час є її стан. Існування особистості дійсно являє собою її постійний "діалог зі світом", і ми припускаємо, що стан виникає саме в цій взаємодії. Тотальність психічних станів (євни в наявності завжди, поки жива людина, і вони "заповнюють" всю особистість), і одночасно, їх рухливість і змінюваність визначаються загальною

специфікою зв'язку людини зі світом. Нам здається, що цю специфіку найбільш адекватно відбиває поняття "сполучальність" (уперше термін введений у психологію Г. С. Костюком для характеристики взаємин між навчанням і розвитком). Сполучальність є напруженою єдністю самостійних, самодостатніх, здатних кожна до саморозвитку одиниць ("людина" і "світ"), що можуть існувати тільки разом, але ніколи не зливаються, не стають одним. Це співіснування, якщо використовувати термінологію гештальттерапії, являє собою складний, рухливий, але й нерозривно міцний контакт, та ніколи – не зліггає. Суперечливість і конфліктність сполучання обумовлено самою його природою – кожна з об'єднаних одиниць розвивається й існує по своїй внутрішній законок, але при цьому, з іншого боку, вона з необхідністю повинна відбивати... враховувати закони іншої. Крім того, самі ці внутрішні закони виникають і змінюються під дією й іншої одиниці теж. Сама таким, на наш погляд, є існування людини у світі (це свого часу помітив С. Л. Рубинштейн, сказавши, що людина не тільки протистоїть світу, але ще й знаходиться усередині нього). Ми були б нетривчі, якби сказали, що психічний стан виникає в людині у відповідь на взаємодію зі сполученим їй світом, адже якщо розуміти взаємодію як дискретний акт (а так воно і є насправді), то стан не тільки виникає, але і передусє взаємодії, оскільки особистість завжди знаходиться в якомусь стані. Пошук відповіді на сакраментальне питання "що було раніше?" уже давно дискредитував сам себе, тому ми будемо розглядати ситуацію так, що акт взаємодії людини зі сполучальним їй світом викликає певну стану (примаймі, зміни наявного стану). Це центральна теза, і далі ми спробуємо її розкрити. Насамперед, про той зміст, що вкладається тут у термін "світ". Доречно є також знову екзистенціальній психології, відповідно до якої людина існує в трьох світах, що взаємно перетинаються (трьох формах світу). Перший з них, *Umwelt*, природний світ – це світ навколишньої живої і неживої природи, а також світ її потреб, потягів, інстинктів. Р. Мейєр вірно припускає, що це той світ, у якому людина продовжувала б існувати, якби не усвідомлювала себе. "Це світ природних законів і природних циклів зну і пильнування, народження і смерті, бажання і спокою, світ біологічного детермінізму, "світ захинутих", до якого кожний з нас якийсь повинен пристосуватися".

**Другий світ людини** – *Mitwelt* – світ взаємин з людьми. **Третій** – *Eigenwelt* – внутрішній світ людини як особистості, що, у дійсності, настільки ж реальний, як і перших два. Життя людини виявляється сполученим з цими трьома формами світу. Стан виникає під час зустрічі людини з одним із них. Ми маємо на увазі, що для виникнення стану необхідне переривання звичної тривалості життєдіяльності якимось дискретним актом, основна особливість якого полягає в його особливому проникаючому характері щодо особистості. Дійсно, що поєднує такі різні події, як захворювання внутрішнього органу, інфекція, яскрава тривожний сон, важлива подія в житті, поява нової яскравої ідеї (образу), зустріч зі значимою людиною, закінчення (початок) діяльності ітд? Нам здається, що об'єднуючим тут є саме характер проникаючого у внутрішній світ впливу (примому активність може виходити як від самого суб'єкта, так і від "одного зі світів"). Такий дискретний проникаючий акт (що має виражену природу події) змінює тимчасову зміну позиції людини у світі і загострює суперечливу напруженість сполучання. Фізична система в результаті такої події рідко змінюється структурно аж до руйнування. Людині дана можливість зберегти структурну цілісність і ціннісну єдність Я, однак це досягається через зміну відображення світу. Стан виступає тут як всеохоплююче динамічне пороутворення, що: а) впливає на когнітивні структури і забезпечує баланс і змєнї діяльності, коли світ якийсь час дійсно відображається трохи інакше, але, з іншого боку, зберігається досвід, що дозволяє людині бути у цілому адекватною звичайно, до визначення меж (різниця між граничними і психотичними станами); б) дозволяє дійсно змінювати

діяльність, у той же час зберігаючи особистість у рівновазі з усіма трьома "світами" і самою собою. Головне ж нам бачиться в наступному: стан, що виник у результаті "проникаючої" акції, дозволяє пережити ситуацію впливу (неважливо, чи людини на світ, чи світу на людину) у ситуацію взаємодії (діалогу) зі світом. Цим досягається найважливіша річ – людина продовжує своє існування як цілісна особистість. З іншого боку, ми можемо говорити про специфічно сигналізуючу функцію, коли виниклі стани ніби "говорять" особистості й сточенню, що подальша взаємодія неможлива, а значить – існує реальна загроза цілісності чи особистості, чи навіть життя людини.

У цілому, ситуація виникнення психічного стану може бути представлена в такий спосіб.

У деякий момент часу лінійна тривалість життєдіяльності переривається дискретним "проникаючим" актом впливу. Відображення цього акту породжує переживання особистості, що усвідомлюється. Останнє принципово, тому що саме усвідомлення переживання повинне, очевидно, визначити – чи "запускатися" механізму виникнення нового стану. Якщо інтенсивність переживання буде такою, що людина не зможе продовжити взаємодію зі світом у нинішньому стані, виникає новий стан, що трохи змінить ситуацію внутрішнього світу, не руйнуючи її, і дозволить будувати нову взаємодію. У цій схемі найбільш істотним і складним нам уявляється взаємозв'язок між переживанням і станом.

Як уже зазначалося, експериментальне вивчення психічних станів людини являє собою досить складну дослідницьку проблему. Ряд авторитетних дослідників, зокрема М. Д. Левітов, зазначили, що отримання надійних емпіричних даних щодо змісту і динаміки перебігу психічного стану вкрай утруднене неможливістю встановити чіткі психологічні кореляти даного феномену. Левітов справедливо вказує на те, що зміни поведінки індивіда, які можна помітити в спостереженні, відхилення об'єктивних показників деяких психофізіологічних параметрів є індикаторами наявності певного стану, але вони, фактично, дуже мало говорять про психологію цього явища. Проблематичним є і використання самозвітів досліджуваних. Справа в тому, що самозвіт руйнує переживання як суб'єктивний дериват стану. Бажаючи висловити, вербалізувати переживання певного стану раціоналізує саме переживання, знищуючи його емоційний компонент. Реально людина декларує своє розуміння того, що вона, як їй здається, переживала. Це лишило, до речі, дуже вдало описане в художній літературі. Зокрема, Костянтин Левін (герой "Анни Карениної" Л. Толстого) дуже глибоко переживає красу природи, але для нього є нестерпним про це говорити, і він не любить, коли про це говорять інші.

Вербалізація (раціоналізація) руйнує його переживання, роблячи їх неприємними, грубими, "спотвореними". Методичні перешкоди уявляються нездоланими, якщо врахувати положення М. М. Бахтіна про те, що висловлювання не стільки виражає переживання певного стану, скільки формує його. Точніше було б сказати, що воно його реформує, відмінює, отже суб'єкт, що звітується, опиняється в стані створення взаємно нового переживання, і зрозуміло, що його пояснення не можна приймати як серйозні дані. В цьому плані не має сенсу покладатися й на інтроспекцію, коли завдання на самоспостереження за власним станом ставиться до його виникнення. Реально цим завданням ми відлучуємо людину від власного стану, що вже саме по собі є артефактом, оскільки сутнісно психологічна характеристика стану полягає вкрай в тому, що він є станом особистості, тобто – нею самою в цей час, отже, ні про яке відокремлення мова йти не може, навіть теоретично.

Вказані труднощі призводять до того, що все, що ми знаємо сьогодні про психічні стани, є суто описовою інформацією життєвого рівня (звісно, це ніяк не можна вважати феноменологією). Хоча слід віддати належне таланту великих клініцистів, чий опис



в не просто літературно досконалими, а й дуже точними та евристичними. Однак вони все рівно не можуть вирішити розкриття психологічної сутності (структури і динаміки) психічних станів.

У своїй центральній роботі М. Д. Левітов зауважив, що для вивчення деяких станів особистості доречно використовувати метод аналізу продуктів діяльності. Нам здається, що стан творчості – саме той, по відношенню до якого цей метод може бути адекватним. Однак його застосування вимагає створення концептуальної парадигми, яка зовсім не може бути схожою на традиційну. Спробуємо пояснити цю думку. Нам слід виходити з того, що ми знаємо точно: акт творчості, безсумнівно, пов'язаний з особливим психічним станом особистості. Це називають "піднесенням", "нахненням" *etc.*, але нам здається, що необхідності в таких назвах немає, адже креативність як вияв сутності є цілком своєрідним, нескрожим ні на які інші, станом. Специфіка креативного акту така, що в ньому відбувається вільний і власно амотивований вияв особистості, і це, безумовно, означає, що в продукті творчої діяльності відбувається якимось чином внутрішній світ людини (принцип опредметнення, встановлений С. Д. Максименком). Результатом такого вираження-втілення завжди є символ, "даний за допомогою якогось зображення, – значає О. Ф. Лосєв, – або без нього, і він завжди є дещо оформлене і упорядковане. Він містить з собі завжди якусь ідею, котра виявляється законом всієї його побудови". За останніми даними, символ, що утворюється в результаті акту творчості, являє собою складну цілісність образу і переживання. Таким чином, повинно існувати принципова можливість "розкодування" продуктів творчого акту, в тому сенсі, що ми можемо в них дістати інформацію щодо внутрішнього світу суб'єкта творчості, і, зокрема, його психічного стану в момент творчості. Але ця можливість, підкреслимо це, існує, дійсно, лише принципово, оскільки в межах традиційного підходу до вивчення психології особистості всього цього зробити не можна.

Говорячи про традиційний підхід, ми маємо на увазі ту методологічну схему, згідно з якою дослідник нібито може отримати дійсні науково-достовірні знання про психологію особистості, відокремившись від живої реальної людини і працюючи в просторі абстракцій. Результатом такого пізнання, зрозуміло, буде лише логічна схема, в якій не буде індивідуальної нюансованості, складності, не буде життя. Якщо для деяких завдань такий підхід може бути виправданим, то для вивчення особливостей психічного стану він непридатний абсолютно, адже стан – завжди суто індивідуальний і живий візерунок, і його схематизація означає знищення самого предмета дослідження. Чи в, скажімо, творчій митця відбитим-втіленим його внутрішнього світу? Так, безумовно. Але чи можемо ми "розшифрувати" цей світ, якщо зовсім абстрагуємося від життя митця як людини? Це звучить як нонсенс. Ми дійсно можемо спробувати реконструювати дуже сильно, ескраво-хворобливі стани, наприклад, Ван Гога, за його картинками, але лише у випадку, якщо ми знаємо його життя і його особистість. Отже, завдання вивчення особливостей психічного стану творчості за продуктами діяльності можна виконати лише в контексті життя особистості досліджуваного. Але це – лише одна сторона проблеми. Інша, не менш важлива, полягає в особливій позиції самого дослідника. Людина, яка науково вивчає світ, "знаходиться в особливих важливих відношеннях з досліджуваними об'єктами, і вона повинна зробити себе частиною своєї проблеми. Це означає, що суб'єкт ніколи не може бути відділеним від об'єкта, який він спостерігає". Ролло Мей зазначає далі, що така постановка питання відкриває хибність думки, ніби правду можна зрозуміти лише в логіці і термінах зовнішніх об'єктів. Відкриваються широкі галузі внутрішньої суб'єктивної реальності і виявляється, що така реальність може бути правдою, навіть якщо вона суперечить об'єктивним фактам. Питання про те, відбувається

що-набудь об'єктивності, вирішується тут на зовсім іншому рівні – так звана об'єктивна правда входить у складне й суперечливе відношення до правди суб'єктивної, правди внутрішнього світу особистості. Це, як бачимо, має пряме відношення до психології творчого акту: так, у ньому зазвичай переживається те, чого не було об'єктивно, але ж саме переживання і стан, який його "огортає", є правдою для особистості творця. І ми не можемо ставитись до цього, як до вигадки, а лише як до реальності, реальності внутрішнього світу. Така зміна позиції є принциповою. Вона змушує "забути" про абстрактну об'єктивність, а, навпаки, породжує діалогічну інтенцію дослідника – виникає бажання розкрити, говорити з даною конкретною особистістю, яка переживає цей об'єктивно-неможливий стан.

З позиції, яка тут проводиться, ми повинні однозначно прийняти, що художній гайр – втілення правди, тобто психічного стану, який переживається автором під час створення. Чому ж тоді так гостро хочеться вірити в те, що саме так і ми б переживали цей момент? Чим досягається цей ефект? На це не можна відповісти лише з точки зору літературознавства, ми повинні хоч трішечки знати про автора-особистість. Екзистенційна проблема становлення, виокремлення Я-інстанції у внутрішньому світі – це ті речі, які досить болісно переживає автор. Саме вони і впливають у образ-переживання.

Одним із центральних в екзистенціальній психології є поняття "Я – є переживання". Це дуже складне особистісне утворення, яке означає, що кайтесенцією існування є "сила бути": "буття віднесене до майбутнього і невіддільне від становлення". Це – порозуміння існування, усвідомленого в самосвідомості. Р. Мей зазначає спеціально, що "Я – є переживання" не утворюється автоматично – людина має пройти через серйозні випробування життя і по-справжньому вирішити бути: "Мій сенс буття – це не моя здібність бачити оточуючий світ, вимірювати його, оцінювати реальність. Це моя здатність бачити себе як істоту в цьому світі, знати себе як істоту, яка може робити все це". І далі, ще точніше і покращіше: "Буття означає не "Я суб'єкт", а "Я є істота, яка може серед інших істот взяти себе як суб'єкт того, що відбувається".

Можна стверджувати, що "Я – є переживання" є таким, що конститує стан творчості. Не захопленість (поглиненість) темою, не прагнення реалізувати задум є тут головним: творчість в дійсності дає можливість людині відчутти реальність власного Я, його існування і становлення. Це настільки захоплююче й сильне переживання (А. Маслоу назвав його "вершинним" або "можовим"), що людина раз по раз прагне відчутти його ще і ще: в цьому дійсна принадність творчого стану, і в цьому його проблематичність для особистості. Адже "Я – є переживання" означає Зустріч із своїм дійсним Я, власною сутністю ("Зустріч" тут розуміється в тлумаченні М. Бубера). Проте сам Бубер зазначає, що Зустріч не може продовжуватися занадто довго, вона... минає. І саме тоді, здається, виникає те, що можна назвати постстаном творчості – вичерпаність людини. І треба знову жити, йти до нової Зустрічі, до нового "Я – є переживання". Розглядаючи під цим кутом зору авторські творіння, можемо зробити припущення – образ, створений автором, не є актуалізацією якогось неусвідомленого досвіду, це, фактично, не є і образ реальної події: автор втілює власне переживання стану народження себе як Я-існуючого, Я-суб'єкта. Взагалі, зазначимо, що це відображення руху до Я-дійсного, існуючого, дуже притаманне сучасним авторам.

Своєрідним механізмом, завдяки ді якого стан творчості дозволяє суб'єкту відчутти "Я – є переживання", є вихід за ситуативність, буденність, за межі власних поточних бажань і вражень. Цей механізм має назву "трансценденція", замість розщеплення буття на суб'єкта (людину, особистість) і об'єкта (річ, оточуюче середовище), зазначає Л. Білс-

вангер, тепер у нас є єдність існування і "світу", яка забезпечується трансценденцією, розглядається як сутнісна характеристика людського існування. "Це здатність, – зауважує Р.Мей, – вже встановлена в терміні "існувати", тобто "викремлюватися з". Існування передбачає безпереране виникнення, трансцендування з минулого в справжнє і майбутнє. Трансценденція означає не лише "вихід за" деякі межі, але й переживання, з цим пов'язані, і саме тому "будь-який вірний опис людських істот вимагає прийняття до уваги переживання".

Самотрансценденція передбачає, що людина повинна піддавати сумніву існування взагалі і власне існування зокрема. Цей сумнів може набувати особликої гостроти, болючості і конфліктності в деяких станах. Зокрема, ми маємо на увазі стан творчості як "чисту" трансценденцію. Рух особистості о стані "Я – є переживання" може бути доволі складним, навіть примарним, але це завжди є рух буття власного Я-існуючого.

Ми бачимо в багатьох творах важке, якщо не катастрофічне, болісне вирішення людиною проблеми існування (буття – небуття). Відчуваємо саму динамічну зміну стану творчості, відчуваємо, як автор дуже (і, тією), але чітко доторкається до цінностей, проходить між ними і темними несформованими бажаннями. І виходить – таки до світла існування і буття.

Нарешті, ми маємо зазначити, що стан творчості як самотрансценденція, як "перебування" в стані "Я – є переживання", передбачає не лише Зустрін з Я-існуючим, а й постійне підсилення його, утримання як такого і відсторонення від того, чим це Я є. Отже, цей стан є таким, в якому загострено функціонує самосвідомість. "Самосвідомлення передбачає самотрансценденцію... Усвідомлення себе як існуючого в світі передбачає здатність відсторонитися, подивитися на себе і на ситуацію, оцінити їх, а потім стимулювати себе нескінченним різноманіттям можливостей". Творець переживає це дуже болісно, боює і трагічно, оскільки ситуація сприймається ним як роздвоєння "Я".

Ми можемо бачити, що колізії взаємостосунків з "Я-дійсно існуючим" є дуже гострими. Форма відображення – дуже різна, від відвертої і чіткої до складної образності, перекітлення, ніби розмивання і абсолютно нового синтезу, але сутність завжди одна – Я-існуюче "б'ється" як активна і самостійна субстанція, бажає збереження, цілісності буття.

І це є, безумовно, ще одним центральним моментом стану творчості. Митець самим своїм станом створює таку внутрішню правду, реальну ситуацію, коли в різноманітності він може "вибирати серед багатьох видів відношень між світом і "Я". "Я" – це здатність бачити себе в різноманіттих можливостей".

І це є дійсна свобода по відношенню до світу. Свобода, відкритість світу, створення безлічі можливостей існування і вільний вибір, вирішення екзистенційних проблем існування – це й є характеристики творчого стану особистості. Ми бачимо, що наше уявлення про особистість та її існування, позицію дослідника в аналізі – дійсно дозволяє відтворити динаміку душевного стану людини на підставі продуктів її творчої діяльності.

В кінці – це одна важлива теза, ретельне розкриття якої потребує спеціальної роботи. Мова про те, що в психології існує думка, ніби стани творчості дуже близькі за своєю природою до граничних і хворобливих психічних станів.

З того, що тут викладено, дуже гарно видно принципову різницю, і стан творчості – це самотрансценденція через створення різних світів, відкритість їм і вільний вибір їх. Однак патологічного розладу – це обмеженість одним єдиним світом, фіксація на ньому. При патологічних станах, зазначає Л. Бінсвангер, "свобода, яка дозволяє світу" бути, заміняється несвободою пригніченості за допомогою того чи іншого "світлопроекту" ...



### Біопсихічна підструктура

Свого часу К.-Г. Юнг досить яскраво говорив про те, що нам просто не під силу дійсно зрозуміти й висловити єдність біологічного і психічного в існуванні людини. Він вважав, що це питання не психологічне, а філософське, і отже, на рівні позитивної науки його просто слід прийняти і з ним працювати. В цій роботі вже доволі багато говорилось про проблему взаємодії біологічного і соціального, але в дійсності важливіше зокремити ще один аспект – тенденцію, функціонально-динамічне явище співіснування біологічного і психічного.

Традиційно психічне розуміється як сукупність психічних явищ, які відомі всім. Біологічне ж є тим, що стосується життя організму, життя тіла, його функцій, структури. Але ми не маємо насправді окремого існування того і іншого, просто вони по-різному між собою з'єднуються на різних етапах онтогенезу. Співвідношення біологічного і психічного в особистості завжди міняє свою конфігурацію, міняє свій зміст: одна справа, коли йдеться про це співвідношення на дуже глибоких рівнях, в існуванні кореневих потягів, організмних потреб, і зовсім інше – коли береться вважання біологічного і психічного, наприклад, в діяльності. Вони й тут, безумовно, поєднані, але поєднані по-іншому. Якщо на глибокому рівні це є біопсихічна напружена єдність, частини якої не можуть існувати одні без одних, то на рівні більш поварховому ми можемо говорити про іншу природу взаємодії.

В деяких дослідженнях показано, що співвідношення біологічного і психічного міняється в особистості в процесі онтогенезу. Вже зазначалося, що О. Р. Лурія показав, що воно не є незмінним. Точка зору О. Р. Лурії дуже мала, на жаль, використовується в сучасній психології. Традиційно вважається, що на більш ранніх етапах онтогенезу у дитини переважає, в діяльності і активності біологічний компонент, а на пізніших етапах переважаючими стають соціальні чинники. О. Р. Лурія, який проводив дослідження мислення та пам'яті дітей і дорослих, показав протилежну картину, причому вона доведена емпіричними фактами і в принципі не викликає ніяких сумнівів. На початкових

етапах онтогенезу процеси мислення і пам'яті якраз найбільш соціалізовані, вони максимально залежать від умов виховання і тієї діяльності, в якій дитину, власне, вчать мислити і запам'ятовувати. Ці процеси лише поступово починають набувати індивідуально-неповторної природи, і в ній виявляються найбільше власне спадкові і генетичні фактори. Якщо слідувати логіці Лурії, індивідуально виникає від того, що біологічне, спадкове займає все більше місця в діяльності того чи іншого процесу. Здається, що це можна поширити на всі процеси, хоча це буде лише припущення, тому що інших емпіричних досліджень, у цьому напрямі не проводилося. Незрозумілим залишається, чому на перших етапах онтогенезу біологічне, спадкове ніби пригнічується соціальним досвідом, який активно зокорює людину, і як воно змінюється в подальшому, як соціальне вступає в нові взаємостосунки з біологічним. Ці механізми, процеси і явища вимагають емпіричних досліджень, але нам здається, що в контексті даної проблеми потрібно звертати на це увагу.

Особливості взаємодії біологічного і психічного в межах підструктури особистості полягають в тому, що її "вуглооски", наслідки відбиваються в цілій особистості взагалі і будь-яке явище, будь-яка особливість містить у собі це співвідношення як вираження їхньої єдності. Конкретним проявом є, наприклад, явище психосоматики, яке привертає в наш час найбільшу увагу практиків. Ті, хто займається прикладними дослідженнями, практичною психологією, медичною психологією, відкривають дуже багато невідомих поки що механізмів співвідношення розвитку особистості в цілому. Медицині зараз відомі факти, що, за статистикою, до 80% виразок шлунка мають психогенну природу; існує також багато інших фактів. Але знову-таки ми не знаємо механізмів: що психічно впливає на роботу соматичних органів; і можна навести багато фактів, коли існує і зворотний вплив: стан соматичний, стан системи органів впливає на психологічне функціонування особистості в цілому. Зрозуміло, що подібні речі є серйозним підтвердженням дійсної єдності людської істоти. Але, з іншого боку, вони вимагають розгортання науково-психологічних досліджень. Адже, окрім статистики і суто життєвських спостережень, не існує на даний момент інших знань про дійсні механізми подібних явищ. Слід агадати знову Виготського, який ставив перед психологією задачу: не теоретизувати на рівні цих життєвих фактів, які є очевидними, а отримувати наукові факти і вже від них відштовхуватися для пізнання дійсної психології явища. Тож неможливо в цій роботі давати якісь змістовні характеристики психосоматики, через те що це явище вимагає серйозних емпіричних досліджень, яких практично немає; які в медичній психології. Зокрема в розділі, що присвячений онтогенезу, ми говоримо про любові і зазначимо, що галузь психосоматики не досліджує, як психічні стани і психічні особливості батьків впливають на продукування статевих клітин і отже – на подальше зростання і розвиток дитини, що розвивається. Але це означає не те, що цього впливу немає, а те, що дослідження в цьому напрямі не ведуться. Навіть на поверховому, статистичному рівні ми таких досліджень не маємо, хоча їх не так важко здійснити.

В межах аналізу даної підструктури викликає увагу дуже цікава теорія провідних тенденцій Л. М. Собчик. Вона виділяє в особистості темпераментальні властивості, які у найбільш чистому вигляді втілюють дійсне поєднання біологічного і психічного. Кожна властивість темпераменту і є ніби "зернятком"; в ній дуже чітко і ясно видно, "що там з біології і що з психології". Л. М. Собчик накреслює, що це є не властивості, а тенденції, тобто вони мають енергетично-динамічну природу, розвиваються, і, розвиваючись, орієнтуються і формують стабільні якості особистості в галузі поведінки. Автор продовжує цю логіку до характерологічних рис, до комунікації і спілкування особистості в соціумі, показуючи, що прояв тенденцій, їх групування зобов'язує з'ясувати різні

поведінкові стилі. Темперамент як зернято, як клітинку біологічного і психічного розглядає далеко не лише Л. М. Собчик. Це, можливо, найбільш давні і традиційні дослідження. У вітчизняній психофізіології можна назвати Теплова, Небиліцина і їхню школу. Це і теорії темпераменту Кречмера і Шелдона, які, щоправда, розглядали єдність на рівні конституціональному. І дуже багато робіт в галузі фізіології мозку, і всі вони мають "вихід" саме в динаміку, тобто в темперамент. Ми згадали Л. М. Собчик, тому що вона робить на наш погляд, крок уперед, говарячи про тенденції, про те, що вони пронизують далі всю особистість і її вершинні рівні, такі, як цінності, спрямованість, характер, досвід. Тенденції зумовлюють індивідуальний стиль діяльності та поведінки. Таким чином, на даний момент існує достатній емпіричний матеріал у традиційній психології, щоб говорити про наявність певної теорії біопсихічної єдності людини.

Дещо окремо в межах даної підструктури існує проблема тілесності. Традиційно в сучасній психології, аналізуючи біологічне і психічне в особистості, говорять про нервову систему, за винятком, можливо, названих вище імен: Кречмера і Шелдона, які аналізують тілесне. І нам уявляється, що роботи, наприклад, Фрейдиста Райха, роботи Кречмера, Сікорського в галузі фізіогноміки, і філософські обґрунтування, яким присвятив увагу О. Ф. Лосев і дуже багато інших вчених, повинні повернутися в психологію, оскільки особистість являє собою далеко не лише набір нематеріальних за природою психічних структур. Ми говоримо про особистість, маючи на увазі обов'язково цілісну людину, а людина без тіла не існує взагалі: без обличчя, без тілесної структури. І мова не йде лише про вплив особливостей тіла на особистість чи на психіку, йдеться про єдність. В останніх дослідженнях О. Т. Соколові яскраво показано, що образ тілесного Я, образ тіла і саме тіло є дуже важливими психологічними компонентами і водночас причиною численних відхилень у поведінці підлітків і дорослих людей, розвитку раніше-ніжні комплексів. Тобто, психологія поступово повертається до того, щоб розглядати тіло не як носія психіки, носія ідеального, а як складовий компонент, просто необхідну складову частину особистості в цілому. Справа в тім, що логіка нам підказує: все тілесне в людині – це в той же час і психічне. Звісно, тут потрібно відзначити, що найважливішою є теоретична конструкція М. О. Бернштейна: його "психологія живого руху" і засвідчила цю дійсно реальну єдність тілесного і психічного – це дві назви одного і того ж самого. Будь-який рух, найелементарніший, найпримітивіший прояв артикуляції чи руху в просторі – це обов'язково явище психічне настільки ж, наскільки і фізичне. І будова тіла, особливості тіла дуже рано входять у тезаурус особистості. Дитина дуже рано знайомиться зі своїм тілом, її образ "Я", самосвідомість абсолютно не відокремлює тіла. Тобто, все тілесне є психічне. І ми тут згодні з Маслоу в тому плані, що у людини немає виключно і чисто натурального тіла як такого. Тіло визначає образ "Я" так само, як його визначає дух. Тобто, тілесність є структурним компонентом особистості, і, як така, обов'язково повинна входити до психології особистості, адже ми не можемо уявити особистість як "голову професора Дубеля". Про це свого часу говорив О. М. Леонтьєв, а він, між іншим, не відносився до вчених фізіологічного напрямку. Він належав до того напрямку психології і філософії у вітчизняній науці, який був, з одного боку, наляканий політизованим тиском павловського вчення, а з іншого – сам був агресивно настроєний проти цього, і тому його звинуватити у фізіологізмі ніяк не можна. Але і його роздуми про фізіологічне і біологічне, фізіологічне і психічне показують, що це є відлечаткова єдність.

Правильно, лише Е. В. Ільанков, що ми не можемо шукати в будові і у фізіології мозку психічний процес, оскільки це повертає до ідеї "гомукулуса", якого ми там, звісно, не знайдемо, але це крайня і полемічно загострена точка зору. Вже давно фізіологія нервової системи, взагалі фізіологія не розмовляють у таких термінах, ніби

дійсно потрібно шукати якийсь таємничий процес, або субстанцію психічного. Це, повторимо, крайня точка зору. Йдеться зовсім про інше: говорячи про особистість, ми не можемо відокремити її від її тіла, як відокремила фантаст Бельєва голову професора Доуєла. І це означає, що все тілесне пронизане психікою, розумом людини, який є символікою, а, отже, він проходить через всю свідомість. На це хотілося б звернути увагу.

І, нарешті, аналізуючи біопсихічну відструктуру, ми не повинні обійти традиційну, давню думку У. Штерна про конвергенцію. У. Штерн дуже багато зробив для психології особистості, це найбільш видатний персоналог, з нього, взагалі-то, і почалася наука персоналогія. Розглядаючи центральну проблему біологічного і психологічного та їх співвідношення, яка представлялась традиційно як протистояння, Штерн уперше висунув ідею конвергенції, тобто поєднання. Мається на увазі, що біологічне і психічне в людині функціонують разом: це два процеси, які співіснують, які працюють один на одного. Вони відносно незалежні і, конвергуючи, об'єднуючись, і створюють, власне, те, що називається особистістю. В принципі, з цією точкою зору можна погодитися, якщо не зважати на нашу вихідну ідею про те, що насправді психологічне в особистості є вектором, який впливає на поєднання біологічного і соціального. І це ми хотіли б тут акцентувати. Розглядаючи біопсихічну підструктуру, слід не забувати нашої вихідної логіки щодо онтогенезу особистості. Ми розуміємо появу особистості як цілісного носія психіки людини, як результат поєднання довірлого, дуже давнього об'єднання біологічних процесів і процесів соціальних. Сама психіка є, на наш погляд, результуючою силою, результуючим вектором об'єднання цих двох крил, і в такому розумінні, якщо мати на увазі наші уявлення про онтогенез і про нужду як енергетично-інформаційну силу, завдяки якій існує все живе на Землі, поняття біопсихічного, взагалі-то, повинно бути знято, тому що все біологічне в особистості є олюдненим, воно не є чисто біологічним, воно є і соціальним водночас. З іншого боку, все, що ми знаємо про особистість, безумовно, є соціальним: це взаємовідносини, діяльність людини, її ідеї. Все це є завдяки тому, що існує не мозок, а тіло як ціле. Тому ми дану структуру уявляємо як вихідну, кореневу, психічну.

### Досвід

Підструктура досвіду розглядається нами окремо від когнітивної сфери, що не є традиційним. Ми не вважаємо його лише певною кількістю інформації, яка зберігається десь у внутрішньому світі людини і яка потім якимось чином використовується. Для нас досвід – це принципово інше. Досвід – це певний стан системи, яка має не тільки енергетичну, не тільки структурну, але й інформаційну природу. Все, що відбувається з людиною, незалежно від її бажання сприймається системою досвіду людини. Інформація, що надходить з оточуючого та внутрішнього біологічного, є динамічною. Вона не складає, на наш погляд, ніяких резервуарів. Ця думка яскраво висвітлена в метафоричному виразі Роджерса: "Пам'ять – це не відро з водою, з якого ми можемо забрати кувалом те чи інше". Зрозумілою, на нашу думку, є лише одна річ – ми маємо справу з безперервним потоком інформації (потоком нужди), яка є інформаційно-енергетичною за природою і проходить через людину як істоту, і проходить до цього через дуже багато істот, і буде прохитати ще через багато інших. Цей потік ніде не може загальмуватися і не може накопичуватися. Не треба уявляти собі, що існують на шляху цього потоку якісь "конденсатори", які накопичують цю інформацію, і потім ми можемо її використати. Це не так.

Існує єдине динамічне енергетично-інформаційна система, завдяки тому, що в ній накопичуваний досвід минулого існування. Забери цей досвід – у якому б вигляді він не

був – і ми не будемо мати цієї системи, вона зникне, як жива і існуюча. Тут виникає інше питання, як використовується інформація, що рухається в цьому потоці. Коли світ подвоюється, завдяки появі символів, завдяки появі свідомості, тоді виникає трансценденція як можливість системи займатися самою собою, можливість взяти із цього потоку те, що мені треба. Формуються механізми регуляції, які "викоплюють" із потоку інформації те, що треба людині в даний момент. Це, фактично, і є весь механізм. Людина не накопичує, а бере цю інформацію. Вичерпування – дуже гарний термін Спінози. Інформація актуалізується через те, що вичерпується в даний конкретний момент. Це – загальний погляд.

Є інший момент. Крім досвіду, який існує протягом покоління, протягом тривалого життя людства, кожна людина може поповнювати цей інформаційний потік тими даними, що надходять до неї протягом її індивідуального життя. Цей механізм пов'язаний із еластичністю самого "носія". Коли говорять у підручниках, що явище пам'яті пов'язане з тим, що психіка еластична, і можна собі уявити, що на ній можна залишити слід, як, скажімо, босоню ногою на піску, цей образ всім подобається. Фактично, це правильний приклад. Єдине, що можна сказати, – треба уявити рух піску, який відбувається зі швидкістю світла, уявити, що те, що на ньому відбивається, – абсолютно нематеріальне; і це є завжди та сама система, тільки вона щоразу змінюється. Виникає щось на зразок замирення (якщо це порівняти з фізикою) за рахунок контакту системи з оточуючим світом, або за рахунок її уваги до себе в цей конкретний момент. Виникає неби певний вузлик, це і є актуалізована пам'ять. Людина може завдяки цьому подвоєнно звернутися до цього вузлика і актуалізувати його, і використати. Таким чином, актуалізація індивідуального досвіду відбувається за тим самим механізмом. І досвід – це не лише знання. Треба звернути увагу, що знання як таке, інформація як така ніколи не зберігаються у вигляді, так би мовити, чистому. Хто може сказати, що він що-небудь знає без контексту ситуації, в якій це було, без дій, які відбувалися при цьому, без мети, яка ставилася у той час, той скаже абсолютну неправду. Так ніколи не буває. Інформація ніколи не зберігається в "чистому" вигляді, через те що вона підхоплюється, входить у цей потік у тому вигляді, в якому існує життя. Із цього починає ставати зрозумілим, що може зберігатися, дійсно, не тільки інформація як дискурс. Матеріалом, що зберігається, є навички, уміння людини, її системи поведінки, способи її реакцій на певні події, а також способи реакції інших на неї, способи поведінки в окремих ситуаціях, окремих системах, послідовність цієї поведінки. Що ми маємо на увазі, коли говоримо, наприклад, що ось – досвідчений фахівець? Спитайте у будь-якого спеціаліста, що є його досвід? Він ніколи вам його не розкаже, тому що це є квант, це є об'єднання всієї інформації. Вона абсолютно відкрита і "зрозуміла" для системи "особистість" і абсолютно не сприймається у вербалізованому, розгорнутому вигляді. А якщо вона буде розгорнута вербалізуватися, то це буде уже інша інформація. Спробуйте спитати майстра, яким чином він обробляє кристал, що він тільки у нього такий виходить? Він вам розкаже, які він використовує розміри, які застосовує інструменти. Але це вам нічого не дасть. Зникає щось найголовніше – єдність цілісності, що весь час – у русі.

Настігм досвіду є особистість у потоці інформації. Інформація ця комплексна, цілісна і зберігається в цьому потоці у вигляді руховому, виключно руховому. Вона не може там бути в стані спокою взагалі, не може ні на хвилиночку зупинитися. Виникає знову те саме питання – що є пам'ять? Все-таки резервуар, з якого ми щось візьмемо, чи це потік? Вона є і те, і те. І знову нам потрібен свій принцип доповнюваності, тому що ми знову-таки не можемо зрозуміти, що перед нами. Все залежить від ракурсу і точки зору дослідника. Якщо ж йому треба пояснити студенту, що таке збереження як процес пам'яті, доцільніше уявити досвід стабільною системою. Тоді йде пояснення по типу "це відрі з водою". Якщо йому треба пояснити, що означає процес залам'ятування і чим

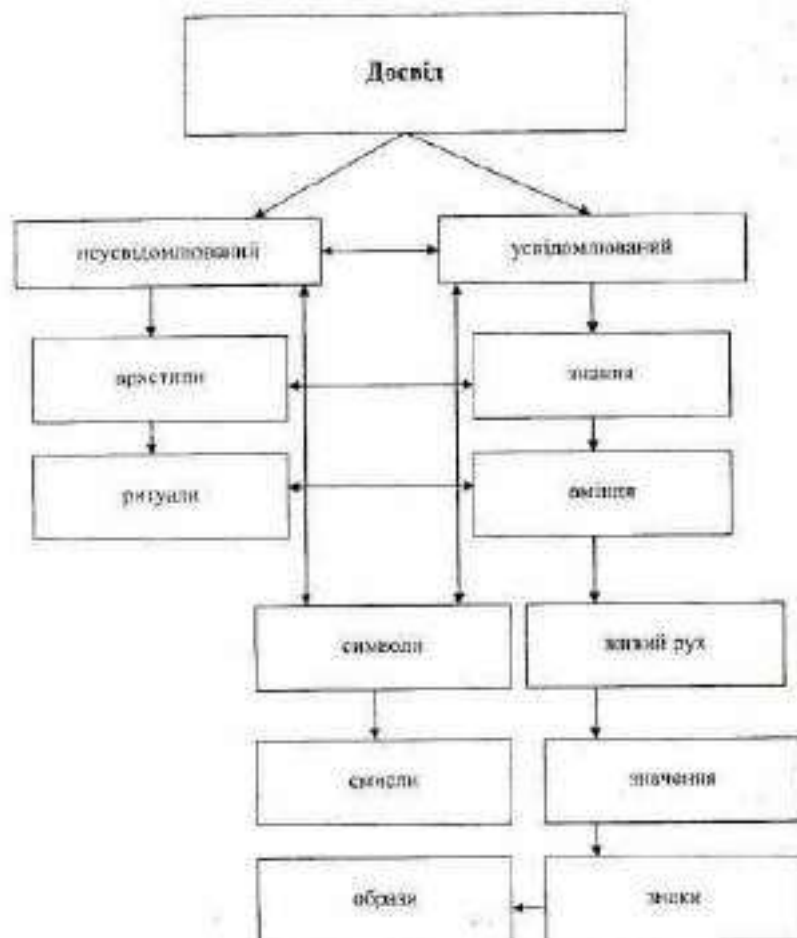


викликана адлерівська увага до ранніх дитячих спогадів, треба переключитися на так звану "хвильову" теорію, і пояснювати це як постійний нескінченний рух. Нам потрібен, повторюю, свій принцип доповнюваності, тому що в досвіді ми бачимо те саме, що Фейнман побачив в електроні. Він є одночасно і плинном, і структурою. І тут, як і кудись, видно цей процес. Надаремно А. Ейнштейн звертався свого часу до психологів: у нього було дуже серйозне листування з Жаном Піаже (чи не змістовніше, ніж із фізиками), найцікавішим психологом того часу, тому що справді тут багато дуже загального. І дійсно, психіка за багатьма параметрами має ті самі проблеми, які досліджується на рівні мікроскопу.

Слід сказати про зв'язок досвіду з іншими структурами. Досвід є досвідом всієї особистості. Відповідний носій інформації включає в себе потік і свідомого, і несвідомого. Це треба розуміти не так, як Фрейд описував Ід, як щось бурхливе, незрозуміле, темне. Потік є угрупованим і структурованим, безумовно спрямованим, його рух має нуду як вихідний носій. Потік, безумовно, є таким, що пронизує все життя особистості і виходить за нього. І коли ми говоримо, що особистість після фізичної смерті залишається в нашій пам'яті, – що саме залишається в ній? Залишаються інформаційні сліди, які виникли в досвіді цієї людини. Не лише її образ. Залишається все, що з нею пов'язане, все – цілісно. Чому кажуть, що добре, коли ми не бачимо мертвого близьку людину? Тому що ми її пам'ятаємо як живу. Тому що це не руйнує образу цілісної особистості, яка перед нами. І тоді це яскравіше, це ближче до суті тієї людини, яка була поруч з нами. І якщо не буде інформаційної частинки в потоці нуду як носія життя, то не буде взагалі системи, якої не буде на чому ґрунтуватися.

Коротка ремарка з галузі власне практичної психології щодо досвіду: відомо, що досвід у практичному житті людини відіграє подвійну роль. З одного боку, це роль позитивна, що не потребує аналізу. Це те, без чого просто неможливо існувати. З іншого боку, на рівні суто життєвих, конкретних проблем, досвід, або частковий квант якогось досвіду, який чомусь був пережитий людиною дуже гостро і залишив найбільший слід, людина його найшвидше відшукуює в цьому безкінечному потоці інформації, може фактично проблематизувати, закрити можливості існувати по-іншому. Він може набувати природи мотивів, спрямованості і, задуляючи собою те, що цікаве нам зараз, може фактично "зупинити" особистість. Так, ми можемо не відмовитися від своєї звички, не перейти на новий рівень спілкування з іншою людиною, а використовувати все звично. Досвід може заважати креативності, творчості. Що, на думку більшості вчених, заважає гнучкості і творчості мислення? Те, що ми, розглядаючи кожну задачу і кожну проблему, яка перед нами виникає, тяжіємо до того, щоб вчиняти звично, тобто на підставі досвіду. Якщо досвід не дає нам відповіді на це питання, ми – і щодо цього є емпіричні факти – намагаємося перебудувати досвід за допомогою уяви, "під" дану ситуацію, і все-таки знайти якісь виходи усередині старого досвіду. Так влаштована психіка людини в цілому. І це відбувається замість того, щоб вийти на новий рівень рішення. Даний механізм заважає творчості. У психології є таке поняття, як інерція дії, яка полягає в тому, що дана людина тяжіє до звичної дії. Я почав рухатися, наприклад, у цьому напрямі, і мені дуже важко зупинити руку і зробити інший рух. Тобто це звичка. Це рефлекторно, і це комфортно психологічно. І ця інерція дуже часто заважає підходити власне до створення суто нових способів поведінки, як на рівні дії практичної, так і на рівні дії мисленнєвої.

Таким чином, досвід складає собою генетичне ціле, виникає за всіма законами розвитку цілісної особистості, існує у певних формах, і змінюється ця форма існування особистості так само, як змінюються всі інші її структури. Досвід виходить до контексту існування даної особистості і пов'язаний з ланками її розвитку.



### Пізнавальна сфера особистості

На початку короткого аналізу когнітивної складової структури особистості, відзначимо цікавий факт: пізнавальні психічні процеси не розглядаються абсолютною більшістю теоретиків як компоненти особистості? Сам вираз "позарособистісна психологія" пов'язаний саме з цим: психологія пізнання "не перетинається" в сучасній науці з психологією особистості, тобто – парадокс – із психологією того, хто пізнає. Це має багато цілком логічних і об'єктивних пояснень, але від них проблема не зникає. І факт цей є особливо сумним, оскільки саме в галузі пізнавальних процесів психологія накопичила найбільший емпіричний матеріал і найцікавіші теоретичні узагальнення. Тож синтез тут був би більш ніж доцільним і ефективним. Ми не можемо тут зупинитися на аналізі причин і наслідків даного "розриву", але, здається, такий аналіз міг би відкрити багато суттєвого відносно витоків кризи в психології, – адже це, власне, стиль наукового мислення: пізнання світу, яке є необхідною атрибутивною ознакою системи "особистість", чомусь вперто виносить "за дужки" і вивчається поза цією системою...

Атрибутивність пізнання зумовлена інформаційною складовою нужди, і, отже, існує об'єктивна необхідність наявності певних психічних структур, дія яких дозволяє існувати нужді, тобто – забезпечує орієнтацію суб'єкта і його взаємодію з оточуючим світом. Пізнання є функцією існування особистості, і саме в ній слід шукати розуміння його єдності. В нейрофізіології і когнітивній психології існують дані про те, що після народження людини об'єм її головного мозку два рази влітку збільшується: під час народження він становить 350 см<sup>3</sup>, протягом першого року життя досягає 700 см<sup>3</sup>, а в 12–13 років – 1400 см<sup>3</sup>. У подальшому збільшується площа його поверхні (особливо це стосується кори великих півкуль).

Що означає ця динаміка? Дуже мало сказати, що вона зумовлена спадково, адже це не відповідь. Ми можемо висунути гіпотезу щодо витоків і механізмів саме такого шляху розвитку мозку людини – органа, який має безпосереднє відношення до пізнання. Від запліднення і до народження людської істоти нужда (головним чином, її інформаційна складова) ніби накопичується в мозкових клітинах, створюючи інформаційне підґрунтя існування і, водночас, могутній енергетичний потенціал готовності (прагнення!) до самооновлення інформації як умови подальшого існування і розвитку. Особистість виявляється в стані готовності до справжнього енергетично-інформаційного вибуху, який відбувається в перший рік її постембріонального існування. Це дійсно вибух – людині неможливо уявити щось подібне тому, що відбувається з нею, з її мозком, а її психікою в такий критично-маленький період існування! Ми вже зазначали і скажемо ще раз, що не слід ніяк загострювати ступінь негативності так званої "кризи народження", принаймні з точки зору інформаційної. Швидше, це схоже на інсайт, раптове відкриття салту. Але дитина виявляється готовою до цього, і таке кардинальне збільшення об'єму мозку в надкороткий час може говорити лише про те, що це в цілком детермінована, спрогнозована, очікувана акція назустріч світу інформації. Цей "рух назустріч" є проявом активності суб'єкта нужди до життя, до існування.

Нам здається, що кількісний показник (збільшення на 100 %) є "надлишковим" відносно завдань суто адаптивних. Доречніше говорити про тенденцію заволодіння і переживання-перетворення оточуючого в "своє – інше" – у свідомість і самоусвідомлення. Такого розміру змін мозку, як у людини, немає в жодній іншій жвавій істоті. Це, свідчить про потенційну могутність інтелекту, і, зокрема, про готовність сприйняти, тоніше – "увібрати в себе" щось набагато більше і різноманітніше, ніж світ природи: це друге природи, світ людини. З перших днів життя дитина сприймає не лише об'єкти – вона сприймає мову, надскладну інформаційну структуру з безліччю контекстів і відгалужень – і дитина виявляється здатною до цього! Унікально-універсальний засіб людського спів-існування, закодований і розгалужений, виявляється "під силу" новонародженій дитині. І, наголосимо, – лише і виключно людській дитині.

В цьому плані, також адекватно і синхронно в часі, у дитини формується "засіб у відповідь" – власна мова. Вхідження в світ соціального існування, "соціальне запліднення" виявляється синхронізованим з "вибухом" розвитку когнітивної сфери. Це може свідчити лише про те, що на початку онтогенезу когнітивна сфера є домінуючою в існуванні і розвитку особистості. (Ми зовсім не відхидаємо при цьому важливість процесів, що відбуваються в інших сферах особистості: мова йде про те, що отримало назву гетерогенності і гетерохронності психічного розвитку).

Перший рік життя, "великий вибух" розвитку пізнавальної сфери породжує кардинальний напрям її подальшого ставлення – диференціацію пізнавальних процесів. Когнітивна сфера як функція пізнання є відпочатково цілісною, тобто – єдиною. Її розвиток являє собою рух від менш розвиненої, недиференційованої цілісності, через диференціацію –

до інтегрованої єдності. Ми, власне, маємо на увазі, що функція пізнання і орієнтації в світі ніколи не може забезпечуватися якимось одним, окремим пізнавальним процесом. Коли С. М. Леонтьєв, досліджуючи філогенез психіки, приходять до висновку, що розвиток пізнання починається як суто сенсорний процес, він, безумовно, неправий. Адже для орієнтації живої, цілісної істоти у світі ніколи, навіть на рівні найпростішого організму (амеби чи інфузорії), не може бути достатньо самого лише відчуття: організм орієнтується, і це означає, що він відображає, зберігає інформацію, якою її актуалізує і перетворює, – сам, уже як суб'єкт. І, отже, мова не може йти про сенсоріку як таку, сенсоріку в нашому сучасному її розумінні, тобто – лише як відчуття.

На низьких рівнях еволюції життя пізнавальна сфера виступає у своїй нерозвиненій і недиференційованій, але – єдності. Хоча єдність це ще не можна називати цілісністю: пізнання являє собою функціонування єдиного, спрощено-елементарного процесу, в якому є лише елементи й частини тих явищ, які ми знаємо як відчуття, сприймання, пам'ять тощо. І далі, якщо вже говорити про філогенез і про С. М. Леонтьєва, який, зазначимо, досліджував у даній роботі розвиток саме пізнавальної сфери – детермінантою розвитку цієї сфери Олександр Миколайович вважає перехід світу до гетерогенності. Але ж звідки береться гетерогенність світу? Питання залишається відкритим, що й не дивно, враховуючи той час, коли створювалась робота.

Нам здається, що гетерогенність, ускладненість світу є, перш за все, наслідком існування суб'єктів життя – істот. Вони "захоплюють" простір життя, освоюють його, змінюють, накопичують, реалізують і знову накопичують інформацію. І, таким чином, ми, в дійсності, маємо один світ живих істот. Тут немає детермінації в її вульгарно-матеріалістичному розумінні, і тут не можна розділити в часі процеси інтеріоризації і екстеріоризації: це саме один світ, і він само-детермінований через суб'єктів, у ньому живуть і діють... Наслідком відображення світу на цьому етапі не є образ, це, швидше, аморфно-складна єдність інформації і її переживання (емоції).

Якоюсь мірою цей рівень розвитку когнітивної сфери повторюється і в онтогенезі. Це відбувається, на наш погляд, в ембріональному періоді, коли на 5–8 місяці існування виникає (і це експериментально підтверджено) явище відображення. Воно є комплексним, недиференційованим і спрощеним: це (якщо вживати сучасні терміни) одночасна дія уваги, відчуття, сприймання, пам'яті, мислення. При такому пізнанні не формується, як ми говорили, образ, а формується деяке утворення загального характеру, що має швидше емоційно-сигнальний, дуже невизначений і неструктурований зміст. Після народження дитини дуже швидко відбувається диференціація, і експерименти (численні, особливо в зарубіжній психології) фіксують дію окремих процесів і наявність образів.

Отже, генетично відпочатково когнітивна сфера людини являє собою спрощену неструктурований (аморфну) єдність, і її подальший розвиток відбувається в напрямі диференціації, тому що такою є необхідність існування людини в біологічному і соціальному оточенні. Разом з тим слід зазначити, що диференціація не означає відокремлення процесів один від одного і від особистості в цілому: вираз С. Л. Рубінштейна, що психіка людини особистісна, означає в даному випадку тісний взаємозв'язок і визначальну роль особистості щодо функціонування і розвитку психічних пізнавальних процесів. Це добре видно в подальшому онтогенезі: вже наприкінці першого року життя дитини пізнавальні процеси, що існують як окремі, водночас починають об'єднуватися у нову, явищу, інтегровану цілісність. Цей процес завершується в підлітковому віці (чи випадковим є те, що він співпадає ще з одним 100 % збільшенням об'єму мозку?).

Що мається на увазі? Образи, що утворюються внаслідок відображення світу людиною, у своїй сумі створюють те, що прийнято називати "внутрішнім світом" особистості.

Вони мотивують діяльність і виконують функцію саморегуляції, але водночас вони розвиваються самі. Цей момент є до деякої міри ключовим і по-різному тлумачиться в психології. Коли сучасна когнітивна психологія в особі Найссера або інших дослідників говорить про так звані перцептивні схеми, мова йде фактично про наявність певного досвіду, який існує у людини до початку відображення зовнішнього світу, з яким порівнюється це відображення, і, кінець кінцем, формується певний образ. Виникає цілком закономірне для генетичної психології питання: звідки береться схема? Ніколи когнітивна психологія на це питання не відповідала, тому що тут виникає або знову ідея "гомункулуса", який існує відпочатково, або ідея "лихої" нескінченності, адже можна сказати, що ця схема виникає з попередньої схеми, а попередня схема виникає ще з попередньої схеми, і таким чином ми будемо йти у безкінечність, і ніколи не знайдемо ніяких витоків.

Ми вважаємо, що у даному випадку слід спиратися на дійсне розуміння витоків формування та існування особистості. Схема – це є частина, складовий елемент того соціально-біологічного досвіду, який передається і викликає розвиток та існування особистості в цілому. В принципі, він включає в себе когнітивні моменти, як і інші, і передається це за рахунок так званої "соціальної спадковості", як її назвав П. П. Блонський, від соціальних істот – батьків дитини. Яким чином зберігається цей матеріал – наука не знає, але це не значить, що цього не слід досліджувати. Отже, наявність того, що когнітивна психологія називає когнітивними схемами (можна назвати це і по-іншому – наявність якогось попереднього, парамірного, базального досвіду для того, щоб будувати образ), викликається не якимись дезаприродними явищами. Це зумовлено тим, що істота ніколи не народжується з неживого і неособистісного: вона є носієм досвіду, і "когнітивна сфера" є частиною цього досвіду.

Аналізуючи когнітивну сферу в цілому, ми бачимо, що є дуже складні взаємодії: сині когнітивного і емоційного на різних етапах онтогенезу особистості. І те, що первинні образи і первинний досвід людини складаються, головним чином, на базі емоційних переживань, є абсолютно вірним, але це означає також, що когнітивна сфера взаємодіє з емоційною сферою, адже без пізнання просто неможливі хоч якісь враження. З іншого боку, будь-які сигнали про оточуючий світ, хай би вони були найпростішими, є в той же час емоційними, чуттєвими. Особливо яскраво це видно на попередніх, первинних етапах онтогенезу. Тут ясно проглядає не лише повна єдність окремих елементів пізнання, але й всієї когнітивної сфери зі сферою емоцій.

Проблематичним на даний момент є питання формування образу. Не дивлячись на те, що численні дослідження у психології присвячені проблемі сприймання (про це писав і О. М. Леонтьєв в одній із своїх останніх статей), проблема полягає в тому, що ми так і не знаємо, як формується образ. І різні тлумачення цього процесу не відкривають до кінця його дійсного змісту. Елементарне, здавалося б, питання про те, як людина бачить образ, не може бути вирішене на даному рівні науки, тому що ми не можемо уявити собі це "бачить" чимось іншим, ніж метафорою, адже для нас поки що цілком очевидно, що бачення пов'язане з певними перцептивними системами. У даному випадку таких систем не існує.

З іншого боку – де орієнтується людина: в системі образів, які складаються у неї про зовнішній світ, чи в самому цьому зовнішньому світі? Іншими словами, що насправді відображається в моїй психіці: людина, яка сидить переді мною, чи я маю справу з відображенням її у моїй психіці, з моїм образом цієї людини? Відомо, що у філософії дуже багато було зааманя з цього приводу списів, і створено багато різних гіпотез, аж до абсолютного непізнання світу, будемо, що людина фактично орієнтується у власних образах і ніякого об'єктивного світу насправді немає. Ми не знаємо відповіді, наприклад,

на таке питання: як зоровий образ формується завдяки слуху або іншим рецепторам, як відбуваються ці переходи? Загадок дуже багато. Нам здається, що використання тут явища переживання, про що вже йшлося, може частково допомогти відповісти на деякі питання. Крім того, нам здається дуже евристичною позиція, заявлена у філософії Спінози, і його термін "вичерпування зовнішнього світу людиною". Йдеться про активну взаємодію людини з предметом, в результаті якої образ формується, постає. Знову-таки ми бачимо, що пояснення будь-якого факту, в даному випадку образу, можливе лише якщо ми "ухопимо" в експерименті процес його виникнення, або процес переходу одного образу в інший, або процес зміни образу. Фактично, йдеться про вищечення генези образу.

Повернімося до проблеми розвитку образу. У вітчизняних дослідженнях (перш за все – О. В. Залозоржів і його співробітників) доведено, що образ розвивається, перетворюючись у знак. Це відбувається, починаючи з найбільш ранніх етапів онтогенезу, завдяки тому, що сприйняття дитини супроводжується коментарями дорослого. Що, насправді, являє собою сенсорний еталон? Це – певний об'єкт, явище, властивість (кількість, наприклад, або висота звуку), яка в соціальній дійсності для дитини виявляється нерозривно з'єднаною зі словом. Таким чином, образ чи не з самого початку існує у внутрішньому світі одночасно і поруч із відповідним терміном. Поступово він "згортається", приховується його чуттєво-чутлива насиченість, і так виникає знак. Ми не можемо "сперечатися" з Віготським, який доводив, що "вирощується" саме знак, оскільки не маємо емпіричних фактів. Але генетична логіка говорить сама за себе: знак не вирощується (він просто занадто складний і "чужорідний"), а створюється самою людиною за допомогою об'єднання образу і слова. Чому це так можливо? На це питання культурно-історична теорія відповідає абсолютно правильно – тому що людське пізнання є особистісно-активним процесом (це – не дзеркальне відображення). Активність і діяльність створюють внутрішній світ.

Віготський, аналізуючи психологію сліпої дитини, завершує роботу фразою: "Сліпоту перемагає слово!". Що мається на увазі? Адекватність відображення людиною світу визначається не світом і не психофізичним станом сенсорних процесів. Вона визначається існуванням цілісної особистості в соціальному оточенні. Вищі психічні функції (опосередкування, довільність) утворюють нові міжфункціональні зв'язки, роблячи особистість напорчуд гнучкою і життєздатною. Це – компенсація, але не завдяки іншим когнітивним процесам, а завдяки іншій природі – культурному середовищу, яке надає можливість існувати буквально "будь-що", якщо тільки сама людина хоче цього. Створення і використання знаку дозволяє змінювати співвідношення процесів, і рівень пізнання визначається вже не розвитком якогось одного процесу (мислення чи сприймання), а складністю і гнучкістю системи зв'язків.

Розгляд психологічних проблем пізнавальної сфери особистості не повинен стосуватися лише аспекту забезпечення адекватності психічного відображення в плані життєдіяльності. Суттєвим є момент пізнання у межах, власне, наукового осягнення дійсності. Ми можемо констатувати серйозний етап сучасної науки, який, щоправда, зумовлений розвитком не психології, а інших, перш за все природничих наук.

Безпосереднє відображення дійсності у сприйманні не відкриває нам її суттєвих ознак і потаємних механізмів існування явища або предмета. Це досягається за допомогою мислення, яке дозволяє відкрити, утримати, абстрагувати і узагальнити суттєве як таке. Виникає абстрактне знання, і образ сприймання доповнюється і збагачується. Проте він залишається образом, маючи всі відповідні властивості (константність, предметність *etc.*). Цей образ людина "переносить" на дійсність і

вивчає, власне, не її як таку, а її відношення з абстрактним образом. З'являються нові знання і виникає ілюзія пізнаваності світу. Дуже неприємна і небезпечна ілюзія. Світ виявляється таким, що відповідає нашому уявленню про нього. І це необхідно, адже тоді людина відчуває себе впевнено, надійно і комфортно. Але чи дійсно світ є тим, що існує у нашому уявленні? Сучасна наука (перш за все, фізика) приходиться до парадоксального висновку: ми не знаємо світу, ми не зможемо його пізнати, натомість пізнаємо абстракції, які значали в школі. Цього вистачає "для життя", але не всім і не завжди. Механізм, завдяки якому людина стала людиною, створила культуру, – цей механізм, схоже, анчирпну себе і перетворюється на гальмо для подальшого розвитку. Необхідно змінювати стратегію вивчення пізнавальної сфери. Існують деякі факти, які засвідчують потенційну можливість людини щодо подальшого пізнання світу.

Покажемо два з них. Добре відомий процес опосередковування, що став "загальним місцем" психології. Але от один аспект: коли людина створює засіб, вона вже знає, навіщо він їй, тобто вона знає якийсь "шматочок" майбутнього (коли дикун робить зарубку на дереві, він же здійснює це не даремно: він знає, що йому не вистачить пам'яті (!?), що колись він подивиться на неї). І це є справжня і велика загадка людської особистості: світ, мабуть, даний нам не лише в перцепції і сенсорії. Інший момент. Ми говоримо – талановита, геніальна людина відкриває приховані гасмниці світу... А можливо – це зовсім не так, можливо, талановита людина просто бачить світ таким, яким він є, а не таким, що відповідає засвоєним попередньо схемам? С.Л. Рубінштейн писав якось, що сприймання людини внаштоване доволі прагматично – є так звані "силы" сторони предметів і явищ, які відповідають найближчим життєвими потребам і на які орієнтується людина. Виникає нібито точка відліку. Але ж будь-який предмет, явище є безмежним у своїй властивостях і якостях. Чому ми не бачимо їх? І чому їх побачив геній? Так виникає проблема споглядання: світ – не супроти мене, як комора корисних, шкідливих, приємних або небезпечних речей; він – що й навколо мене (і я – в ньому), і якщо подивитися незацікавлено (з прагматичної точки зору), можливо, ми зможемо побачити...

### Спрямованість

Традиційно спрямованість особистості розглядається як ієрархізована мотиваційно-потреба сфера, що постійно ускладнюється. Ми розглядаємо спрямованість досить вузько, як дійсне об'єднання найважливіших цінностей, найважливіших смислоутворюючих мотивів, які роблять життя людини структурованим, упорядкованим, цілеспрямованим. Спрямованість у такому розумінні є тією підструктурою особистості, завдяки якій є сенс говорити про те життєве явище, яке ми називаємо життєвим шляхом особистості. Відмінність останнього від розвитку принципова. Життєвий шлях упорядковується через сферу внутрішнього світу, через самосвідомість і через цінності і сенси. Подібні підходи щодо спрямованості декларувалися Г. Олпорт і Л. І. Божович. Божович, поєднуючи спрямованість з поняттям "позиції особистості", говорить про те, що підлітковий вік відрізняється в плані розвитку тим, що саме в цьому віці у людини формується життєва позиція, яка є домінуючою протягом усього наступного життя. Вона є власне системою сенсів, системою цінностей. Це той стрижень життя людини, який робить його упорядкованим і соціально сприйнятливим. Але в той же час це не означає, що спрямованість є такою структурою, яка має суто і виключно соціальну природу. Вона формується завдяки системі ключових переживань особистості, а ключові переживання, як ми вже показали вище, є синтетичною, інтегратором зсього внутрішнього

світу, що втілює в себе і біологічні переживання, і власне біологічні стани, і соціальне оточення і його сприймання людиною. Воно лежить в основі появи і розвитку свідомості і самосвідомості.

Таким чином, як і всі підструктури особистості, спрямованість є підструктурою, пов'язаною з усіма іншими, вона є втіленням і певним інтегрованим об'єднанням всієї особистості. Разом з тим, як і всі інші підструктури, спрямованість є специфічною підструктурою. Найсуттєвішими компонентами є цінності і сенси. Якщо кожна особистість є спрямованою, то виникає питання: спрямованою на що? Це запитання є не таким вже й легким для розуміння в межах психології особистості.

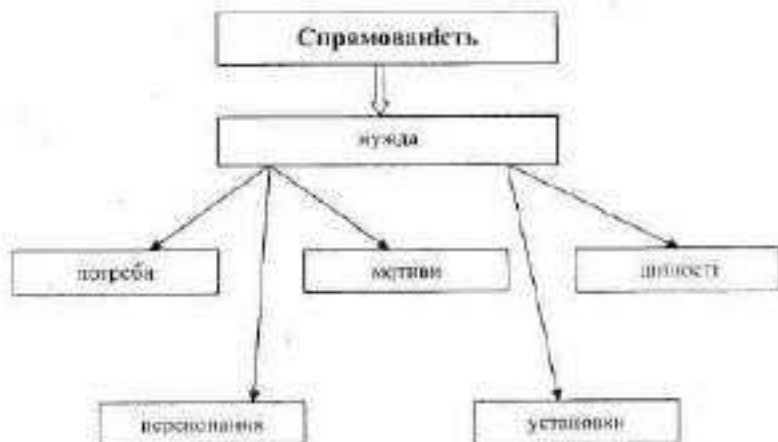
З одного боку, його можна зрозуміти як питання про типологію. Так, Шпрангер розділяв людей на шість типів за цінностями (естетична людина, інтелектуальна, етична і так далі). Виділяючи такі типи, маємо не тільки мотиви естетичної людини, але й те, що найголовніше, найсуттєвіше ця людина бачить у збереженні принципу краси, гармонійності. Естетична людина може працювати художником, але також вона може працювати водієм, викладачем, військовим. Спрямованість прямо не пов'язана з професією. Спрямованість означає певний порядок створення і структурування особистості свого власного життєвого світу. Незалежно від того, хто за професією ця людина або який її освітній рівень, вона прагне побудувати свій оточуючий світ так, щоб він відповідав її внутрішнім тенденціям, її внутрішнім бажанням. Спрямованість – це і створення, і групування, і структурування людиною біля себе світу за певними законами. Коли ми кажемо про естетичну спрямованість, то це значить – за законами краси, коли ми кажемо про етичну спрямованість, то це – за законами добра і справедливості, коли ми кажемо про прагматичну спрямованість, то це за законами користі, за законами продажу, за законами товару. Ми вважаємо, що підхід до типології з точки зору спрямованості є найцікавішим. Адже якщо розглянути інші типології (екстраверти – інтроверти К.-Г. Юнга і т. д.), то при уважному аналізі стає зрозумілим, що вони виведені теоретично-абстрактно тим же Юнгом чи будь-ким іншим і в реальності не існують. Можна задати питання: навщо тоді типологія?

На відміну від цих підходів, поділ на типи за спрямованістю є більш доцільним. Він йде від верхніх сфер особистості, від спрямованості особистості як структурування світу навколо себе за своїми власними законами. І підхід до типології з точки зору спрямованості виправданий через те, що спрямованість є дійсно виключно особистісним показником. Спрямованість визначає досягнення. Спрямованість визначає стиль життя людини. Спрямованість визначає стиль спілкування і те, що ж у цьому житті є для людини найголовнішим. Говорячи про спрямованість, ми говоримо про екзистенційні цінності, екзистенційні сенси. Спрямованість пронизує всю особистість, всі сфери життя і всю діяльність особистості. Тому нам здається, що ця структура є найменш дослідженою. Проблематичним моментом є відсутність методів дослідження спрямованості. Ми не вважаємо серйозним тест Басса. Спрямованість, що вивчається за допомогою цього тесту, не є тим предметом дослідження, який ми описали вище.

Що стосується розвитку, генези, то потрібно відмітити, що нуджа як анаргатично-інформаційний носій є спрямованою. Наші розмови про ортогенез – не фантазії. Еволюція, розвиток є спрямованими. Ми знаємо: це спрямування від простішого до складнішого. У особистісній спрямованості ми бачимо еволюційний перехід, спіраль від спрямованості біосоціальної нуджи до спрямованості верхнього, духовного рівня. Це є спрямованість особистості. Знову повертаємось до питання: спрямованість на що? Ми вже дали один варіант відповіді: спрямованість на структурування власного світу за своїми власними законами. З іншого боку, можна говорити про спрямованість



на зростання, спрямованість на те, щоб стати складнішим, щоб стати більш гнучким і доцільним, це означає потяг до розвитку. І тут спрямованість починає співпадати з самоактуалізацією в тому сенсі, що кожна людина прагне бути такою, якою вона може бути, за переконанням К.Роджерса. З першого погляду таке розуміння може здатися доволі абстрактним. А далі ця абстракція починає наповнюватися. Ми можемо сказати завдяки розумінню спрямованості, ким ми можемо бути. Всі можуть бути складнішими. Всі можуть бути розвиненішими. Всі можуть бути більш нюансованими. Всі можуть бути більш людяними. Всі. А далі настають деталі, в залежності від того, чим займаєшся, де живеш, що читаєш, що любиш – це вже нюанси. Але отут ми відповідально абсолютно чітко: ми всі можемо бути тим, ким ми можемо бути – ми можемо бути розвиненішими. І ми можемо вийти на той рівень, коли людина може подограти оце протистояння плюса і мінуса, протистояння чорного і білого. Мається на увазі те, що може бути не позитивне чи негативне, а може бути вище, складніше, краще. От в кінці-кінці краще. Людяніше, цілісніше. Протистояння хорошого і поганого закінчується, коли ми говоримо, що є ще й третє. Це третє складніше, доцільніше і цілісніше. Отак ми знімаємо віковичне протистояння. До цього і йде особистість, це її і її спрямованість більш високого ґатунку.



### Здібності

Підструктура здібностей особистості є дуже важливою функціональною ланкою структури особистості. Ми зупинимось на кількох суттєвих, на наш погляд, моментах. По-перше, здібності виступають для людини як суто соціальні надбання, які виникають і розвиваються саме завдяки тому, що людина живе в соціумі. Соціальне оточення вимагає від людини певного функціонування, досягнення певних успіхів у вирішенні якихось справ, і все це є можливим завдяки здібностям. Ми визначаємо здібності як ступінь оволодіння людиною засобами дії. Мається на увазі, що будь-яка діяльність, яку б ми не взяли – навчання, праця, фізична, розумова діяльність, включає в себе обсяг мовно-систему дій і систему способів їх виконання. Здібною називають людину, яка гарно засвоїла способи дій, а нездібною – ту, що засвоїла їх у меншій мірі. В контексті цього слід сказати, що, які всі інші підструктури, генетична психологія розглядає виникнення здібностей

як процес абсолютно необхідний, природний, детермінований соціальними умовами життя людини. Реалізація певних потреб означає зустріч людини ще з раннього віку не тільки з предметами, які її оточують, які людина хоче придбати тим чи іншим шляхом, але й з необхідністю щось робити з цими предметами, якимсь ними маніпулювати. В усіх видах діяльності, починаючи від предметно-маніпулятивної, яка розвивається з одного року у дитини, і в подальших діяльностях, ми зустрічаємо необхідність вправного використання для як способів досягнення тієї чи іншої мети. Соціальне надає людині можливість реалізувати свої цілі, свої потреби в різних галузях, різних напрямках, і все залежить від того, наскільки людина швидко і якісно буде оволодівати способами цих дій.

Виходячи з такого тлумачення, з такого розуміння, ми повинні принципово зняти питання про походження здібностей в тому вигляді, в якому воно постає у традиційній психології. Традиційна психологія розглядає походження здібностей як питання, що ж важливіше – біологічні, морфологічні, фізіологічні задатки як передумова розвитку здібностей чи власне соціальне оточення, в якому ці здібності формуються. Цієї проблеми в такому вигляді не існує через те, що людина буде оволодівати діями і досягати різних цілей обов'язково, якщо вона є нормально функціонуючою людиною в суспільстві. Отже, і задатки як передумови, і соціальні вимоги, і соціальна практика, і система навчання як обов'язкова, необхідна річ є однаково необхідними, в походження здібностей є цілісним феноменом. Ми не можемо ніяким чином розділяти на те, що головніше. Це взагалі примитивна логіка, вона дійсно ніколи не справджується. І тут слід звернути увагу на ще одну річ: відповідно до наших поглядів, задатки ніколи не є чисто фізіологічними, біологічними, адже ми проводимо точку зору про те, що будь-яка біологічна структура людини вже тому, що це людина, є власне поєднанням соціальних впливів і структур чисто природних. Може йти про те, що людина в силу своєї генетичної спадковості, розвиненості чи нерозвиненості певних органів чи їх систем, певних фізіологічних або біохімічних процесів може бути відносно більш здатною або менш здатною до оволодіння тими чи іншими способами дій. І це означає, наприклад, що для того, щоб стати художником, слід, щоб людина мала гостре око, щоб були достатньо розвинені сенсорні процеси для розрізнення певних нюансів кольору, певних відтінків кольорової гамми; з іншого боку, ця людина повинна мати гарно розвинений і диференційований м'язово-кістковий апарат, що забезпечить точність руху пальця, руки в цілому. І зрозуміло, що включення такої людини в певний контекст соціуму, який передбачає вироблення даного способу дій, буде набагато результативнішим, ніж коли ми візьмемо іншу людину, яка не буде мати даних передумов.

Але це питання не таке вже й просте. Як показують дослідження, в цьому аспекті дуже активно діє явище компенсаторики. Ю. Б. Гілленрейтер абсолютно правильно наводить приклад відносно морфологічних даних, наприклад, знаменитого тенора Карузо; коли після смерті досліджувалася структура його голосових зв'язок, вони виявились настільки грубими, примитивно-волокатими і вузлуватими, що якби ми не знали, чий вони, ми б ніколи не сказали, що це зв'язки тієї людини, чистотою голосу якої зачаровувався весь світ. Тобто ми в цьому аспекті виходимо на дуже цікаву річ: орган фізично, фізіологічно, морфологічно повинен бути розвинений у здоровому режимі до певних меж, не повинно бути деформацій. Тоді превалює, домінує все-таки соціальний контекст. І якщо соціальний контекст, тобто середовище, в якому знаходиться дитина, є благодатним для розвитку тих чи інших способів дій – художніх, музичних, нафуккових, спортивних і будь-яких ще, – і, з іншого боку, якщо ця сприйнятливість, комфортність поєднується з тим, що дитину це сильно мотивує як цілісну особистість, і їй хочеться це зробити самій, а не з примусу іншого; якщо ці дві речі доповнюються третьою, тобто

людиною чи кількістю людей, які особистісно сприймають цю дитину і бажають її навчити, виробити в неї ці способи дій, тоді ця система буде переважувати над біологічними, фізіологічними задатками, і та чи інша здібність як система способів може бути розвинена дуже високо і дуже сильно. Але не потрібно забувати про межу, якою є норма розвитку анатомо-фізіологічних структур. Тобто, мова йде про здоровий мозок, здорові м'язи, про здорові органи взагалі, і це відбувається через явище компенсаторики: психічне, соціальне виявляється сильнішим, ніж морфологічне, біологічне. Спрощено кажучи, якщо ситуація сприяє тому, що дитині дуже хочеться чомусь навчитися, вона настільки сама прагне мати досягнення в цій сфері, що вибудовує у своїй активності (і потім – у своїй міжфункціональній психологічній системі), що такі особливості можуть спонукати розвиток здібностей. А там, де у людини існують вроджені задатки, але відсутні перераховані соціальні умови, може і не відбутися формування здібностей.

Коли йдеться про рівень розвитку здібностей, то ми не повинні відходити від визначення. Це просто рівень оволодіння людиною способами дій. Аналізуючи талант, геніальність, слід відмічати одну дуже важливу річ: "особистісний відтиск", особистісну печатку людини, яку ми називаємо талановитою, геніальною або просто справжнім майстром. На всьому, що він робить, є ніби марка, що це зробила саме ця людина і так більше не може зробити нікто. Вона виникає через те, що система здібностей, способів дій поєднується з особистісними структурами, відбивається, впродовженнюється на тому продукті, який виходить в результаті активності цієї особистості. Унікальність в зерку міжфункціональних систем даної особистості втілюється в речі: це може бути і матеріальний предмет, і ідеальна побудова. Вона відбивається таким чином, що нікто інший такпо не створить, адже вся індивідуальність впливає у цьому творі. Ясно, що цього досягають не всі люди. Тут повинна бути унікальна єдність всього внутрішнього світу і взагалі всієї особистості в цілому.

Розгляд здібностей передбачає аналіз явища сенситивності. Природа її не досліджена в психології, але ми знаємо, що кожний вік має періоди, коли особистість найбільш відкрита для певних навчачих; з іншого боку, вона найлегше ними оволодіває. До того ж, якщо людина "пройшла" цей сенситивний період і в неї не сформувалася певна здібність, вона може, в принципі, сформуватися і пізніше, але для цього потрібно буде докласти набагато більше зусиль і це пов'язано з серйозними витратами – як енергетичними, так і психічними. Отже, знання сенситивних періодів означає можливість моделювати розвиток здібностей. Знаючи, в який період і в який час треба діяти, навчаючи людину, ми тим самим можемо прогнозувати всьбний або конкретний розвиток здібностей у цієї дитини. Тоді ми стимулюємо цей компонент структури особистості. В цьому контексті мені видається важливим розглянути явище обдарованості.

Що може викликати обдарованість? Це питання досить серйозно вивчається. Поки що немає єдиної картини. В принципі, є така гіпотетична думка, яку ми висловили свого часу і щодо "внутрішньої основи" обдарованості. Коли Віготський розглядає передумови розумового відставання дітей, він звертає увагу на внутрішню динаміку взаємодій афективної сфери традиційно, а також мотивацій, інтелекту і власне дій. Він сперечається з Куртом Левіним, який стверджує, що при розумовій відсталості відстає афективний компонент, тобто відсутня мотивація, і саме це – її відсталість, а власне розумові процеси при цьому можуть бути і в нормі. Але Віготський показує принципово іншу річ. Проблема полягає не в окремо афекти, і не окремо в інтелект. Розумово відсталі діти ригідні в плані переходу від бажання через інтелект до дій. Тобто дійсна їх відмінність полягає в тому, що вони повільно реалізують бажання, часто взагалі не доходячи до дій. Що це означає? У розумово відсталих дітей набагато більший проміжок часу проходить між бажанням, включенням інтелектуальних процесів і виконанням. Вони не утримують задану саме через це.

Вони можуть її утримувати, але дуже неточно, внаслідок чого інтелектуальна сфера, навіть якщо самі по собі процеси розвинені нормально, працює безрезультатно – не ті задання, і не так вони їх виконують. Виходить, що чим більш пучка, динамічна ситуація переходу афекту, тобто мотиву, бажання, через інтелектуальну сферу у виконання, а потім рефлексія, тим розумово розвиненіша дитина. А оскільки тут задіяні і афект, тобто власне суто особистісні компоненти, і інтелектуальна сфера, і дія, тобто все фактично, що стосується особистості, ми можемо тоді сказати одну вузлову річ, пов'язану з обдарованістю, – ми можемо її передбачити. Обдарованість дитини пов'язана з дуже швидким переходом від афекту до виконання. Це можна побачити в дії, наприклад, коли вчитель говорить класу, що їм треба вирішити задану і задачу вирішується певним чином, і більшість дітей слухає і розуміє, а є два-три особи, які кажуть: "я вже зрозумів, я вже її вирішив". Або ця швидкість призводить до того, що він швиденько вирішив і тут же "включив" через дане "коло" інші розумові процеси, винайшов інший спосіб вирішення. Тобто, за гіпотезою Виготського, виходить, що чим швидша, чим динамічніша система взаємодій трьох складових, тим у більшій мірі дитина є обдарованою. Ця концепція власне генетична, тому що вона "ухоплює" розвиток і показує становлення обдарованості як такої.

Нарешті, відзначимо, що термін "здібності" використовується в психології досить широко. Хрестоматійний поділ на здібності загальні і спеціальні не витримує ніякої професійної критики, через те що ми можемо говорити, наприклад, і більш широко. Є здібності до навчання. Жоден психологічний підручник не розглядає цього. На нашу ж думку, це є здібність, чи не найважливіша для людини. Адже вона визначає, наскільки людина навчаювана, відкрита до формування в собі способів дій, відкрита не тільки до засвоєння знань, але і до їх перетворення в способи, і наскільки вона може виконувати діяльність, пов'язану з навчанням.

Класичне, найбільш об'єктивне тлумачення здібностей знаходимо у Б. М. Теплова. Він виокремлює три ключові характеристики здібностей: "По-перше, під здібностями розуміються індивідуально-психологічні особливості, які відрізняють одну людину від іншої". Подальший аналіз даної тези приводить до вирішення однієї з кардинальних суперечностей – співвідношення загального й індивідуально-унікального в особистості: здібності є структурним елементом, який має обов'язково будь-яка особистість, іншими словами, не може бути особистості без здібностей. Але, водночас, не може бути особистостей з абсолютно однаковими здібностями. Отже, насправді, перша теза Теплова має набагато більш загальний, цілісно-особистісний характер, і ми можемо сформулювати думку таким чином: цілісна структура і ключові елементи її притаманні будь-якій особистості, особистості взагалі. І водночас у кожній конкретній особистості ця структура і її елементи, а також їх співвідношення є якісно унікальними. Виникає те, що можна назвати унікальним і неповторним візерунком особистості.

У другій тезі Б.М.Теплов уточнює предмет: "Здібностями називають не будь-які взагалі індивідуальні особливості, а лише такі, котрі мають відношення до успішності виконання якоїсь діяльності або кількох діяльностей". Тим самим структурна ланка (грань) набуває власних меж і спрямування.

Нарешті, третя теза вченого, яка вирізняється складністю, оскільки фактично стосується психологічного змісту здібностей і їх динаміки. Здібності "не зводяться до наявних умінь, навичок або знань, а... можуть проявити легкість і швидкість набуття цих знань і навичок". Що може означати ця "легкість", яку "пояснюють" здібності? Тут, насправді, зосереджені різні рівні ("вертикальний" вимір): від анатомо-фізіологічних задатків і елементарних психічних функцій – до свідомої регуляції власного життя. С. Л. Рубінштейн саме це має на увазі, коли говорить: "... здібності людини – це те, що виховується не без її участі". З іншого боку, ступінь оволодіння знаннями і навичками (фактично, психоло-

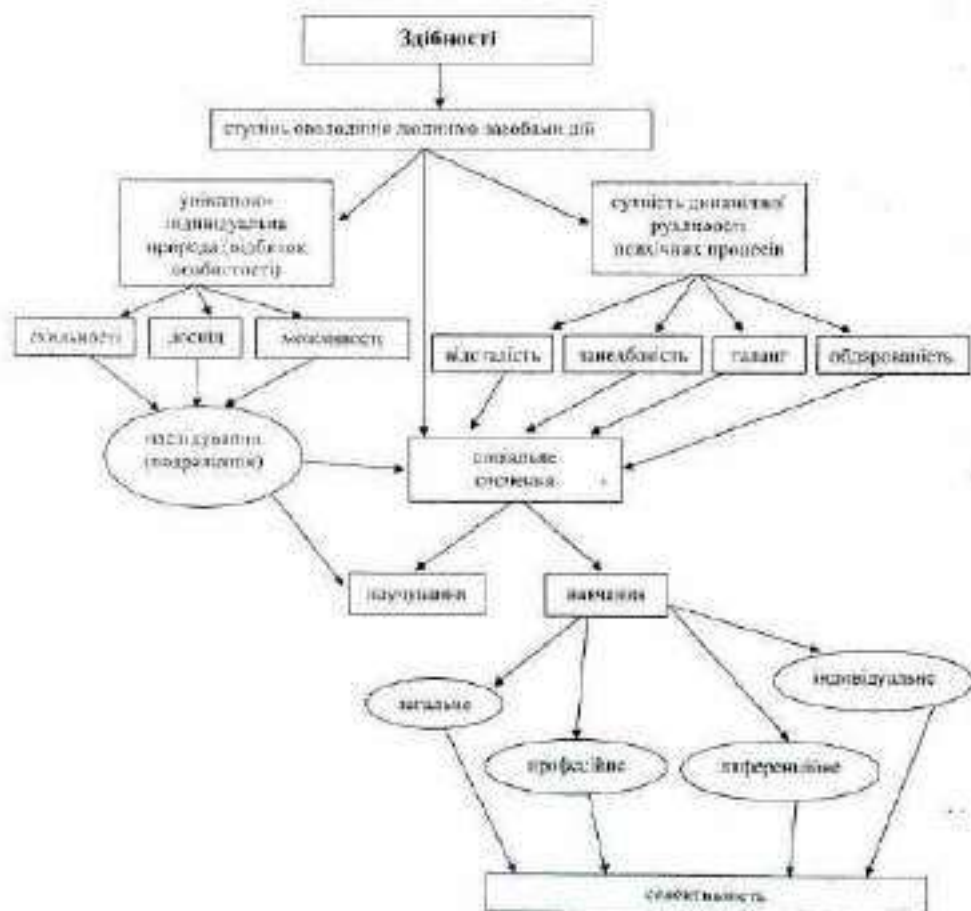
(іншими засобами) визначається мотивацією, провідними рисами характеру тощо (і це є "горизонтальний" вимір взаємодії окремих граней). Нарешті, ступінь особлидних психологічними засобами визначає якість життєдіяльності й соціальної взаємодії, зміст духовних переживань людини (однієї біологічного, соціального та душевного складас диспе підґрунтя існування і життєвого становлення особистості як цілісності). З положення, що аналізується, випливає концептуально важливий генетичний факт – здібності існують лише в розвитку. Вони виникають, функціонують, розвиваються за власними закономірностями, що діють у контексті загальноособистісних закономірностей становлення індивіда. Виникнення здібностей краще прослідкувати в ранньому онтогенезі (на прикладі так званих "загальних" здібностей). Тут ми маємо захоплюючі факти, які відкривають, що різні за природою здібності виникають за єдиним механізмом. Ми, зокрема, маємо на увазі такі здібності, як, наприклад, прямоходіння – з одного боку (здавалося б, суто фізіологічна здібність), і мовлення – з іншого (здібність, безумовно, соціально-психологічна). В обох випадках абсолютно важливим є біологічне підґрунтя (будова, функціонування, стан анатомо-фізіологічної, перш за все, нервової організації). Ми повинні сказати тут, що значущість біологічно-тілесного підґрунтя залишається важливою завжди, протягом усього життя людини. Отже, для виникнення (початкового етапу розвитку) здібностей "тіло" повинне бути певного ступеня зрілості. Наступна умова – людина як цілісна особистість повинна пережити напружену і суперечливу зустріч із соціальним оточенням. Індикатором цієї зустрічі має бути сама людина, а потреба повинна бути такою, що неспроможна реалізуватися в умовах теперішніх можливостей людини. У першому випадку (прямоходіння) ми маємо дві потреби, які спонукають "зустріч", – потреба у психологічному відокремленні від матері та потреба в плананні, у другому випадку теж взаємодіють дві потреби – потреба керувати поведінкою дорослого та потреба вираження власних переживань. В обох випадках дитині треба оволодіти засобами реалізації вказаних потреб. Соціальне оточення, і це є необхідною умовою подальшого руху, повинно надавати можливість самій дитині сформувати такі засоби, а для цього воно повинно їх мати в особливій знаково-символічній формі. Засвоєння і приласнення засобів означає не лише задоволення потреби, а й появу нової здібності як структурного елементу особистості. Надані здібності не тільки розвиваються, але й взаємодіють одна з одною, а також з іншими структурами (гранями), утворюючи сталі складні міжфункціональні системи. Б. М. Теллов показав на прикладі музичної діяльності, що її успішність зумовлена інтегрованою здібністю, яку він назвав "музичність". Вона включає в себе три здібності як складові елементи. Сама ж "музичність" означає здатність переживати зміст музичного твору.

Отже, цілісність, унікальність особистості формується, існує і становиться в її живому русі. Він включає соціально-культурні цінності, з одного боку, і біологічне, генетичне підґрунтя особистості – з іншого.

...Завершуючи розмову про структуру особистості, слід відзначити кілька дуже важливих речей.

По-перше, ми описали структуру особистості так, як ми її бачимо, не просто тому, що так нам здається, а намагалися вийти в галузь детермінації розвитку, його законів і механізмів, процесу існування особистості в світі. Нам вдалося, що на даний момент часу ми можемо говорити про наявність у особистості такої структури. Це зовсім не означає, що ми наполягаємо, що тільки такою є і може бути структура особистості. Нам задається питання є відоритим, адже ми ще дуже мало знаємо, насправді, про особистість, дуже мало в чому бачимо людське буття. Ми бачимо людину в ситуаціях того життя, яке є в даний час. Якщо взяти людину початку ери людства – у неї не було такої структури особистості: вона була норовливо-енною. Тут буде доречним ще одне зауваження, щодо нескінченності особистості. Ф. М. Достоєвський колись дуже яскраво написав у "Братах Карамазових" про те,

що є дійсна особистість людини. І дійсна особистість – це та, яка виявляється в особливих умовах життя. І ніхто не знає, якою вона є, і якою може бути. Які структури виявляться, як переструктуруються, якою буде динаміка. Це дійсно однієї загадка людини. Ми не можемо зрозуміти, як сталося так, що коли я чую, що відкрита нова галактика, яку ніхто ніколи не бачив і не зможе побачити, я можу її уявити. Це "бачення" народилося всередині людини, в її внутрішньому світі. Ці речі залишаються незрозумілими, і ми говоримо про те, що особистість залишається відкритою як світ, так і глибинам свого існування, можливостям відображення цього світу, його переживання. І так же точно вона залишається назавжди відкритою для наукового дослідження. І це слід сприймати нормально і не прагнути побудувати єдину і на все життя неперевершену теорію особистості, і дуже нервуватися, коли вона комусь не подобається. Завжди ми будемо знаходити в людині те, що не входить ні в яку теорію. І саме цим хотілось би завершити розгляд структури особистості, тому що це не закінчення, а початок. Це вічний початок дослідження людини, яким є, взагалі, вніе її життя.



### Психологічне здоров'я особистості

Щоб означити систему психологічної допомоги особистості, треба відштовхуватись не лише від теорії особистості, але й від концепції психологічного здоров'я. Психотерапевт повинен думати і прогнозувати, в якій теорії ця проблема може бути вирішена найкраще.

Першими проявами психологічного нездоров'я є симптоми неадекватності, невідзначеності в плані ефективності власних переживань, поведінки. Благополуччя в психологічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій.

Поняття "хвороба", "здоров'я", "психічне здоров'я", "психологічне здоров'я" не можна вважати на даний час концептуально визначеними і однозначними. Наш аналіз (ми не можемо відтворити його тут) дозволяє сформулювати найбільш методично важливу позицію відносно даних явищ, що дозволить продуктивно розглядати підгрунті проблеми. Отже, хворобу ми розуміємо як дію сукупності руйнівних процесів в організмі людини, наслідком чого є не лише погіршення фізичного самопочуття хворого, а й зміни його особистості, відхилення в емоційно-вольовій та мотиваційній сферах. З огляду на таку позицію, повернення до здоров'я передбачає усунення негативних наслідків хворобливих переживань, небажаних установок, невпевненості у власних силах, тривожності та інших хворобливих і граничних станів. Здоров'я ми можемо визначити як глобальний психічний стан особистості, що характеризується динамічною гармонійністю внутрішніх переживань та пов'язаними з цим ефективністю і успішністю діяльності людини.

Психічне здоров'я слід розуміти як аспект здоров'я взагалі, який підкреслює стан душевного комфорту, відсутності патологічних психічних проявів та здатності до ефективної діяльності і саморегуляції у відповідності до власних (відрефлексованих) цілей і інтересів людини.

Якщо поняття психічного здоров'я є дійсною конкретизацією (звуженням відносно сфери психіки) явища здоров'я взагалі, то психологічне здоров'я на відповідає цій логіці. Даний термін виник у зв'язку з необхідністю диференціювати стани соматично і психічно здорової людини відносно її становлення як цілісної особистості, рівня і змісту вищих рухових переживань і процесів смислотворення. Як справедливо пише І. В. Дубровіна, психологічне здоров'я найбільш евристично розуміти з точки зору повноти і дійсного багатства розвитку особистості. Безумовно, здоров'я взагалі і психічне здоров'я виступають необхідними умовами психологічного здоров'я, але, в той же час, і останнє (тобто – можливість повноцінного розвитку) впливає на соматичну і психічну сферу людини. Відзначимо, що саме ця супервплива єдиність констатує, зокрема, весь психосоматичний напрям у сучасній медичній і психологічній науках.

З огляду на викладену позицію, ми можемо стверджувати доволі неочікувану, на перший погляд, думку: процес діяльності взагалі (а особливо – в дитячому віці) є могутнім фактором здоров'я особистості – і соматичного, і психічного, і психологічного! Повернемо нашу позицію. Діяльність треба розглядати не лише як фундаментальний процес, важливу форму активності, але й як особливий психічний стан людини (М. К. Мамардашвілі). Це – стан комфортний і стійкий, оскільки він являє собою переживання людиною власної повноцінності, активності, приналежності до людського роду і його надбань. Набуття досвіду, формування нових способів дій не лише адаптує і призводить до виникнення нових мотивів і цінностей, воно споріднює людину з культурою і роз-

кривав її самій її власну потенційну безмежність. Іншими словами, діяльність є органічнопретаманим людським явищем, формою її розвитку як особистості (Л. С. Виготський), і саме з цієї причини ми вважаємо її дійсним фактором здоров'я особистості. І коли людина не може реалізуватися в діяльності, або з якихось причин не може вчитися, це є чинником виникнення нездоров'я (аналогія з явищем "сенсорного голоду"). Дана закономірність "працює" протягом усього життя людини, але найгостріше – в дитячому віці, коли формується саме психічне душевне бство як сплав соціального досвіду з власною активністю суб'єкта.

Більшість теорій особистості розглядає питання психічного здоров'я особистості.

Зигмунд Фройд вважав, що функціонування зрілої особистості характеризується здатністю продуктивно працювати і підтримувати доброзичливі міжособистісні відносини (два критерії – любов та праця).

Карл Роджерс вводить п'ять ознак психологічно здорової – повноцінно функціонуючої – особистості:

1. Відкритість переживанням. Людина сміливо ставиться до того, що вона переживає, вона приймає будь-які свої емоційні прояви.
2. Ведення екзистенційного способу життя. Це тенденція жити повно і насичено в кожен момент існування, так, щоб кожне переживання сприймалося як унікальне, відмінене від того, що було раніше. Екзистенція – це глибинне існування.
3. Організмична довіра – здатність людини приймати до уваги свої внутрішні відчуття і розглядати їх як основу для вибору поведінки.
4. Емпірична свобода. Особистість переживає можливість свободи. Вона вільна не тільки від світу, але й від себе. Людина може вільно жити так, як хоче, без обмежень чи заборон.
5. Креативність. Людина не просто творчо обдарована, а здатна до цілепокладання, до продукування власних ідей.

Повноцінно функціонуюча людина відкрита своєму досвідові, тобто може сприймати його без захисних механізмів, без страху, що усвідомлення своїх почуттів та думок вплине на її самоповагу. Її "Я" є результатом її зовнішнього та внутрішнього досвіду, який не деформується, аби співпасти зі сталим уявленням про себе, а уявлення про себе відповідають досвіду, який правдиво проявляється за допомогою вербальних чи невербальних засобів комунікації. Така людина не лицемірить, висловлюючи те, що відчуває.

Максимально реалізуючись, така людина насичено живе у кожен момент свого життя, її властива рухливість, високий ступінь пристосування до нових умов, терпимість до інших. Це емоційна і водночас рефлексивна людина. Вона довіряє своєму цілісному організму, а як джерело інформації використовує швидше свої відчуття, почуття та думки, аніж поради інших людей.

Такі люди, як зазначає К. Роджерс, вільні у виборі свого життєвого шляху. Попри всі обмеження вони завжди мають можливість вільно вибирати й несуть відповідальність за наслідки свого вибору. Самореалізуючись, вони стають більш творчими.

Метою особистісного зростання є, за висловом К. Роджерса, "гарне життя", яке означає не життя, заповнене задоволенням, не багатство чи влада, не повний контроль над собою чи спокій, а рух тим шляхом, який обрав сам організм. Людина, яка вільно рухається шляхом свого особистісного зростання, є найбільш повно функціонуючою людиною.

Джордж Келлі виділяє наступні параметри психологічного здоров'я особистості:

1. Психологічно здорові люди прагнуть оцінювати свої погляди на життя, перевіряють правильність своїх поглядів через практику, через досвід, через дослідження.



2. Психологічно здорові люди можуть поміняти свої погляди взагалі, як і основні ролі, які вони виконують. Вони можуть поміняти систему конструктів і систему ролей.
3. У психологічно здорових людей наявне бажання розширення поведінки і уявлень про світ.
4. Для психологічно здорових людей характерна наявність усвідомленого широкого репертуару ролей.

Карен Хорні, автор соціокультурної теорії особистості, у своїх зрілих роботах спирається на ту ідею, що при сприятливих умовах людина природним чином розкриває свій вроджений потенціал так само, як жолудь розвивається в міцне дерево. На її думку, психопатологія виникає тоді, коли несприятливі обставини перешкоджають дитині розвиватись і здійснювати закладений в ній потенціал. Внаслідок цього дитина втрачає образ свого потенційного "Я" і формує інший образ "Я" – "ідеальне Я", до якого спрямовує свою життєву енергію. Хорні прекрасно усвідомлює, яку ціну платить індивід за невплення своєї долі. Хорні говорить про почуття відчуження, про відокремленість людини від того, чим вона дійсно є, що веде до придушення істинних почуттів, бажань і думок. Однак при цьому людина відчуває існування свого потенційного "Я" і на несвідомому рівні безперервно порівнює його зі своїм фактуальним "Я", яке актуально живе у світі. Розходження між тим, що ми є, і чим могли б бути, примушує нас зневажати себе, і що зневагу нам доводиться долати асв життя.

Ф. Перлс, відомий гештальттерапевт, розглядає психологічне зростання особистості та її зрілість як здатність перейти від опори на себе та саморегуляцію через рівновагу у собі та між собою і середовищем. Умовою досягнення цієї рівноваги є усвідомлення потреб. Усвідомленню Ф. Перлс, як і представники глибинної психології, відводить особливе місце, розглядаючи зростання як процес розширення зон самоусвідомлення, а здорову особистість – як самостійну, здатну до саморегуляції істоту. Шлях відкриття цієї саморегулюючої здатності людського організму він бачив через самоусвідомлення.

Ф. Перлс вводить поняття "компетентності у часі" – здатності особистості жити і переживати теперішній момент свого життя у всій його повноті, відчувати нерозривність минулого, теперішнього і майбутнього, що виражається в цілісному стаженні особистості до життя. Гармонійне світосприйняття як когерентне сприйняття оточуючого світу, без протиріч внутрішнього і зовнішнього порядку, свідчить про високий рівень самореалізації особистості.

Стан оптимального психологічного здоров'я у гештальттерапії називається зрілістю, для досягнення якої індивід повинен подолати прагнення отримати підтримку з довкілля й знайти нові можливості підтримки у самому собі. Якщо людина не досягає зрілості, то вона більш схильна маніпулювати своїм оточенням для задоволення бажань, аніж брати на себе відповідальність за свої розв'язування й намагатись задовольнити свої справжні потреби.

Зрілість настає тоді, коли індивід мобілізує свої ресурси для подолання фрустрації і страху, які виникають у ситуації, коли він не відчуває підтримки від інших та не може покластись на себе. Зрілість і полягає у здатності йти на ризик, аби вибратись з тупикової ситуації. Якщо індивід не ризикує, то у нього актуалізуються рольові поведінкові стереотипи, якими він маніпулює іншими.

Гордон Олпорт вважав, що психологічно зріла людина характеризується такими рисами:

1. Зріла людина має широкі межі "Я". Зрілі люди можуть подивитись на себе "зі сторони".

2. Зріла людина здатна на теплі, сердечні соціальні відносини (це дружба й інтимність та спільнота).
3. Зріла людина демонструє емоційну нестурбованість і самосприйняття.
4. Зріла людина демонструє реалістичне сприйняття, досвід і домагання. Психологічно здорові люди бачать речі такими, якими вони є, а не такими, якими вони хотіли б їх бачити.
5. Зріла людина демонструє здатність самопізнання та почуття гумору.
6. Зріла людина має цільну життєву філософію. Зрілі люди здатні бачити цілісну картину завдяки ясному, систематичному і послідовному виділенню значимого у власному житті.

Екзистенціалізм вважає вихідною умовою реалізації людиною свого творчого задуму засвоєння екзистенційних істин про два види людського існування – справжнє і несправжнє. Передумовою переходу до справжнього, автентичного існування є максимальне ігнорування індивідом суспільних зв'язків і повна концентрація уваги на своєму внутрішньоособистісному інтимному світі.

З точки зору К. Ясперса, внутрішнє душевне життя індивіда належить йому одному, і ніяка історія, ніяке суспільство не може торкнутись цієї області. Таким чином, справжнє існування як ключова категорія екзистенціалізму ототожнюється виключно з індивідуальним переживанням людиною своєї "самості", відчуттям своєї суб'єктивності. Кредо екзистенціалізму – немає іншого світу, крім світу людського суб'єкта.

Концепція психологічного здоров'я в екзистенційній психології базується на таких положеннях:

1. Сьогодення переживається психологічно здоровою особистістю як усвідомлення її власної діяльності і внутрішніх інтенцій до цієї діяльності. Психолог повинен викликати у людини цю інтенцію.
2. Психологічно здорова особистість характеризується тим, що вона відкрита до майбутнього, хоча його, не боїться, чекає змін, уявляє, що може вплинути на її майбутнє.
3. Минуле переживається як щось, що ми лишаємо позаду, як те, що хоча більше і не існує, але це є для нас живою реальністю з деякими якостями:
  - доступність;
  - цінність;
  - міцність.

Минуле не повинно відчуватися, його не треба відсторонювати. Не розривати нити життя. Треба його відреагувати. Втративши коріння, ми перестаємо бути особистістю.

4. Минуле, сьогодення і майбутнє утворюють у психіці здорової особистості єдине ціле.
5. Свобода, що дозволяє світу бути, у випадках психологічного нездоров'я замінюється на жорсткий світпроєкт. Проєкт – це коли я не можу з нього вийти, я – роль, я – актор, я – маска. Це не рефлектується.

У світпроєкті існує обмеженість, неможливість вийти за межі, побачити безмежність можливостей.

Здорова особистість не означає особистість правильну. Це людина, яка може вчинити, як вона хоче, по-своєму.

Здоровий спосіб життя, з психологічної точки зору, – це адаптивна, усвідомлююча, трансцендентна особистість.

### 2.1.6. Існування

...Існування природи є доцільним – це беззаперечно. І таким це Існування робить людина. Вона не "придумує", не "винаходить" доцільність, не "наділяє" нею природу – вона її (доцільність) реально створює. По-перше, людина, залишаючись частиною природи, здійснює цілепокладання у свідомій діяльності, і в безмежно великій сукупності представників роду людського, в безмежній часу існування поколінь, являє собою дійсний доцільний момент, в якому змінюються природні явища і природна сутність. Людина змінює природу, але не лише в діяльності. Вона змінює її самою своєю сутністю і існуванням. Звідси, по-друге, і сама сутність людини – природна. Людина – це форма існування природи, природного, в котрій воно тісно переплетене з соціально-культурним і являє собою абсолютно особливий, неповторний згусток біосоціальної єдності, що саморефлексує. Людське життя, існування особистості якимось цілком неймовірним, чудовим чином абирає в себе все – не лише природу як єство – весь світ. Вона не просто природна – вона сама природа, сам світ у нескінченності потенцій і напрямів, глибин і вершин існування. Так створюється особлива тканина доцільності світу, в яку вплетене життя людини. Так виникає онтологія її існування – драма. Щоб спробувати зрозуміти її, треба подолати редукціонізм, усвідомити, що набір будь-якої, в принципі – навіть безмежної кількості окремих емпіричних фактів нічого не дасть нам для розуміння цієї драми. Треба досліджувати існування цілісної людини, окреме життя, долю...

Один з дійсно глибоких і справжніх знавців проблеми, С. Л. Рубинштейн, писав, що "існування – це участь у процесі життя. Жити – означає змінюватися і відбуватися, діяти і страждати, зберігатися і змінюватися. Існуюче – те, що живе і рухається, становиться і переходить в інше". Людина захоплена плином цього всезагального існування світу, і в цьому сенсі вона існує, як будь-яка інша складова світу. Будь-який існуючий об'єкт має **сутність**, яка, посилаючись знову на С. Л. Рубинштейна, не є деякою абстракцією, що її придумали аналітики і наділяли її деякою здатністю "породжувати" існуюче. Ні, сутність – така ж явна і відчутна, як весь її "носіє", вона ніби "розчинена", представлена в кожному його елементі, в кожному динамізмі. Виникає непружена суперечливість (сполучальна) єдності сутності і існування. Рубинштейн, здається, не встигає закінчити думку, довести її до вогнистого кінця. Як розв'язується ця протиріччя? В чому? Нам здається, сполучальна конфліктна суперечлива єдність сутності і існування розв'язується в абсолютно унікальному акті **здійснення**. Якщо замислитися, весь зміст нашої книги пронизаний цією ідеєю: розвиток, динаміка, становлення особистості (існування) є, власне, способом існування власної всезагальної сутності – нужди як суперечливого енергетично-активного інформаційного утворення. І це протиріччя розв'язується здійсненням: втіленням дійсної природи людини у твір, продукт; кінець кінцем, у найбільше диво – нову людину, дитину.

...Повторимо: так (або майже так) існує все живе. Але людина має ще один спосіб існування, унікальний і єдиний: її дано рефлексувати власне існування. Вибирати, керувати, переживати, змінювати і... насамкінець, зустрічатися з його кінцями характером – адже я єстога природна. В цьому головна драма людського життя. Онтологічно людина є вплетеною в це єство і так, як за ранком іде день, так за дитинством і юністю іде зрілість, як день змінює ніч, так зрілість змінюється старістю: і як вечір змінює ніч, так старість змінюється... глибокою старістю і десь там, на межі глибокої ночі і раннього-раннього ранку, я піду... щоб прийшло нове дитинство, нове життя і ніколи не закінчувалось це довнне існування людей... Але, навіть якщо я йду з повним усвідомленням цього (В. Висоцький сказав – "... что всё же конец мой – ещё не конец, конец – это всё-то начало"...

"Я успеваю улыбнуться, я видел, кто придёт за мной..."), якщо я зрозумів і "бачив" – однаково це драма... Як піти з цього світу, такого знайомого, рідного світу, що став моїм?

Дві речі, говорить Рубінштейн, роблять трагедію переживання людиною існування власного прощання: *по-перше*, страх невідомості (життя в цілому, задумів, справ), і *по-друге* – турбота за близьких – "Як вони без мене?". Але, мабуть, ще не все. Нам здається, що людина все одно до кінця, серйозно і по-дорослому не вірить, що її існування обрветься. І отже, оце "Як вони без мене?" обов'язково доповнюється – а як **я без них** – там, десть? І взагалі – що там?

Саме цей період (ми назвали його "глибока старість", хоча, звісно, тут не лише хронологічний аспект – де в кого він може настати, на жаль, задовго до фізичної старості) виявляється стрижнем переосмислення буття, коли воно все особливим чином, миттєво-цілісно, експлікується в думках, почуттях, прагненнях, бажаннях. Чому так? Тому що існує для того, щоб "не мучитися і спати спокійно". Безтурботно, тобто – відійшовши від поточних турбот і метушні. Але це – "щоденна логіка". А на рівні роздумів про вічність (кінцевість) буття все зовсім по-іншому. Я аналізую те, що мною здійснено після того, як я "увійшов в ранок", як у той підлітковий вік, який висвітив переді мною вперше якусь ідею, або сутність здорового глузду, або мою майбутню діяльність, драматичну ситуацію тощо. Це – своєрідна творчість. Адже творчість ніколи не починається, вона існує постійно. Але як вона реалізується? А як реалізується наше життя? Зміст цієї реалізації є індивідуальний для кожної людини, а формою її для всіх є драма.

Адже життя є кінцевим, як це не прикро переживати (я хотів би ще мати маєтки, автомобілі, садиби, я хотів би, щоб весь світ був моїм!), але... Я, шановний мій добродію, мушу йти... Я йду в озлобленні на близьких людей, на тих, що допомагали мені жити, прикрашали мою діяльність... а я ображений на них. Я вивергаю із себе забарелена жовцю шмаговиння якоїсь несправедливої (хибної і образливої) правди, і в ній – зло добро і добре зло. Несправедливою ця правда може бути для того, до кого вона звернена. Але вона – правда, тому що вона моя правда. Я бачу наші стосунки саме такими, і тому для мене це правда. Але з точки зору іншого – вона є несправедливою, оскільки він бачить і вибудовує ситуацію принципово інакше: ця людина реально ставиться до мене гарно, відверто, ґрунтуючись на переживанні совісті. Вона в дійсності сповідує в житті зі мною справжню моральність і любов до людини. Саме тому й є несправедливою ця правда.

"Добре зло" – висловлене з добрими намірами, воно зачіпає вищді, кореневі і дуже тонкі струни людини, і... завжди ображає її. Воно, з боку наставника, – як доброта, але в іншій людині виступає злом, тому що збуруює, перевертає в ній все. А "злість добро" – зі злістю висловлене, нехай і гарно, "добре", потрібне слово, повернеться до мене... злістю ж.

...Перед прірвою духовно-фізичного зникнення мене як "Я" моя екзистенція являє собою ту драму, в якій я аналізую понад усе свої негарні вчинки. Екзистенція звернена і "всередину" мене і, водночас, в майбутнє, і, виявляється, я просто мушу на цій останній межі висловитись з приводу майбутнього. Звернення "всередину" означає, що я повинен сказати про себе щось. Але такої чіткої раціональної розмежованості ніколи не буває. Виявляється, що все відбувається інакше: здійснюється складний, цілісний, емоційно насичений аналіз всього мого буття, аналіз мого драматичного життя, осяяного футурологічною концепцією – зверненням в майбутнє завжди – від самого початку і до самого завершення. І я створюю і виражаю лише добрі, лагідні імпульси, знищуючи в собі все підле, підступне, зло. Я, знаходячись на межі власного буттєвого існування, виступаю як провидець власного майбутнього. Я себе або повністю знищую, або знаходжу в собі "точку" ідентичності, якій відсилаю в майбуття. А взагалі-то я каюся. Моє каяття являє собою мою силу перед майбутнім.

... І коли я постаю перед порою небуття, в мені є це вічне, котре я зараз знімаю з себе, як попону скидають з коня... І я вділяюсь в майбутнє без оптимізму, але з моїми здатностями, що їх здійснять нащадки.

І якщо я говорю про трагічність екзистенції, це не стосується того, як мене будуть ховати (бучно чи не дуже), які будуть при цьому сказані слова і скільки витече сліз.

Драма, насправді, не в мені, а в тих людях, що стоятимуть біля моєї могили – злати і падіння моєї драми. Саме вони і несуть, і відворюють драму як мою силу, велич або мою нікчемність (коли ховають бандитів – багато красивих надгробків, вінки, інших пишнот... і ніяких великих і дійсно красивих слів, тому що вони (бандити) – ненароджені, тому що у них не було драми цього життя. Цей бандитизм породжував і актуалізував лише виключно захисну властивість збагачення їх соматичного стану або їх близьких, та й то не зовсім так, як вони того хотіли б).

Це є деждо, що породжує в мені іншу субстанцію мого Я і відкидає першу. Це є то, що існує в мені, як кинджал, що пронизав тіло людини і продовжує жити в ньому своїм власним життям. Так і сон: прозирає мене, як людину. Я бачу в ньому нюанси кольорів, я бачу в ньому своє єство, що звільнилося і від світла, і від всього натурального.

Засинаючи, я бачу виключно власний світ. В ньому я бачу і себе, і деяку іншу людину, і охоплює глобальний природний сенс нашого буття.

Е цьому стані (а він дуже схожий на той стан, що супроводжує завершення буття людини) я відкриваю ще один захоплюючий факт – відкриваю, що в мене є мета життя. Мету життя ставить сам суб'єкт. Він же її вичерпує, і це – трагічно.

Коли С. Л. Рубінштейн пише, що життя людини може здійснюватися двома способами – як просто функціонування, позбавлене рефлексії та ідеалу (1), і як свідоме відобування (існування) (2), – він, звичайно, має рацію. Але водночас й не має рації... Ця теза Майстра зумовила появу багатьох адептів так званої "психології повсякденності". Стверджується навіть, що ця ж невідрефлексована й не освітлена самосвідомістю повсякденність, узагалі-то, переважає в існуванні людини за часовими параметрами. Але це вже велика неправда. Тільки психологічно неповноцінна людина може жити так, і це вже не людське існування. Забувають про Іншого. Він – дзеркало, він той, хто постійно й завжди потребує рефлексивності та підйому над собою. Трансценденція – це доля видатних і особливо обдарованих (із подібного колись починав й А. Маслоу, розробляючи поняття самореалізації). Але трансценденція – це не відхід від софту. Це прихід у нього. Проблема полягає, швидше, не в поглинанні повсякденністю, як це уявляють деякі особливо завзяті дослідники, а в нашому страхі бути рефлексивними. Здається, я виплудатиму самцню й безглуздо, якщо буду серйозно розмірковувати про велике й скінченне... Дивак, невдаха, дивний... Чи так це насправді? Я несправді на кожному кроці, у кожному миті зустрічаюся із цими вічними екзистенційними проблемами – смертю, самотністю, ізоляцією, безглуздістю, любов'ю, вірністю, порядністю. Я не уникаю їх, а розв'язую на своєму рівні. Але завжди розв'язую, і коли не уникаю. Просто не можу інакше. Ми винчали життя і історії злочинців, бомжі, наркоманів, тобто ненароджених, невдійснених, тих, які не відбулися. Проте, це справді захоплюючі драми. Так вони переживають? Потрібно тільки відчувати їх як людей... Правда, це інші драми, інші рівня. А хто визначить його? І справді має рацію А. Маслоу, коли говорить, що особистістю, яка найбільше самоактуалізувалася, може бути звичайна пересічна домогосподарка, яка в затишку, чистоті і здоров'ї своїх близьких побачила сенс свого існування. Вона – відбулася.

Ми хотіли б застерегти молодих дослідників від надто квалітивних суджень і сподівань на думки улюблених класиків, вирвані з контексту не тільки їхніх творів, їхнього життя, їхнього існування. Той же С. Л. Рубінштейн прожив дуже просто й неоднозначне

життя. Він відбувся, проте... не в тому, чого хотів сам. Він відбувся не у творах, а в учнях, які були настільки талановитішими й відданими, що закінчили здійснення задуму. Але якщо ж це було драмою для самого Рубінштейна! Адже ось що він писав в останній, найважливішій і найулюбленішій книзі: "Обов'язок мій зрозумілий. Зовлікання неможливе. Недбалість була б злочином. Для завершення життя, перед тим, як його закінчити й піти, я ще повинен створити три книги. Моя перша праця вже майже закінчена. Сьогодні я даю обітницю священику: усю серця кров, усю полум'я життя, усю силу духу мого віддати для завершення й третьої книги – завершальної, улюбленої, про правду й добро, про єдику, про людину. У цій сенсі і виправдання мого життя"... І ми тримаємо в руках цю книгу. Але ж Сергій Лесюдович так і не закінчив її, це зробили учні. Яка драма життя!

Так, рівень драматизму є одним із важливих показників рівня розвитку особистості. Ми говоримо про драматизм долі, драму життя, про драматизм самої особистості... тому що завжди думаємо про скінченність існування і про здійсненість. Драма завжди духовна, – що б не відбувалося в "повсякденності" – зрада, образа, сварка, заздрість, – драма, коли захоплений дух. І ще дуже суттєвим є те, що драма пов'язана не лише з усвідомленням скінченності існування, але й з усвідомленням власних меж: драма в тому, що я, власне, не можу піднятися над самим собою і стати вищим за себе. Ми можемо й не підніматися, і тоді поред нами драматизм нездійсненого. Але ми можемо... спробувати: усвідомлюючи свою неспроможність, обмеженість, слабкість і залежність, ми звертаємося до внутрішнього світу й... працюємо з ним. Ми стаємо сильнішими, вищими, крадіями. І не настільки вже важливо, у якій формі і як ми це робимо: читаючи книги, переглядаючи фільми, слухаючи музику й... думаючи, виховуючи дитину й бачачи в ній світле й вичне, роблячи добро своїм близьким і... прощаючи їх, досягаючи вершин... Головне, щоб була ця праця, складна, дискомфортна, тривала. Ми примушуємо працювати свій розум і свої почуття для того, щоб, з'єднавшись у суперечливій, нерозривно з'єднаній парі, вони створили людське – нероджений мною самим суб'єкт життя.

Існування людське драматичне, про що свідчать названі причини. І в кожного – своя драма, як і своє неповторне життя. Проте є, нам видається, деякі віхи, вузлові моменти онтогенезу людського існування, які об'єктивно суперечливо-драматичні.

1. Зародження існування людського індивіда й підготовка його до життя в цьому світі. Це справжня драма духу. Тут багато дійових осіб та інтересів, багато смислових "шарів". Чи в коханні зачата ця нова істота, який саме імпульс біосоціальної потреби вона одержала? Як стосунки батьків між собою і багатопланова-багатошарова взаємодія цієї не народженої ще людської істоти й матері? Це все є дуже важливим. У цей час дитина вже бере від світу дуже багато – як матеріального, так і нематеріального. І вона відповідає світові, значайно, як може. Останні дні, одержані за допомогою використання сучасної апаратурної техніки, показали, що вже на 6–7 тижні це – існування. Уже є відповідь. Важливо, як її ждуть, про що говорять і думають, до чого готуються. Ми не думаємо, що і як думає, відчуває ця істота, але вона вже активна, вибирає місце, де і як зручніше, заявляє про себе, виражаючи свої стани. Вона – готується. Це це й драма жінки, усю життя якої буде іншим, і вона до того ж відчула, зрозуміла теке, про що не можна здогадуватися... Це – існування двох. Вона, ця ненароджена людська дитина, уже структурує відношення, середовище, очікування, якщо... її ждуть. Або – нічого цього не робить, якщо не ждуть, і тоді часна вже в утробі – нахдана, непотрібна, зайва... Такою вона й прийде у цей світ, уже пройшовши першу драму свого існування – у світліх і радісних тонах чи, навпаки, у сумних і лякливих.

2. Я вступаю у життя, відчуваю його. Не страх і дискомфорт, а драма, тому що я приходу, щоб створити своє власне життя. Я любачу цих рідних людей, яких уже знаю, але ось тепер – вобачив, "вдихнув" цей згусток соціального існування – прекрасного

й такого різнобарвного, але водночас важкого, несправедливого. Народжена дитина – це виражена вісність. "Преданна немовля", – так його називає Юнг. Я – початок і нескінченна скінченність, я – потенція, енергія і водночас – пам'ять, досвід. Я обтяжений завданням – *стати*, відбутися й... не втратити себе. Я не тільки відкритий для впливів. "Духовне походження – це своєрідний стрибок у світ, і горе всьому тому, що хоче утвердитися, коли воно не знаходить для себе відповідності в жодному з можливих аспектів світу й не може з'єднатися з жодним із них!". Ось справжня драма дитини – потрібно з'єднатися із цим світом, а як і з чим саме?

Дитина – витвір усього універсуму, причому – кожна дитина. Ось що говорить міфологія:

*Небо мучилося позогам, земля мучилася пазогам,  
І лілове море народжувало.  
Криваво-червоні водорості – у муках народження,  
Пусте стебло водорості випускало дим.  
Пусте стебло водорості випускало полум'я,  
А з полум'я виник хлопчик.  
Вогонь занісся омесся, вогонь змісти бороди,  
А його очі були сонцями.*

... І ще дитина споконвічно самотня в цьому світі. Це не та самотність, про яку говорять екзистенціалісти, адже вона – не "закинута" у світ, якщо весь світ брав участь у її творенні й народженні. Дитина самотня як змістовна єдність, несхожа, неаналогічна, нетипова. Вона сама. Тільки вона – така. \*Вона – преданне немовля в преданій (одіаній) самотності преданій стихії; преданне немовля являє собою розгортання преданного яйця подібно до того, як увесь світ являє собою розгортання його самого".

Дитина повинна увійти у цей світ, зробити його своїм, і вона формує в собі внутрішній світ, привласнюючи зовнішній. Це – дуже важко, тому що суперечить її естеству та внутрішній природі. І дитина створює гру – світ фантазій, спеціальних дій, переживань. У грі вона зберігається й розвивається. Через неї перестає бути самотньою. Дитина створює міф: ігрові міфи, метафори, казки стають реальною умовою та джерелом, а також рушійною силою розвитку, оскільки вони і є тією реальністю, у якій вільно й вільно розвивається дитина. Народжується особиста творча рефлексія.

Драма дитини полягає ще й у тому, що вона є соціально зрілою істотою і... не сприймається так навколишніми. Її зрілість, однак, не викликає сумнівів у тому розумінні, що вона існує, здійснюється в нескінченному привласненні довіди. Вона відкрита й... захищена.

Драма дитинства містить у собі аспект і відбиток іншого. Саме тут інший уперше стає дзеркалом, у якому я бачу і його, і себе, і так виникає та розвивається моє Я, мій внутрішній світ.

Ця драма, ця напруженість (чиство й відкрита) дитячого існування ще неодноразово стане мені корисною, коли я подорослішаю...

3. Драматичний момент життя, пов'язаний із появою можливості продовжувати життя через відтворення собі подібних. Чого б не писали і не говорили про це (а пишуть – багато), насправді – це дійсно драма мого існування. Біологічне дуже потужно, заклячно заявляє про себе, потреба переструктурується, і змінюється світ внутрішній і зовнішній... для мене. Відкриваються ті незвідані куточки людських стосунків і пристрастей, які не те щоб закриті, а просто... якісь нецікаві собою збоцці. Тепер – вони головне. Я відчуваю у собі цю силу – можливість, цей всесвітній потяг і... вступаю в дуже відповідальний момент життєвої драми: "Тварина я тремтяча чи право маю?" Звичайно, не це мав на увазі Ф. М. Достоевський, укла-

даючи цю фразу вуста свого улюбленого героя, але... яка фраза! Що з нами відбувалося там, на цьому пробному камені одного з найважливіших періодів становлення? Що відбувалося з нашими дітьми? Адже не можна ж усерйоз схематизувати "за Фройдом", нібито йде боротьба Іd і Super-Ego. Та не так все. Розгортається драматичне полотно: мені потрібно, обов'язково потрібно дзнатися, що там, за цим потягом? Який він, що дає? І – страшно, і ще – це якось не зовсім по-людськи, виходячи з того, що я зрозумів і привласнив про людське. Як бути? І потрібно сподобатися й щоб тобі сподобалися (і знову ця запаморочливо складна суперечлива єдність творинного й людського). Драматизм загострюється тим, що реально, насправді в цьому є сенс – поява нового життя; а актуально в цього сенсу не бану, не переживаю, дуже далекий від нього. І ще – подружки й друзі, їхній досвід – справжній та вигаданий – і моє реноме в колективі, моя дорослість, що є надзвичайно важливо... Є і ще один дуже важливий аспект цієї драми, неусвідомлений і непомічений. Це – стильові особливості подальшої сексуальної поведінки. Саме тут вони закладаються, зберігаються дуже часто на все життя. Чи буде сексуальний зв'язок для мене завжди посланий якщо й не з любов'ю, то принаймні з людськими почуттями – добротою, теплотою, красою, відкритістю, відвертістю, прозорістю, повагою. Або... нічого цього, нічого від існування, а стосунки, секс – це просто засіб, бездуховний і дріб'язковий, засіб самоствердитися, одержати задоволення, зебути-ся, випробувати, ризикнути, урешті, просто затримати на певний час настійні імпульси внутрішніх органів. Усе складно й... з екзистенційними наслідками – не лише для мене, інший – ось хто та людина, якій я віддаю себе або приймаю від неї; яка вона, як йі – так само буде й мені. І ще – як віти: наскільки людинами будуть вони, наскільки існуватимуть – відбудуться? Адже це залежить великою мірою від того, як і з ким вони заняті...

Драма щетлики зароджується тут, у періоді статевого дозрівання. Вона найбільш гостра (тому що справжня: тому що – поза мною, а в нас, між мною та іншим) і триває впродовж усього життя, розвиваючись і збагачуючись, переходячи в драму моїх дітей та онуків...

4. Драма зрілості. Можна запитати, чи взагалі існування дорослої людини є драматичним? І відповіді – так, і великі! Адже ось що головне: дорослий той, хто чинить, вибирає, відповідає. Є в цьому якась безвихідність і водночас пафос. "Я вирішую! І знаю, що від цього залежить життя моїх близьких і любимох, моє зростання, моя ефективність, моє здоров'я. І все-таки, як не дивно, головна дійова особа тут – не Я. Люди, які засуджують мене, пов'язані зі мною. Із мене більше вимагають: чи зможу розібратися в хитромудрих навіколишній діїсності й стосунках інших людей; чи зможу зрозуміти, відчути свій світ. Що (хто) важливіше? Фактично, кожен мій крок – рішення: рух до чогось *від* чогось, самовизначення, самоефективність. Я завжди на роздоріжжі, це захоплює та пригнічує, надихає й лякає – адже не один... Є щось дуже хороше й приємне, а ти повинен відмовитися від нього. Ти шукаєш компроміси, знаходиш, а вони руйнуються, ти шукаєш знову. Але настає момент, коли потрібно вирішувати. І ти знаєш, що відмовляючись..., і вже знаєш, що, урешті-решт, скінчений. Усе закінчиться хоч так, хоч інакше – підкозка, шепіт. І чи можеш ти залишитися людиною, яка відбулася? Що саме ти здійснюєш?

... Це неправда, що ми, дорослі, живучи "повсякденністю", зовсім не бачимо життя таким чином і не розв'язуємо цих проблем. Як про це писав відомий психотерапевт-екзистенціаліст І Ялом, для обдумуван-я таких речей потрібно відволіктися від плінності та суети, зосередитися на вічному, заглибитися в переживання. Це – красивий міф і хороший захисний механізм для невротиків. Не будемо забувати Рубінштейна – "сутність розчинена в існуванні, в існуючому". І це є процес становлення. Насправді ми завжди, у кожній дрібниці цієї миті розв'язуємо ці "вічні" питання, зверяємо з ними свої звички. Інакше... не виходить. Тільки надтрамбований невротик тікає від них, але саме через це він помітно, явно неадекватний. Ми, швидше за все, можемо коли-небудь, дуже рідко щось зробити, "проскочивши" ці проблеми ("Поза особистість" – чудовий вислів Вігетського),



але тоді нам "відпланається старицею". Я можу в запалі пристрасті (згубної, світлої, справедливої, ображеної – на івжжжжжж) зробити кроки, на певний час "забувши" про свою дорослість і відповідальність, проте я насправді пам'ятаю про неї, яюсь умоваю себе, яюсь поясню собі... Але потім обов'язково настане час, коли я відповім – собі, своїй сутності, своєму існуванню, а значить, у якомусь розумінні, – усьому світові, і не треба думати, що це відбудеться, як пише Ялом, у зручному кріслі, у тишій спокон" під телевізор і капи". Це прийме Мене, коли йому буде потрібно, і примусить відбити підсумки, відповісти, вирішити. Питання полягає лише в тому, наскільки далеко я піду при цьому, наскільки близько підійду до становлення на зразок "ненародженості" й "нездійсненого"...

Так, іноді ми не встигаємо, на жаль. Мій пацієнт, якого не зрозуміли й "забили" дома, притиснутий побутом, непоцінований і нереалізований, був насправді особистістю в повному розумінні слова – креативною, самобутньою і, звичайно, амбіційно-образливою. Особливе становище – образа через нерозуміння, невизнання, прагматизм, і... раптом людина, яка розуміє, чує, співчуває, "скоплює" справжню значущість. Узагалі, нічого ніби й не відбулося, у життєво-побутовому розумінні, але був якийсь внутрішній "відхід". І сутність "гукнула", і тоді виявилось, що потрібно думати та оцінювати й слід робити вибір, а вибирати, виявилось, їйного... Усе це так... іші миті. Але яка могла бути драма! Не може ж чекати "крісла й загишки", душа справді повинна працювати завжди, – тут прог має рашю.

5. Драма кінця [закінчення]. Я аналізую свій життєвий шлях, і в цьому аналізі разом виступають мої колеги, мої друзі, близькі, які були зі мною і продовжують тепер цей шлях без мене... І ця остання стадія стає дуже сильною соціально: біологічне вже відійшло (або – відходить). Драма набуває соціального звучання: відхід винятково-неповторної особистості й... наскільки боляче полишати цей світ. "Який світоч розуму погас! Яке серце битися перестало..." Погодьтеся, це ж про кожного з нас так потрібно сказати... Я своєю кончиною [смертю] створюю останній сплеск, який стає драмою для інших людей. Чому? Тому що мої красиві слова, красиві звички, мої оригінальні думки (вони обов'язково неповторні, адже тільки й винятково мої), результати діяльності, моє унікально-неповторне ставлення до людей і йне до мене – в єдиним й... зникають. І Віготський, говорячи про те, що становлення особистості драматичне, насправді добре розуміє, у чому саме полягає драма. Драма в мені, але... поза. Це соціальне, сутнісне буття, забарвлене людськими емоціями людей, які скипляються перед людським прохолодним тілом, створює справжній портрет того індивіда, який пішов із життя. Його життя перетворюється на драму для нас, оскільки ми втратили цю людину. Я знову звертаюся до слів поета: саме він, ось цей світоч... згас. Але наш розум не згас, і серце наше битися не перестало. І ми повертаємося в прогностичній рефлексії того, що відбулося: померла інша людина, завершення шлях життя, тіліня, початок якого був одночасно початком іншого... І я хочу ще раз підкреслити тільки тоді, коли ця особистість – відійшла, закопала, змертвіла – стає початком рефлексії іншого – індивідуальної, особистості, історичної. Вона вбирає в себе особливості життєвого буття, креслені особистісним сенсом діяльності того, хто відійшов. Це його ставлення до своїх близьких, друзів і, найголовніше, – до своїх дітей і своїх батьків. Я саме зараз подумав, що в моєму житті було дві людини, із якими, із пам'яттю про яких я і на смертному одрі, мабуть, яюсь... попрощаюся, – це мати й дід. Це люди, які зробили з мене людину: моє становлення виявилось пов'язаним із зусиллями цих людей. Їхнє ставлення – із величчю й гідністю – до мене; і в мені вони побачили уважну, чуйну, добру людину, яка зароджується. І я зрозумів, що іноді інший робить для мене те, чого не можна помітити, – він бачить мене в майбутньому якимсь, і своїм життям, своїм спілкуванням зі мною – веде мене до мене – такого й... приводить. І я сам роблю те ж. Не з прагматичних міркувань (мовляки про мене щось добре згадають), а за самовиявленням. Як людина, я не можу чи-

нити (інакше: я наслідую (не тотожно, але адекватно) зразки справедливого, чуйного, ніжнього, доброго ставлення до іншої людини, які породжують у нього адекватну (нетотожну) зустрічну інтенцію. Проте й не тільки це. Я, можливо, нікому нічого не хочу говорити, нікого не хочу вчити й виконувати, я просто живу, не ставлю актуальних цілей наслідувати зразки поведінкових реакцій (моральних, інтелектуальних, фізичних і трудових). І я ставлю запитання про те, навіщо ж тоді я привласнюю ці зразки? Адже насправді я їх не привласнюю, а на їх основі я створюю свої зразки. Цілком імовірно, зразки близьких мені людей слугують мені не еталоном, а певним засобом, оволодіння яким викликає в мені те людське, що заслуговує на увагу навіть самого себе. Я ціную в собі те, що є для мене справді унікальним і загальним. І головне тут – ставлення до іншого. Звідки я знаю в собі це? Є в житті момент, коли все єство моє відкривається мені у своїй незаширеності й загальності. Це момент засипання, який викликає особливі й глибокі думки, відчуття, сенси. Чому засипання? Тому що, я впевнений, наймудріша людина – та, що засинає. У цей момент вона чиста, звільнена від соціальних нашарувань свого атрибутивного біологічного єства. Вона залишається у своїй чистій духовній субстанції, що схожа на немовля. Я впевнений, що природа дає нам шанс – це "поворнення" дитини з її чистотою, потенцією, нескінченністю, соціальною зрілістю й зовсім особливою самотністю, – що дуже багато може дати тому, хто уважний до себе. Час перед сном наближає до дитини, яка звільнилася... Звільнилася, оскільки вона ніби в польоті, вона у світі, і це для неї реальність. Можливо, тут ми зустрічаємося зі справжньою своєю духовністю – чистотою без соціальних нашарувань. Цей стан, на мою думку, заслуговує на ту увагу, яку ще не виявили до неї наші психологи, фізіологи, філософи... Це дещо, яке звільнилося на мить, суто зотраплено, морально, духовно, звільнене, повторюю, від соціальних нашарувань і біологічних потенцій.

Так само й сновидіння – це не факт нездійснених бажань, а факт звільненої духовно-чуттєвої інтенції людини.

...Проблема існування має інший ракурс і набуває неочікувано нового забарвлення, якщо виходити з генетичного розуміння фундаментального факту співвідношення біологічного і соціального у функціонуванні психічного ядра особистості. Хочу гранично чітко і ясно пояснити, в чому тут сутність питання.

Вона полягає в тому, що ми прийшли до висновку, який є парадоксальним і неочікуваним, але однозначним (нехай "Хомам невірним" здається, що він не заслуговує на увагу).

Мова йде про відкриття абсолютно унікального факту того, що дійсне ядро особистості являє собою генетично вихідне суперечливе відношення, ім'я якому – **нужда**. І коли ми говоримо про це і порівнюємо дане положення з різними іншими висловлюваннями, мені видається необхідним звернутись до Біблії, як до вічного знання, що має величезну цінність. Саме генетично вихідне відношення, що конститує особистість, має назву "**нужда**", і коли ми беремо Євангеліє від Матвія, ми говоримо – кинджальне проназання нашого єства є суть, є **нужда** в тому, щоб від нього звільнитися.

Я вважаю за свій обов'язок сказати, що на величезному масиві теоретичних і емпіричних даних нам довелося виокремити абсолютно вражаючу одиницю особистості – це співвідношення біологічного і соціального, яке виявляється **нуждою**. Я сказав би й не так: генетично вихідне відношення, яке конститує особистість, є **нужда**. **Нужда**, як певна дихотомічна пара співвідношення біологічного і соціального, конститує особистість тоді, коли вона зароджується, і коли розвивається, і розвинена, і, в остаточному рахунок, згасіючу особистість. Це перший фундаментальний факт. Другий факт: коли ми говоримо, що особистість – це згусток, це, взагалі-то, ніби продукт суспільних відносин, то що ж ми маємо на увазі? Я, в даному випадку, маю на увазі те, що влетений в біологічний організмний рівень соціум, оточення призводить до того, що індивід у процесі розвитку сам для себе конститує факт наменості біологічного свого єства.

В чому ж полягає це конституювання? Виявляється, соціальне, що є фундаментальним, неповторним, абсолютно приголомшливим моментом життя людини, переростає в процес становлення індивіда особистістю. Чому? Особистістю індивід стає завдяки тому, що "в ньому" є дійсно фундаментальні морфологічні структури, які у своєму поєднанні утворюють біологічну, морфологічно оформлену структуру. Вплив зовнішнього середовища, сточення і співвідношення цього (соціального) і наявного біологічного створює зовсім інший параметр, який, виникаючи у людини як індивіда, перетворює її на особистість. Чому "особистість"? Тому що в нас є момент величюного індивідуального буття і того зброботного унікального, що являє собою соціальне колективне.

#### Питання для контролю та самоконтролю

1. Дайте визначення поняття особистості.
2. Які основні злистовні ознаки особистості?
3. Охарактеризуйте основні психологічні теорії особистості.
4. У чому полягають особливості онтогенезу особистості?
5. Поясніть, чому нужда забезпечує розвиток особистості як саморозвиток.
6. Перелічіть атрибутивні властивості нужди, що окреслюють її природу.
7. Охарактеризуйте основні етапи онтогенезу особистості.
8. У чому полягають особливості існування нужди у підлітковому віці?
9. Чому нужда виступає як рушійна сила розвитку особистості?
11. Яким чином генетична психологія може забезпечити прогнозування розвитку особистості?
12. Які концепції життєвого шляху найповніше відображають процес розвитку особистості?
13. Опишіть основні підструктури, що входять до структури особистості.
14. Що являє собою внутрішній світ особистості?
15. Що таке переживання особистості та як вони виникають?
16. Як можна виявити переживання особистості з метою психокорекційного та психотерапевтичного впливу на неї?
17. Які існують джерела активності особистості та як вони впливають на її саморозвиток?
18. Вкажіть основні проблеми вивчення характеру в медичній психології.
19. Поясніть зв'язок між нуждою та формуванням характеру особистості.
20. Поясніть залежність між основними властивостями характеру особистості та її здатністю реагувати на психотравмуючі впливи.
21. Проаналізуйте психічні стани як основні явища психічного життя особистості.
22. Які методи застосовують для вивчення психічних станів?
23. Як змінюється співвідношення біологічного і психічного у процесі онтогенезу особистості?
24. У чому полягає зв'язок досвіду з іншими психічними структурами особистості?
25. Проаналізуйте когнітивну сферу на різних етапах онтогенезу особистості.
26. Чому нужда як спрямований енергетично-інформаційний носій сприяє саморозвитку особистості?
27. Що ви розумієте під поняттям "психологічне здоров'я особистості" та чим воно відрізняється від психічного здоров'я?
28. Поясніть проблему існування особистості, виходячи з генетичного розуміння фундаментального факту співвідношення біологічного і соціального у функціонуванні психічного ядра особистості.

## Список використаної та рекомендованої літератури

1. Абульханова-Славская К. А. Деятельность и психология личности. – М.: Наука, 1980. – 336 с.
2. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. – М., 1991.
3. Адлер А. Наука жить. – Психология личности в трудах зарубежных психологов. Хрестоматия. – СПб: Питер, 2000. – С. 52–64.
4. Адлер А. Понять природу человека. – СПб: Академический проект, 1997.
5. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. – М.: Класс, – 331 с.
6. Айдарова Л. И. Маленькие школьники и родной язык. – М.: Знание, 1983. – 94 с.
7. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2004. – 336 с.
8. Александрова А. Я. Проблемы науки и познания ученого. – Л.: Наука, 1938. – 512 с.
9. Амонашвили Ш. А. В школу – с шести лет // Педагогический поиск. – М.: Педагогика, 1987.
10. Амонашвили Ш. А. Здравствуйте, дети! Пособие для учителя. – М.: Просвещение, 1988. – 208 с.
11. Аналитическая философия: Избр. тексты / Сост. А. Ф. Грязнов. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993. – 181 с.
12. Ананьев Б. Г. Комплексное изучение человека и психологическая диагностика // Вопр. психол. – 1968. – № 6. – С. 21–33.
13. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1968. – 338 с.
14. Андреев И. Д. Теория как форма организации научного знания. – М.: Наука, 1979. – 304 с.
15. Андросова Г. М. Идентичность с социальной средой // Психология социальных ситуаций. – СПб: Питер, 2003. – С. 248–256.
16. Антропа Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства у детей. – М., 2000. – 320 с.
17. Анциферова Л. И. К психологии личности как развивающейся системы. – Психология формирования и развития личности. – М.: Наука, 1981. – С. 3–18.
18. Анциферова Л. И. Психологическое содержание феномена: субъект и граница субъектно-деятельностного подхода. – Проблема субъекта в психологической науке. – М.: Академический проект, 2000. – С. 27–42.
19. Анциферова Л. И. Психология формирования и развития личности. – Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб: Питер, 2002. – С. 207–212.
20. Аристотель. О душе. – М.: Наука, 1975. – 448 с.
21. Арсеньев А. С. Проблема цели в воспитании и образовании. Цель в воспитании личности // Философско-психологические проблемы развития образования / Под ред. В. В. Давыдова. – М. Педагогика, 1981. – С. 54–73.
22. Асмолов А. Г. Личность как предмет психологического исследования. – М., 1984. – 304 с.
23. Балл Г. А. Костюк и его методологические уроки // Психол. журнал. – 2000. – Т. 21. – № 3. – С. 112–116.
24. Балл Г. А. Теория учебных задач. Психолого-педагогический аспект. – М.: Педагогика, 1990. – 184 с.
25. Бассо М. Я. Избранные психологические произведения. – М.: Педагогика, 1975. – 432 с.
26. Багичева Г. С. Деятельностная сущность человека как философский принцип // Проблема человека в современной философии. – М.: Наука, 1969. – С. 73–144.
27. Баткин М. М. Проблемы поэтики Достоевского. – М., 1979.

28. Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. – М., 1972. – 321 с.
29. Бердяев Н. Проблема человека. – Путь, 1936. – № 50. – С. 12–26.
30. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986. – 421 с.
31. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М.: Медицина, 1966. – 349 с.
32. Бехтерев В. М. Объективная психология. – М., 1912. – Вып. 1. – 600 с.
33. Бехтерев В. М. Психологическое определение личности. – Психология личности. Хрестоматия. – СПб: Питер, 2000. – С. 15–17.
34. Бинсвангер Л. Экзистенциально-аналитическая школа мысли. – Экзистенциальная психология. – М., 2001. – С. 309–332.
35. Блонский П. П. Очерк научной психологии // П.П. Блонский Избр. психол. произв. – М.: Просвещение, 1964. – С. 33–131.
36. Блом Г. Психодинамические теории личности. – М.: КСП, 1996. – 247 с.
37. Богоявленская Д. Б. Интеллектуальная активность как проблема творчества. – Ростов: Изд-во Ростов. ун-та, 1963. – 174 с.
38. Богоявленская Д. Б. Субъект деятельности в проблематике творчества // Вопр. психол. – 1999. – № 2.
39. Богоявленский Д. Н., Мамчинская Н. А. Психология учения // Психологическая наука в СССР. – М.: Наука, 1960. – Т. 2. – С. 286–336.
40. Божович Л. И. Личность и ее развитие в детском возрасте. – М.: Просвещение, 1968. – 464 с.
41. Божович Л. И. О некоторых проблемах и методах изучения психологии личности школьника // Вопросы психологии личности школьника. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961. – С. 3–31.
42. Божович Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе // Психология развития. – СПб: Питер, 2001. – С. 227–271.
43. Бондаренко Л.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – К.: Укртехпресс, 1997. – 215 с.
44. Бор Н. Атомная физика и человеческое познание. – М.: Наука, 1961. – 151 с.
45. Браун Д. Психология Фрейда и постФрейдисты. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 1998. – 420 с.
46. Бройль Луи де. По тропам науки. – М.: Наука, 1962. – 295 с.
47. Брушлинский А. В. Деятельность и опосредствование // Психол. журнал. – 1998. – Т. 19. – № 6. – С. 118–125.
48. Брушлинский А. В. О формировании психического // Психология формирования и развития личности. – М.: Наука, 1981. – С. 106–126.
49. Брушлинский А. В. Проблема развития в психологии мышления // Принцип развития в психологии. – М.: Наука, 1978. – С. 38–60.
50. Бубер М. Я и Ты // Квинтэссенция. Философский альманах 1991 года. – М.: Полигиздат, 1992. – С. 294–370.
51. Будилова Е. А. Методология, теория и эксперимент в научном творчестве // Вопр. психол. – 1979. – №3. – С. 106–124.
52. Булахов Ю. Ф. Соотношение теории и метода в научном познании // Философ. науки. – 1981. – №4. – С. 135–137.
53. Бурменская Г. В., Кабанова П. А., Лидерс А. Г. Возрастно-психологическое консультирование. – М.: МГУ, 1990. – 135 с.
54. Бужас Т. М. Инициальный путь развития личности: возможности психологической работы // Вопросы психологии. – 2003. – № 5. – С. 68–79.
55. Быков В. В. Методы науки. – М.: Наука, 1974. – 215 с.

56. Бэкон Ф. Великое восстановление наук // *Сочинения*. – М.: Мысль, 1977. – Т. 1. – 567 с.
57. *В мире подростка* / Под ред. А. А. Бодалева. – М., 1982.
58. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – М.: Просвещение, 1967. – 195 с.
59. Василиук Ф. Е. Методологический анализ в психологии. – М.: Смысл, 2003. – 238 с.
60. Василиук Ф. Е. Психология переживания. – М.: МГУ, 1984.
61. Вернадский В. И. Биосфера и ноосфера. – М., 1989.
62. Вернадский В. И. Философия мысли натуралиста. – М.: Наука, 1988. – 516 с.
63. Берч Дж. Голоса разума. Социокультурный подход к опосредованному действию. – М.: Трикола, 1996. – 174 с.
64. Вигенштейн Л. Философские работы. – М.: Гнозис, 1994. – Ч. 1. – 521 с.
65. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери. – М.: Класс, 1998. – 80 с.
66. Вишнякова Н. Ф. Креативная акмеология. – Минск, 1999. – 295 с.
67. *Возрастные возможности усвоения знаний (младшие классы школы)*. – М.: Просвещение, 1996. – 311 с.
68. *Восприятие и действие* / Под ред. А. В. Запорожца. – М.: 1967. – 332 с.
69. Выготский Л. С. Динамика умственного развития школьника в связи с обучением // *Педагогическая психология*. – М.: Педагогика, 1991.
70. Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса // *Собр. соч.* – М.: Педагогика, 1982. – Т. 1.
71. Выготский Л. С. История развития высших психических функций: *Собр. соч.* – М.: Педагогика, 1983. – Т. 3. – 366 с.
72. Выготский Л. С. Педагогическая психология. – М.: Педагогика, 1991. – 480 с.
73. Выготский Л. С. Проблема возраста // *Собр. соч.: В 6-ти т.* – М.: Педагогика, 1983. – Т. 4. – 332 с.
74. Выготский Л. С. *Собр. соч.: В 6-ти т., т. 5, Проблемы дефектологии*. – М.: Педагогика, 1982.
75. Высокый В. С. *Избранное*. – М., 1997. – 337 с.
76. Гальперин П. Я. Введение в психологию. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. – 150 с.
77. Гальперин П. Я. Метод "срезов" и метод поэтапного формирования в исследовании детского мышления // *Вопр. психол.* – 1966. – № 4. – С. 123–135.
78. Гальперин П. Я., Запорожец А. В., Эльконин Д. Е. Проблемы формирования знаний и умений у школьников и новые методы обучения в школе // *Вопр. психол.* – 1963. – № 5. – С. 61–72.
79. Гальперин П. Я., Талызина Н. Ф. Формирование начальных геометрических понятий на основе организованного действия учащихся // *Вопр. психол.* – 1957. – № 1. – С. 23–44.
80. Гегель Г. В. Ф. Энциклопедия философских наук. Наука логики. – М.: Наука, 1974. – Т. 1. – 452 с.
81. Гегель. Сочинения. – М.: Наука. – Т. 4. – 1963.
82. Гете Г. Собрание сочинений: В 10 т. – Т. 7. – М., 1976.
83. Гилленрейтер Ю. Б. Введение в психологию: Курс лекций. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1995.
84. Головаха Е. И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности // *Психология личности*. – СПб: Питер, 2003. – С. 256–268.
85. Горский Д. П. Проблемы общей методологии науки и диалектической логики. – М.: Наука, 1969. – 352 с.
86. Грахам Лорен Г. Естествознание, философия и науки о человеческом поведении в Советском Союзе. – М.: Политиздат, 1991. – 476 с.

87. Гуревич А. Я. Исторический синтез и школа "Анналов", – М.: Индрик, 1993. – 328 с.
88. Гурьява В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М., 1996.
89. Давыдов В. В. Виды обобщения в обучении. – М.: Педагогика, 1972. – 422 с.
90. Давыдов В. В. Генезис и развитие личности в детском возрасте // Вопросы психологии. – 1992. – № 1-2. – С. 22-32.
91. Давыдов В. В. О двух основных этапах развития детской и педагогической психологии. Психология обучения и воспитания // Вопросы организации формирующего эксперимента. – М.: Педагогика, 1978. – Вып. 4. – С. 4-15.
92. Давыдов В. В. Последние выступления. – М., 1998. – 87 с.
93. Давыдов В. В. Проблемы развивающего обучения. – М.: Педагогика, 1996. – 540 с.
94. Давыдов В. В. Теория развивающего обучения. – М.: ИНТОР, 1996. – 541 с.
95. Давыдов В. В., Маркова А.К. Развитие мышления в школьном возрасте // Принцип развития в психологии /Под ред. Л. И. Анцыферовой. – М.: Наука, 1978. – С. 245-316.
96. Декарт Р. Избр. проза. – М.: ГИПЛ, 1950. – 710 с.
97. Джеймс У. Психология. – М.: Педагогика, 1991. – 368 с.
98. Диалектика. Познание. Наука /Под ред. В. А. Лекторского, В. С. Тюткина. – М.: Наука, 1988.
99. Дорожкин В. Т. Причины трансформации учебного задания учащимся // Вопр. психологии – 1980. – №3. – С. 54-63.
100. Дригус М. Т. Дослідження суб'єктивних детермінант результативного учіння: концептуальний підхід // Актуальні проблеми психології: традиції і сучасність. – К., 1993. – Т. 1. – С. 187-193.
101. Дусавицкий А. К. Развитие личности в учебной деятельности. – М.: Дом педагогики, 1996.
102. Дьяченко О. М. Проблема развития способностей: до и после Л. С. Выготского // Вопросы психологии. – 1996. – №5. – С. 96-109.
103. Егоров А. Г. Тенденции развития экспериментальной психологии // Психол. журнал. – 1986. – Т. 7. – №3. – С. 3-17.
104. Ежегодник Лаборатории постклассических исследований РАН /Ред. Е. В. Петропавловская. – М.: Ad Marginem, 1994. – 422 с.
105. Загвязинский В. И. Методология и методика дидактического исследования. – М.: Педагогика, 1982. – 160 с.
106. Залкинд А. Б. Основные вопросы педологии. – М.: Работник просвещения, 1930. – 263 с.
107. Занков Л. В. О предмете и методах дидактических исследований. – М.: Педагогика, 1982. – 196 с.
108. Запорожец А. В. Восприятие и действие. – М., 1967. – 322 с.
109. Запорожец А. В. Основные проблемы онтогенеза психики // Избр. психол. труды. – М.: Педагогика, 1986. – С. 223-258.
110. Зейгарник Б. В. и др. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журнал. – 1989. – №2. – С. 122-132.
111. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. – 238 с.
112. Зейгарник Б. В. Теория личности К. Левина. – М.: МГУ, 1981. – 116 с.
113. Зимняя И. А. Педагогическая психология. – М., 1999.
114. Зимченко В. П. Психологические основы педагогики. – М., 2002. – 429 с.
115. Зимченко В. П. Теоретический мир психологии // Вопросы психологии. – 2003. – №5. – С. 3-17.
116. Зимченко В. П., Моргунов Е. Б. Человек развивающийся. – М.: Триколор, 1994. – 332 с.

117. Иванов В. П. Человеческая деятельность – познание – искусство. – К.: Наук. думка, 1977. – 251 с.
118. Ильенков Э. В. Дialeктическая логика. – М.: Наука, 1992. – 216 с.
119. Ильенков Э. В. Космология духа. – Философия и культура. – М.: Политиздат, 1991. – С. 415–436.
120. Ильенков Э. В. Что же такое личность? – С чего начинается личность / Под ред. Р.И. Косолапова. – М.: Политиздат, 1991. – С. 319–357.
121. Ильенков Э. Ф. Идеал – Философия и культура. – М.: Политиздат, 1991. – С. 204 – 212.
122. Ильин В. В. Гносеологические функции категорий. – М.: Мысль, 1982. – 368 с.
123. История ментальностей, историческая антропология / Ред.-сост. В.Мухина. – М.: ИВИ РАН, 1996. – 255 с.
124. Кассидер Э. Опыт в человеке: введение в философию человеческой культуры // Проблема человека в западной философии. – М.: Прогресс, 1988. – С. 3–30.
125. Категории материалистической диалектики и психологии. – М.: Наука, 1988. – 244 с.
126. Кемпбел Д. Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях. – М.: Прогресс, 1980. – 319 с.
127. Кенинг К. Три первых года ребенка. – Духовное познание. – Кагула, 2002. – 148 с.
128. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. – М.: Класс, 1998. – 368 с.
129. Клапаред Э. Психология ребенка и экспериментальная педагогика. – М., 1919. – 187 с.
130. Кле М. Психология подростка (Психосексуальное развитие). – М.: Педагогика, 1991. – 176 с.
131. Кляменко В. В. Как воспитать ву-деркинда. – Харьков: Фолио, 1996. – 464 с.
132. Кон И. С. Открытие 'Я'. – М.: Политиздат, 1978. – 367 с.
133. Коллинз Л. В. Гносеологические и логические основы науки. – М.: Мысль, 1974. – 468 с.
134. Коржова Е. Ю. Психологическое познание судьбы человека. – СПб: Союз, 2002. – 334с.
135. Корнилова Т. В. Акт опосредствования или артефакт? // Психол. журнал. – 1999. – Т. 20. – № 6. – С. 104–109.
136. Костюк Г. С. Начально-виховний процес і психічний розвиток особистості. – К.: Рад. школа, 1989. – 608 с.
137. Костюк Г. С. Навчання і психічний розвиток учнів // Психологічна наука, вчитель, учень. – К.: Рад. школа, 1979. – С. 19–32.
138. Костюк Г. С. Принцип развития в психологии // Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1969. – С. 118–152.
139. Костюк Г. С. Про індивідуальний підхід до учнів у навчальній роботі // Комуністична освіта. – 1937. – № 8. – С. 52–64.
140. Костюк Г. С. Психологические аспекты опытно-экспериментальных педагогических исследований // Костюк Г. С. Избр. психол. труды. – М.: Педагогика, 1988. – С. 76–86.
141. Котырло В. К., Дуткин Т. В. Роль совместной деятельности в формировании познавательной активности дошкольников // Вопр. психол. – 1991. – № 2. – С. 50–59.
142. Кремль В. Г., Ильин В. В. Філософія: мислителі, ідеї, концепції. – К.: Книга, 2005. – 525 с.
143. Курдюков Н. Сочинения. В 2 т. – М., 1980. – Т. 2.
144. Лазурский А. Ф. Естественный эксперимент и его школьное применение. – М., 1919. – 316 с.
145. Лазурский А. Ф. О составе личности. – Избранные труды по психологии. – М., 1967. – С. 9–13.
146. Лакан Ж. Семинары. – М.: Логос, 1998. – Кн. 1. – 432 с.
147. Лакан Ж., Лангалис Ж. Б. Словарь по психоанализу. – М.: Высшая школа, 1996. – 623 с.
148. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. – М.: Педагогика, 1964.
149. Лесинцев А. А. Проблемы развития психики. – М.: Наука, 1984. – 493 с.



150. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность // Избр. псих. труды: В 2 т. – Т. 2. – М.: Педагогика, 1983. – С. 94–231.
151. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2 т. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 1. – 392 с. – Т. 2. – 320 с.
152. Леонтьев А. Н. Овладение учащимися научными понятиями как проблема педагогической психологии // Работы советских авторов периода 1910–1945 гг. – М., 1980. – С. 161–166.
153. Лерш Ф. Розуміння особи у психології. – Гуманістичні підходи в західній психології ХХ ст. – К.: Пульсари, 2001. – С. 93–121.
154. Лисина М. И. Генезис форм общения у ребенка // Принцип развития в психологии. – М.: Наука, 1978. – С. 268–294.
155. Ляшко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 255 с.
156. Логимова Н. А. Развитие личности и ее жизненный путь. – Принципы развития в психологии / Под ред. Л. И. Анцыферовой. – М.: Наука, 1978. – С. 156–172.
157. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – 444 с.
158. Лосев А. Ф. Диалектика мифа. В кн. Философия. Мифология. Культура. – М.: Политиздат, 1991. – С. 21–185.
159. Лосев А. Ф. Логика символов // Философия, мифология, культура. – М.: Политиздат, 1991. – С. 247–274.
160. Лурья А. Р. Об историческом развитии познавательных процессов. – М.: Наука, 1974. – 171 с.
161. Лурья А. Р., Зейгарник Б. В., Поляков Ю. В. О применении психологических тестов в клинической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1974. – № 12. – С. 171–183.
162. Лысюк О. Г. Эмпирическая картина становления продуктивного целеполагания у детей 2–4 лет // Вопр. психол. – 2000. – № 1. – С. 98–109.
163. Мадди С. Теории личности. Сравнительный анализ. – СПб: Речь, 2002. – 539 с.
164. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. – К., 2006. – 255 с.
165. Максименко С. Д. Генетико-моделирующий метод в исследовании возрастной и педагогической психологии // Тез. к ХХI Междунар. психол. конгрессу, ГДР, Лейпциг, 6–12 июля. – М., 1980. – С. 37.
166. Максименко С. Д. Генетико-моделирующий метод в исследовании обучения и умственного развития школьников // Радянська школа. – 1981. – № 12. – С. 23–29.
167. Максименко С. Д. Генетическая психология. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2000. – 319 с.
168. Максименко С. Д. Генетическая психология: проблемы и перспективы // Журнал практикующего психолога. – 1998. – № 4.
169. Максименко С. Д. Загальна психологія. – К.: Форум, 2000. – 543 с.
170. Максименко С. Д. Історія психологічного аналізу // Філософська і соціологічна думка. – 1995. – № 3–4. – С. 39–46.
171. Максименко С. Д. Методологические аспекты психологии обучения // Психология. – 1988. – Вып. 31. – С. 3–10.
172. Максименко С. Д. Общая психология. – М. – К.: Рефл-бук, Ваклер, 1999. – 528 с.
173. Максименко С. Д. Основы генетичної психології. – К., 1998. – 218 с.
174. Максименко С. Д. Проблема метода в возрастной и педагогической психологии // Вопр. психол. – 1989. – № 4. – С. 31–39.
175. Максименко С. Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці. – К.: Наук. думка, 1999. – 216 с.

176. Максименко С. Д. Теорія і практика психолого-педагогічного дослідження. – К.: КДІП, 1990. – 240 с.
177. Максименко С. Д., Недашковский В. П. Теоретические аспекты исследования формирующего эксперимента в психологическом исследовании учебного процесса. – К.: Рад. школа, 1983. – С. 40–50.
178. Мамардашвили М. К. Как я понимаю философию. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
179. Мамардашвили М. К. Стрела познания (набросок естественно-исторической гносеологии). – М.: Языки русской культуры, 1997. – 394 с.
180. Маркова А. К. Формирование учебной деятельности и развитие личности школьника. – М.: Педагогика. – 221 с.
181. Маркова А. К., Матис Т. А., Орлов А. Б. Формирование мотивации учения. – М.: Просвещение, 1990. – 102 с.
182. Маркс К., Энгельс Ф. Немецкая идеология // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. – Т. 3. – С. 7–544.
183. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб: Евруния, 2001. – 472 с.
184. Маслоу А. Психология бытия. – М. – К.: Рефл-бук, Ваклер, 1997. – 300 с.
185. Маслоу А. Самоактуализация личности // Психология личности. – М., 1982.
186. Материалистическая диалектика и методы естественных наук. – М.: Наука, 1963. – 608 с.
187. Матюшкин А. М. Психологическая структура и динамика, и развитие познавательной активности // Вопр. психол. – 1982. – № 4. – С. 5–17.
188. Машбиц Е. И. Психологические основы управления учебной деятельностью. – К.: Вища школа, 1987. – 223 с.
189. Мей Р. Искусство психологического консультирования. – М.: Апрель-пресс: ЭКСМО-пресс, 2001. – 252 с.
190. Мей Р. Становлення екзистенційної психології. – Гуманістичні підходи в західній психології ХХ ст. – К.: Пульсари, 2001. – С. 124–164.
191. Менегетти А. Система и личность. – М.: Онтопсихология, 2003. – 319 с.
192. Менчинская Н. А. 50 лет советской психологии обучения // Сов. педагогика. – 1967. – № 10. – С. 126.
193. Менчинская Н. А. Обучение и развитие младших школьников. – М.: Педагогика, 1973. – 72 с.
194. Мерзуров И. П. Метод гипотез в истории научного познания. – М.: Наука, 1984. – 188 с.
195. Мерлин В. С. Личность как предмет психологического исследования. – Пермь, 1988.
196. Методологические и теоретические проблемы психологии / Под ред. Е. В. Шороховой. – М.: Наука, 1969. – 376 с.
197. Мецберяков Б. Г., Зиганко В. П. Л. С. Выготский и современная культурно-историческая психология (Критический анализ книги М. Коула) // Вопр. психол. – 2000. – № 2. – С. 102–117.
198. Мид М. Культура и мир детства. – М.: Наука, 1988. – 429 с.
199. Михайлов Ф. Т. Общественное сознание и самосознание индивида. – М.: Наука, 1990. – 224 с.
200. Михайлов Ф. Т. Философско-методологические проблемы психологического исследования // Вопр. психол. – 1981. – № 1. – С. 44–56.
201. Моляко В. А. Методы формирования у учащихся творческого технического мышления. – К.: Рад. школа, 1985. – 57 с.
202. Монтессори М. Помогите мне сделать это самому. – М.: Каранмуд, 2002. – 270 с.
203. Мостепаненко М. В. Философия и методы научного познания. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1972. – 261 с.
204. Мухина В. С. Шестилетний ребенок в школе. – М.: Просвещение, 1990. – 174 с.

205. Мясидов В. Н. Личность и неврозы. – Л.: Наука, 1960.
206. Мясидов В. Н. Методологическое значение медицинской психологии. / В кн. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1969, с. 219 – 316.
207. Нежнов П. Г., Медаведов А. М. Метод исследования содержательного анализа у школьников // Вестник МГУ. Сер. Психология. – 1988. – № 2. – С. 14–24.
208. Неломняцкая Н. И. Психодиагностика личности. – М.: Владос, 2001. – 189 с.
209. Нойманн Эрих. Происхождение и развитие сознания. – М.: Рефл-бук, К. Ваклер, 1988. – 484 с.
210. Обухова Л. Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. – М.: Тривола, 1995. – 356 с.
211. Обухова Л. Ф. Концепция Жана Пиаже: за и против. – М.: Педагогика, 1981.
212. Обучение и развитие / Под ред. Л. В. Зенкова. – М.: Просвещение, 1975. – 440 с.
213. Оллпорт Г. Личность в психологии. – М.: КСП, СПб: Ювента, 1982. – 325 с.
214. Оллпорт Г. Становление личности. – М.: Смысл, 2002. – 461 с.
215. Опыт системного исследования психики ребенка / Под ред. Н. И. Неломняцкой. – М.: Педагогика, 1976. – 232 с.
216. Орлов А. Б. От хаоса к порядку и обратно, туда где... "все во всем" // Вопр. психол. – 2000. – № 2. – С. 52–55.
217. Орлов Ю. М. Восхождение к индивидуальности. – М., 1991.
218. Павлов И. П. Избр. труды. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1951. – 438 с.
219. Палуча М. В. Успешность навчання як проблема становлення індивідуальності (на матеріалі старшого шкільного віку) // Освіта і виховання в Польщі: Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. – Ніжин, 1998. – С. 140–146.
220. Палуча М. В., Кричковська Т. Д. Особистість: розвиток, соціалізація, виховання. – Ніжин: Ред.-вид. відділ НДПУ ім. Миколи Гоголя, 2001. – 146 с.
221. Палуча Н. В. Особенности психологической помощи после психотравмы в ранней юности // Особистість і трансформаційні процеси у суспільстві: Матер. III Харків. Міжнар. психол. читань. – Харків, 1999. – С. 268–271.
222. Петровский А. В. История советской психологии. – М.: Просвещение, 1967. – 367 с.
223. Петровский В. А. Идея свободной приращности в психологии личности // Психология личности. – СПб: Питер, 2003. – С. 436–448.
224. Пиаже Ж. Избр. психол. труды. – М.: Прогресс, 1969. – 650 с.
225. Пиаже Ж. Теория Пиаже // История зарубежной психологии: 30–60 гг. XX века. – М., 1986.
226. Платон. Соч. – М., 1963. – Т. 1.
227. Платон. Сочинения: В 3 т. – М., 1970. – Т. 2.
228. Платонса К. К. Концепция динамической функциональной структуры личности. – Психология личности. Хрестоматия. – С. 119–129. Практическая психодиагностика. – Самара, Бахрах, 1998. – 668 с.
229. Платонса К. К. Структура и развитие личности. – М., 1958. – 315 с.
230. Пойа Д. Как решать задачу. – М.: Учпедгиз, 1959. – 206 с.
231. Полюянов Ю. А. Дети рисуют. – М.: Педагогика, 1986. – 176 с.
232. Пономарев Я. А. Знание, мышление и умственное развитие. – М.: Наука, 1960. – 264 с.
233. Пономарев Я. А. Психология творчества. – М.: Наука, 1976. – 302 с.
234. Прейер В. Душа ребенка. – М., 1912. – 460 с.
235. Принцип развития в психологии / Под ред. Л. И. Анцыферовой, Г. С. Костюка. – М.: Наука, 1976. – 358 с.

236. Проблема субъекта в психологической науке /Под ред. А. В. Брушлинского. – М.: Академ. проект, 2000. – 320 с.
237. Прохоров А. О. Психические состояния и их функции. – Казань, 1994.
238. Психические состояния / Под ред. Л. В. Куликова. – СПб: Питер, 2000. – 512 с.
239. Психоанализ в развитии: Сб. пер. /Ред.-сост. А. П. Порненко, И. Ю. Романов. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 176 с.
240. Психология современного подростка / Под ред. Д. К. Фельдштейна. – М.: Педагогика, 1987. – 240 с.
241. Психология формирования и развития личности /Ред. Л. И. Анциферова. – М.: Наука, 1981. – 366 с.
242. Психологія / За ред. Г. С. Костюка – К.: Радянська школа, 1968. – 572 с.
243. Психологія внутрішнього світу/ Упор. – Т. Гончаренко. – К., 2003. – 127 с.
244. Пуанкаре Л. О науке. – М.: Наука, 1983. – 167 с.
245. Развитие восприятия в раннем дошкольном возрасте /Под ред. А. В. Запорожца, М. И. Лисиной. – М.: 1966. – 301 с.
246. Релкин В. В. Структура учебной деятельности // Вестник Харьков. ун-та. – 1976. – № 132. – Сер. "Психология", вып. 9 – С. 10-16.
247. Релкин В. В. Формирование учебной деятельности в младшем школьном возрасте // Вестник Харьков. ун-та. – 1976. – № 171. – Сер. "Психология", вып. 11. – С. 40-49.
248. Рихтер П. Ф. Воспитатель ведет за собой будущего светила // Мудрость воспитания. – М.: Педагогика, 1987. – С. 58-59.
249. Роджерс К. Взгляд на психотерапию: Становление человека. – М., 1994.
250. Роджерс К. К науке о личности //История зарубежной психологии. Тексты. – М.: МГУ, 1986. – С. 200-231.
251. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. – Психология личности... Хрестоматия. – СПб: Питер, 2000. – С.224-233.
252. Розанов В. В. Люди гунного света. Метафизика христианства. – СПб, 1913. – С. 39-41.
253. Романель В. А. История психологии XIX – началу XX столетия: Начальный посібник. – К.: Вища школа, 1995. – 614 с.
254. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. – СПб: Питер, 2003. – 506 с.
255. Рубинштейн С. Л. Мысли о психологии // Учен. записки ЛГПИ им. А.И. Герцена. – Л., 1940. – Т. 14. – С. 5-13.
256. Рубинштейн С. Л. Обучение и развитие // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии: Работы советских авторов периода 1918-1945 гг. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – С. 196-194.
257. Рубинштейн С. Л. Принципы и пути развития психологии. – М.: Изд-во АН СССР, 1959. – 352 с.
258. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. – М.: Наука, 1972. – 423 с.
259. Рубинштейн С. Л. Человек и мир // Проблемы общей психологии. – М.: Педагогика, 1973. – С. 255-285.
260. Рубцов В. В. Организация и развитие совместных действий у детей в процессе обучения. – М.: Педагогика, 1987. – 160 с.
261. Савченко О. Я. Дидактика початкової школи. – К.: Генеза, 2002. – 368 с.
262. Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии. – М.: КСПТ, СПб; Ювента, 1999. – 346 с.
263. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия. – М., 2005. – 589 с.
- 262.

264. Сартр Ж.-П. Первичное отношение к другому: любовь, язык, мазохизм. – Проблема человека в западной философии. – М.: Прогресс, 1988. – С. 207–228.
265. Сеченов И. М. Избр. произвед. – М.: Изд-во АН СССР, 1952. – Т. 1. – 771 с.
266. Сикорский И. А. Душа ребенка. – К.: 1911. – 112 с.
267. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Антропологический принцип в психологии развития // Вопросы психологии. – 1998. – № 6. – С. 3–17.
268. Смирнов А. А. Логические методы анализа научного знания. – М.: Наука, 1986. – 255 с.
269. Смирнов С. Д. Психология образа: проблема активности психического отражения. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 232 с.
270. Собчик Л. М. Введение в психологию индивидуальности. – Москва, 2000. – 506 с.
271. Соколова Е. Т. Самоощущение и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 1989. – 214 с.
272. Спикоза Б. Избр. произвед. – М., 1957. – Т. 1.
273. Стивенс С. С. Экспериментальная психология: В 2-х т. – М.: Прогресс, 1960.
274. Тальзина Н. Ф. Принципы советской психологии и проблемы психодиагностики познавательной деятельности // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. – С. 269–274.
275. Тальзина Н. Ф. Управление процессом усвоения знаний. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1975. – 343 с.
276. Теллов Б. М. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1985. – Т. 1. – 328 с.
277. Теллов Б. М. Об объективном методе в психологии // Известия АН РСФСР. – 1953. – С. 40–74.
278. Теллов Б. М. Способности и одаренность // Избр. труды. – М.: Педагогика, 1985. – Т. 1. – С. 15–41.
279. Титаренко Т. М. Життєвий шлях особистості // Основи практичної психології. – К.: Либідь, 1999. – 536 с.
280. Ткаченко А. Н. Принципы и категории психологии. – К.: Вища школа, 1978. – 193 с.
281. Тульviste П. О теоретических проблемах исторического развития мышления // Принципы развития в психологии / Под ред. Л. И. Анциферовой. – М.: Наука, 1977. – С. 81–103.
282. Уднадзе Н. Д. Общая психология. – Питер: Смысл, 2004. – 412 с.
283. Уиллис А. Дух // Глаз разума. – Бахрах. – М., 2003. – С. 105–108.
284. Урсул А. Д. Кибернетика и диалектика. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1963. – 196 с.
285. Ухтомский А. А. Сочинения. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1945. – Т. 5.
286. Ушаков Д. В. Психология одаренности и проблема субъекта // Проблемы субъекта в психологической науке. – М.: Академический проект, 2000. – С. 212–226.
287. Ушинский К. Д. Пед. сочинения: В 5-ти т. – М.: Педагогика, 1990. – Т. 5. – 528 с.
288. Флоренский П. Столп и утверждение истины. – М.: Путь, 1914.
289. Формирование учебной деятельности школьников / Под ред. В. В. Давыдова. – М., 1982. – 216 с.
290. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 364 с.
291. Фройд А., Фройд Э. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. – СПб: В. Е. Институт Психоанализа, 1997. – 387 с.
292. Фройд З. Основные принципы психоанализа. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 1998. – 284 с.
293. Фройд З. Основные психологические теории в психоанализе. – СПб: Алетейя, 1998. – 253 с.

294. Фрейд З. Разделение психической личности. – Психология личности... Хрестоматия. – СПб: Питер, 2000. – С. 10–30.
295. Фресс П., Пиаже Ж. Экспериментальная психология. – М., 1966. – Вып. 1 и 2. – 422 с. – Вып. 3. – 317 с. – Вып. 5. – 108 с.
296. Фромм Э. Анагномия человеческой деструктивности. – М., 1994.
297. Фромм Э. Душа человека. – М.: ООО Издательство АСТ-ЛТД, 1998. – 204 с.
298. Фромм Э. Теория любви // Психология личности. – СПб: Питер, 2001. – С. 100–124.
299. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. – М.: Педагогика, 1986. – Т. 1. – 407 с.
300. Хьелл Л., Зинглер Д. Теории личности. – СПб: Питер, 1999. – 606 с.
301. Цукерман Г. А. Опыт типологического анализа младших школьников как субъектов учебной деятельности // Вопр. психол. – 1999. – № 6. – С. 3–17.
302. Челпанов Г. И. Психология и школа: Сб. статей. – М., 1912. – 207 с.
303. Чемберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка. – М.: Класс, 2004. – 220 с.
304. Чепелова Н. В. Теоретические основы психологической герменевтики // Актуальные проблемы психологии. Том 2. Психологическая герменевтика. – К., 2006. – Вып. 1. – 127 с.
305. Чепелова Н. В. Життєва ситуація особистості // Основи практичної психології. – К.: Либідь, 1999. – С. 112–135.
306. Шагеева Э. А., Шыров В. С. Опыт в структуре научно-познавательной деятельности // Вопр. филос. – 1989. – № 5. – С. 41–67.
307. Шарден Т. Феномен человека. – М.: Наука, 1967. – 240 с.
308. Швалб Ю. М. Психологические модели целенаправленного поведения. – К.: Стилюс, 1997. – 236 с.
309. Швалб Ю. М. Развитие целенаправленного поведения у школьников в процессе обучения // Психолого-педагогические аспекты учебного процесса в школе / Под ред. С. Д. Максименко. – К.: Рад. школа, 1983. – С. 66–77.
310. Шыров В. С., Джумадурадиева С. М. Восхождение от абстрактного к конкретному как метод развития теоретического знания // Дialeктика, познание, наука / Под ред. В. А. Лекторского, В. С. Тютюна. – М.: Наука, 1988. – С. 54–62.
311. Шинкарук В. И. Единство диалектики, логики и теории познания. – К.: Наук. думка, 1977. – 365 с.
312. Шниррев П. Н. Современная социальная психология. – М.: КСП, 1996. – 448 с.
313. Шолохов М. А. Тихий Дон. – М.: Художественная литература, 1969. т. 4. – 471 с.
314. Штарн В. Персоналистическая психология // История зарубежной психологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. – С. 196–200.
315. Штерн Э. Прикладная психология. – К.: Госиздат Украины, 1925. – 112 с.
316. Экзистенциальная психология / Под ред. Р. Мая. – М.: ЭКСМО, 2001. – 619 с.
317. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 553 с.
318. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопр. психол. – 1971. – № 4. – С. 5–20.
319. Эльконин Д. Б. Психология обучения младшего школьника. – М.: Знание, 1974. – 64 с.
320. Эриксон Э. Детство и общество. – СПб: Университетская книга, 1996. – 592 с.
321. Юнг К.-Г. Системный подход и принцип деятельности. – М.: Наука, 1978. – 391 с.
322. Юнг К.-Г. Libido, ее метаморфозы и символы // Избранные произведения по аналитической психологии. – Т.П. Цюрих, 1939. – 531 с.
323. Юнг К.-Г. Душа и миф. – Порт-Рояль – Совершенство. Киев–Москва, 1997. – 383 с.
324. Юнг К.-Г. Приближаясь к бессознательному // Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности. – М.: Прогресс, 1990. – С. 351–436.
325. Юнг К.-Г. Проблемы души нашего времени. – М.: Прогресс, 1994. – 336 с.
326. Юнг К.-Г. Символическая жизнь. – М., 2003. – 325 с.
327. Юнг К.-Г. Символическая жизнь. – М.: Комго-Центр, 2003. – 325 с.

328. Юнг К.-Г. Собрание сочинений. Конфликты детской души. – М.: Каган, 1994.
329. Юнг К.-Г. Структура психики и процесс индивидуации. – М.: Наука, 1996. – 269 с.
330. Юнг К.-Г. Тавистокские лекции. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 1998. – 346 с.
331. Юнг К.-Г. Человек и его символы. – М., 1997. – 367 с.
332. Яковсон С. Г., Сафонова Н. М. Анализ формирования механизмов произвольного внимания у дошкольников // *Вопр. психол.* – 1999. – № 3-5. – С. 3-10.
333. Ялом И. Психотерапевтические истории. – М.: ЭКСМО, 2002. – 959 с.
334. Ярошевский М. Г. История психологии. – М.: Мысль, 1996. – 586 с.
335. Ярошевский М. Г. Психология в XX столетии. – М.: Политиздат, 1974. – 347 с.
336. Allport F.N. *Theories of procession and the concept of structure*, 1955.
337. Buhler Ch. *Meaning Living in the mature years* // *Aging and Leisure* /R.W. Kleemair (Ed.) – N.Y., 1961.
338. Buhler Ch. *Zur Psychologie des menschelischen Lebenslautes*. – *Psychol. Rusich*, 1957. – №1.
339. Csikszentmihalyi M. *Flow: The psychology of optimal experience*. – №7: Harper & Row, 1990.
340. Detoue J., Guattari F. *L'Anti-Oedipe. Capitalisme et schizoprenie*. – Paris: Gallimard, 1972.
341. Kristeva J. *La revolution du langage poetique*. – Paris: Les Editions du Seuil, 1981.
342. Lyotard J.-F. *La condition postmoderne*. – Paris: Les Editions de Mi-nuit, 1979.
343. Mint M. *Thrills and Regressions*. – London: The Hogarth Press, 1959.
344. Sartre Z.-P. *Being and Nothingness*, trans by Hazel Barnes (1956). – P. 561.
345. Spranger E. *Lebensformen*. 1930.
346. Watson J. B. *Behaviorism*. – London: Regan Paul. Trench Traubner, 1931.

## РОЗДІЛ 3. ПСИХІЧНІ ТА СОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

### 3.1. Здоров'я як системне поняття

#### 3.1.1. Клінічні аспекти психологічної та медичної норми і патології

Поняття норми та патології, здоров'я та хвороби, адаптації та реадaptaції, етіології та патогенезу, структури і функції є базисними поняттями медицини. Більш загально поняття здоров'я виражає якісно особливий стан живого організму як цілого в кожен окремий момент його існування. Термін "норма" дуже близький до терміну "здоров'я", але не тотожний йому. При визначенні поняття норми особистості (органу, системи) багато питань залишаються невирішеними. Можна бути здоровим виходячи з величин відомих показників будови і функцій організму і мати відхилення від норми за деякими окремими ознаками, наприклад, за довжиною тіла, розумовими здібностями, особливостями поведінки тощо.

З іншого боку, можна бути хворим і мати цілком нормальну з точки зору загальноприйнятих правил моралі поведінку, а в деяких випадках навіть мати видатні розумові здібності. Усе це свідчить про відносність термінів "норма" і "здоров'я" і певну умовність масштабів їхньої оцінки для кожної людини зокрема.

Складність полягає й у тому, який із параметрів, чи їх комбінація, при виході за межі середньостатистичних величин, можна ще вважати за норму. Це питання можна вирішити лише на підставі практичних спостережень за особистостями, котрі живуть поаноцінним життям, але мають ті чи інші відхилення.

У практичній медицині дуже часто користуються словами "нормальна температура", "нормальна електрокардіограма", "нормальні маса і довжина тіла", "нормальний склад крові" тощо. У даному випадку йдеться про норму як статистичну середню величину з даних вимірів у великій кількості здорових людей (статистична норма). При цьому часто вказуються межі можливих коливань.

Однак норма – не тільки і не стільки середня статистична величина з певних вимірів. Досить характерним для західноєвропейської наукової думки є визначення норми (А. Пієр), де наголошується на трьох використаннях цього поняття, зокрема, у повсякденній, науковій і філософській мові. Так, у повсякденному житті поняття "норма" вживають: 1) для виваженого реально існуючого масштабу речей, який встановлюється через порівняння, це середня величина, котра вираховується статистично; 2) для фіксації певного зразка, шаблону, міри, що мають технічно-прагматичне вираження. Загалом під нормою чи здоров'ям розуміють таку форму життєдіяльності організму, що забезпечує йому адекватні умови існування. Наприклад, при зниженому вмісті кисню на гірських висотах нормальним варто вважати збільшення числа еритроцитів у крові порівняно з їхнім числом на рівні моря.

На сьогодні прийнято визначення норми як оптимальної життєдіяльності організму в конкретних умовах довкілля (Царегородцев Г. І.), тобто норму розглядають як категорію міри біологічної істоти. Норма, як і здоров'я, не є чимось абсолютним, застиглим і незмінним для кожного виду тварин, кожної окремої популяції і кожного окремого людського індивідуума. Норма змінюється внаслідок мінливості видів і популяцій, вона різна для окремих індивідуумів усередині виду, а тим більше для представників різних видів,



популяції, віку, статі. Вона детермінована генетично й водночас дуже залежить від навколишнього середовища, тобто норма – не тільки генотип, але й фенотип у широкому розумінні цього слова. Зараз лікарі нерідко запитують у пацієнта, який у нього "нормальний", тобто значимий для нього, артеріальний тиск, яка його чутливість (чи переносимість) щодо певних ліків, харчових продуктів, клімато-географічних умов існування.

Норма не є якимось ідеалом для даного виду. Усі люди у певній мірі відрізняються від ідеальної норми. Норма – вираження оптимального стану людини й здоров'я у конкретній повсякденній побутовій і трудовій діяльності. За Stedmann (1946), "нормальне – це типове, звичайне, таке, що найчастіше зустрічається, здоров'я, яке відповідає визначеному зразку чи стандарту".

Велику увагу приділяють питанню відносності поняття "здоров'я" і його відношенню до поняття "хвороба", про роль віку, статі, віку й індивідуальних відмінностей кожної людини при оцінці стану їхнього здоров'я. Існують жіночі та дитячі хвороби зі своїми особливостями виникнення, перебігу і результату. Існує наука геронтологія, предметом вивчення якої є особливості хворих у старечому віці.

Проблема індивідуальної реактивності здорової і хворої людини посідає зараз центральне місце в медицині. Встановлено безліч індивідуальних розходжень у будові, хімічному складі, обміні речовин і енергії, функціонуванні органів і систем у здорової і хворої людини. Тому висновок лікаря "здоровий" (*salvus*) ставиться завжди умовно.

Деякою поступкою в оцінці індивідуальних особливостей здорової і хворої людини є застосування спеціального терміну "практично здоровий". Цей вислів свідчить про те, що протягом якогось найближчого відрізка часу людина може бути здоровою і працездатною, але не гарантована від можливості захворювання при зміні умов, що сточують її в побуті й на роботі.

Серед численних визначень поняття здоров'я заслуговують уваги ті, в яких указується на значення узгодженості ("гармонії") у роботі органів і систем здорового організму (Репрев О. В., 1903; Підвисоцький В. В., 1905). На значення рівноваги (чи урівноваження) організму з довкіллям у формуванні здоров'я вказував С.П. Боткін (1896), говорячи про здоров'я як про "оптимальний" стан організму.

Усі ці визначення підкреслюють якийсь один бік чи параметр, визначення яких дозволяло вченим помітити окремі ознаки здоров'я, що відрізняють його від нездоров'я, тобто хвороби. Очевидно, що жоден із параметрів не розклався до кінця проблеми здоров'я та хвороби і не висчерпує усього багатства змісту цих термінів і понять. У той же час вони, безсумнівно, є важливими ознаками здоров'я, що слід враховувати при розгляді цієї проблеми.

Серед величезної кількості визначень здоров'я мають значення ті, котрі спираються на практично важливі параметри стану організму. До таких належать працездатність, деякі кількісні показники окремих функцій (температура тіла, кров'яний тиск, вміст формованих елементів, білків і цукру в крові, відсутність непривних відчуттів у тілі ("здоровою людиною не відчуває своїх органів"), хороший настрій ("у здоровому тілі – здоровий дух"), дотримання оптимального для кожної людини режиму праці та відпочинку, поведінки у колективі, родині. Вмістити всі ці та інші параметри здоров'я в одне коротке визначення просто неможливо. Для людини, як істоти соціальної, норми здоров'я – це існування, що допускає найбільш повноцінну участь у різних видах суспільної і трудової діяльності.

Розуміння сутності хвороби знайшло своє відображення у структурі слів, що виражають поняття хвороби різними мовами. Слово "хвороба" у російській, болгарській та румунській мовах походить від слова "біль". Найбільш загальним значеннєвим вираженням для поняття "хвороба" чи не у всіх мовах світу є вираження її шкоди, незруч-

ності, ваги (*disease* – англ.) загального стану хворої людини, відчуття болю і слабкості, нездатності до праці і спокійного життя. *Enfermedad* (хвороба) в іспанській мові виражає “незручність, обтяження”. Такий же зміст мають *leptos*, *spoloba* польською, *lepidi* чеською мовами.

У давньогрецькому словнику хвороба позначалася словом “пристрасть”, “непруга” чи “страждання”. Латинське *morbis* стало основою багатьох позначень поняття “хвороба” у мовах романської групи. *Maladie* французькою і *malattia* італійською відбулося від слова *male* (поганий, слабкий).

Численні визначення понять “здоров’я” і “хвороба” завжди відображали філософські погляди вчених і були обумовлені рівнем розвитку природознавства даної епохи розвитку людської культури.

За визначенням Платона, “хвороба – розлад елементів, що визначають гармонію здорової людини”, Парацельс висловив поняття “цілющої” сили природи (*via medicatrix naturae*) і розглядав перебіг і результат хвороби залежно від результату боротьби хвороботворних сил з цілющими силами організму. В епоху давньоримської культури К. Цельс вважав, що виникнення хвороби пов’язане з впливом на організм особливої хвороботворної ідеї (*idea morbosa*). Сутність хвороби вбачали в порушенні гармонії організму, викликаному дією парфумів (“археів”), що перебувають у шлунку (Парацельс), що порушують обмін речовин і діяльність ферментів (ван Гельмонт) і душевну рівновагу (Шталь).

Важливим на сьогодні є питання про передхвороби. Терміни “передастія”, “передінфарктний стан” та інші ввійшли до медичної лексики.

Передхворобою і початком хвороби можна вважати інкубаційний період при інфекційних чи період сенсibilізації при алергічних хворобах. Передхворобою можна називати приховані періоди розвитку ураження верхніх дихальних шляхів (поліпоз) при бронхіальній астмі, порушення судинного тонусу на початку гіпертонічної хвороби.

Однак існує багато хвороб, при яких виокремити стадію передхвороби і визначити її межі з початком власне хвороби досить складно. Компенсаційні процеси в ході розвитку передхвороби відомі на рівні регуляції функції з нервовою ендокринною чи імунною системою.

Найкоротше з відомих визначень хвороби, “життя за ненормальних умов”, належить Р. Вірхову. Ю. Конгейм (1878) визначав хворобу як відхилення від нормального життєвого процесу, обумовленого взаємодією зовнішніх і внутрішніх умов і регуляторних процесів організму.

Всесвітня організація охорони здоров’я дає таке визначення: “Здоров’я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів”.

Визначення Л. Грота “здоров’я виражають собою респонсивність (англ. *responsibility* – заможність, відповідальність, забезпеченість) кожного індивідуума”. А. Йорес спершу так визначав здоров’я: “Здоровий той, хто може розпорядитися своїми можливостями” (1955), а хворобу трактував як випадіння зі звичного порядку, як символ того, що людина не може справитися з життєвими проблемами і, водночас – як нагадування Боже, що треба йти шляхом удосконалення і підготовки до смерті. Згодом Йорес почав вбачати зв’язок між хворобою і почуттям провини, причому в антропологічному сенсі: провиня, на його думку, – не індивідуальна, а колективна і спадкова – це “провинність, глибинні корені котрої приховані у людській свободі” (1970). Здоров’я як трансцендентальність (недоступність пізнанню) розумів М. Гайдеггер.

Сьогодні спосіб життя працюючих людей – це тривога за збереження робочого місця, тривога за гідне місце в суспільстві, за спокійну забезпечену старість. Звідси збіль-

шення невротичних, стресових, психотичних станів, хвороб серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда), алкоголізм, наркоманія й ін.

Проблема здоров'я нерозривно пов'язана з проблемою людини загалом. Ідеологічні аспекти обох проблем так тісно переплітаються, що неможливо їх розділити. Найважливішим аспектом обох проблем є відношення біологічного і соціального у визначенні життя, здоров'я і поведінки людей як особистостей, як членів суспільства чи тільки як представників біологічних популяцій. "Горячою точкою" цих проблем є питання про примата біологічного чи соціального в розумінні сутності людини та її здоров'я. Ця проблема цікавила філософію усіх епох: А. Шопенгауера, Ф. Ніцше, а в подальшому – З. Фрейда.

У працях Г. Спенсера висловлена ідея підпорядкування значення про здоров'я і хворобу процесам біологічного пристосування чи адаптації людини до існування.

Ауреліо Пенчел ("Людські якості") розглядає основні труднощі сучасного людства в глобальному масштабі як вираження його недостатньої біологічної адаптації до умов життя у доквілі, вважаючи, що "Справжня причина, через яку пережиті людством труднощі набули зараз таких величезних, вістину страйшливих масштабів, якраз у тому і полягає, що ніхто ще біологічно не пристосувався... до світу, що змінився, і нового становища в ньому".

Директор Інституту патології в Гейдельберзі (Німеччина) W. Doerr (1984) тлумачить сутність здоров'я і хвороби з позиції гештальтпсихології. Його погляди про цілісне розуміння хвороби почасти розвивають уявлення Г. Ріккера про "патологію взаємн" і сучасні міркування В. Вайцеккера про хворобу як про розлад духовної регуляції функцій цілісного організму.

Найважливішим параметром здоров'я людини є її реактивність, що визначається багатьма факторами: спадковістю, впливами довкілля, серед яких для людини особливе значення посідають соціальні фактори. До останніх слід віднести вплив соціальної системи, суспільного ладу (макросоціальні впливи) і процеси спілкування (мікросоціальні впливи).

Отже, у проблемі здоров'я варто вбачати дві основні позиції розуміння сутності людини. Одна – біологічна концепція, згідно з якою життя і здоров'я людини як соціальної істоти цілком визначається її властивостями як тварини, а поведінка в суспільстві та у структурі суспільних систем – тваринними інстинктами чи біологічними закономірностями її існування (боротьба за існування, природний добір тощо).

Інша позиція в розумінні людини визначається не тільки складністю її організації, але й особливостями як соціальної істоти. Соціальна сутність людини створює власні її форми виключно людських хвороб, не відтворених у повному обсязі в інших тварин. Неможливість моделювання у тварин різних людських функцій підкреслював І. П. Павлов: "якщо дані, отримані на вищих тваринах щодо функцій серця, шлунка й інших органів... можна застосувати до людини тільки з великою обережністю, ...то яку ж величезну стриманість треба виявити при переносі даних... про вищу нервову діяльність тварин на... людину". Ці слова особливо корисно згадати в нині, коли неповноцінне моделювання хвороб людини призводить до легковажних висновків про механізми розвитку хвороб людини і про їх лікування.

Своєрідність і недоліки біологічної організації компенсуються розвитком мозку і у трудовій діяльності людини.

Таким чином, найважливішим аспектом розуміння сутності здоров'я і хвороби є проблема опосередкування усіх функцій людини соціальними факторами. Нервова система є найважливішим апаратом цього опосередкування. Процес опосередкування біологічного соціальним зближує медицину із психологією.

Цікаве визначення хвороби надав К. Маркс: "Що таке хвороба, як не обмежене у своїй свободі Життя?" Воно розкривав основну ознаку, що характеризує хворобу як з біологічної, так і з соціальної точки зору – "стиснення", порушення, ушкодження при хворобі. Цю ознаку підкреслював й І. М. Сеченов. Він вважав, що хвороби виникають під впливом "руйнівних подрадань" зовнішнього середовища. І. П. Павлов говорив про поломку структури, функції і її регуляції при хворобі.

Разом з тим у розвитку вчення про хворобу слід звернути увагу на їх важливе значення захисних, компенсаторних, пристосувальних процесів. Про обов'язкову участь їх у механізмі розвитку хвороби писав ще Ю. Конгейм. Павлов називав ці процеси фізіологічним засобом проти хвороби. В. В. Підвисоцький говорив про "цілющі" сили організму.

З приводу визначення хвороби як пристосування необхідно зробити наступні зауваження. "Хвороба, як і смерть, є одним із проявів усього живого. А постійність внутрішнього середовища (гомеостаз) – запорука вільного і незалежного життя" (К. Бернар). Оскільки хвороба – це життєвий процес, то, природно, всі ознаки, властиві для життя, притаманні й хворобі, у хворому організмі відбувається обмін речовин і енергії, організм має реактивність, пристосованість до існування в навколишньому середовищі, у ньому продовжуються в різній формі процеси росту і розмноження клітин тощо. Усі ці процеси, як і в здоровому організмі, є специфічними. Саме тому неправильно зводити сутність хвороби до якоїсь однієї з загальних ознак, наприклад, до властивості пристосування живих організмів до існування в навколишньому середовищі. Деякі сучасні біологи (Воддінгтон К. Х.) розуміють сутність пристосування як здатність до розмноження. З цієї точки зору хвороба ніяк не підходить під визначення пристосування, оскільки хворі тварини зазвичай розмножуються значно гірше, ніж здорові.

Неправильно зводити визначення хвороби до пристосування також і тому, що це буде визначення за подібністю, а не за розходженням між здоров'ям і хворобою, визначення ж за подібністю вже не є визначенням.

В. П. Петленко визначив хворобу як багаторівневу системне явище, котре необхідно розглядати не лише з медичної позиції, а й із соціальної, оскільки "соціологічне визначення хвороби включає психофізіологічний аспект, виражає ступінь та рівень фізіологічних і психічних здібностей людини, які призводять до зміни соціально-біологічних функцій людини".

Розгляд еволюції хвороб також вказує на першість ушкодження в їхньому розвитку. У найпростіших і нижчих безхребетних хвороби протікають часто без видимих реактивних змін. Реактивні процеси розвиваються разом з ускладненням і розвитком організмів і появою в них різних засобів реагування на різні ушкодження. Ці засоби розвиваються й ускладнюються разом з ускладненням організації тварин у процесі еволюції. Вони досягають високої досконалості в людини у формі різних реакцій нервової системи і вищої нервової діяльності. Однак у людини апарати реактивності істотно доповнюються рівними надбудовами, що створюються нею як істотою розумною і соціальною. Це – різноманітні протези, штучні органи, ліки, хірургічні операції, це, врешті, деонтологічні прийоми раціонального догляду за хворими.

Варто підкреслити, що в ході будь-якої хвороби пристосувальні і компенсаторні процеси часом самі стають шкідливими для хворої людини й чинять обтяжливий вплив на її стан. Як приклад можна навести виділення речовин слизовою оболонкою шлунка і шкідливу (потовами залозами) при уремії, важку лихоманку тощо.

Г. Сельє описаний ним синдром напруги назвав хворобою адаптації, тобто хворобою пристосування. Він підкреслив цим, що напруга пристосувальних систем при хворобі сама по собі шкідлива для організму і може погіршити її перебіг. Хвороба адаптації

свідчать також про те, що спроби бачити в будь-якій хворобі тільки елементи пристосування захворілого організму до існування в середовищі, що змінилося – безглузді.

Отже, сутність хвороби неможливо звести тільки до пристосування, хоча пристосувальні, компенсаторні процеси беруть участь у житті хворого організму так само, як вони є обов'язковими для життя здорових живих істот.

На шляху еволюції виду внаслідок екстремальних (хвороботворних) впливів виникали і виникають хвороби. У кожному окремому випадку вони обмежують пристосувальні здібності хворого індивідуума. І вже з цієї причини хвороба не може бути фактором прогресивної чи будь-якої іншої еволюції тварин. Опоненти наводять приклад із серпоподібноклітинною анемією, що супроводжується стійкістю хворих на неї людей до малярії. Цей випадок, однак, являє собою усього лише варіант (адаптації) людини у відповідних умовах середовища.

Згідно з таким розумінням сутності хвороби випливає, що в ході хвороби постійно продовжується "співіснування" процесів ушкодження організму з процесами фізіологічної міри його захисту від виниклих розладів. Отже, хвороба людини – це "суперечливий процес розвитку ушкодження і компенсації (захисту), не адекватний умовам середовища, що знижує працездатність і здатний припинити існування організму як цілого" (О. Д. Адо).

Молекулярна біологія виникла перед патологами нові аспекти вивчення сутності хвороби, і результатом чого виникла нова наука – молекулярна патологія.

Розвиток кібернетики породив у нозології визначення хвороби, основані на важливих, але все ж часткових показниках. Так, деякі вчені визначали хворобу "як порушення в організмі зворотних зв'язків" чи як "стан хисткого режиму або дефектів власних програм" (М. М. Амосов).

Величезний матеріал, накопичений генетиками, показує, як різні патологічно змінені рецесивні гени в гетерозиготній комбінації цілком компенсуються відповідним домінантним алелем. Як приклад можна вказати на такі аутосомно-рецесивні хвороби, як фенілкетонурію, альбінізм, алкаптонурію і галактоземію. Ця компенсація є настільки повною, що створює можливість нормального існування багатьох поколінь індивідуумів, що мають у своєму геномі ті чи інші патологічні гени. Це – справжня компенсація, оскільки вона здійснюється на генетичному рівні інтеграції.

Уже хвороби одноклітинних представляють собою найважчі процеси ушкодження і компенсації на молекулярному, субклітинному і клітинному рівні інтеграції. Можна, наприклад, перерізати інфузорію тифелюку навпіл, і з кожної її половинки потім відновлюється нова ціла тварина. Прикладом компенсації ушкодження на клітинному рівні є також стійкість найпростіших до багатьох екстремальних впливів. Деякі амоби здатні переносити дуже високий тиск (до 100 атм), інфузорії швидко пристосовуються до вібрації, ряд організмів легко переносить існування без кисню (анаеобіоз), зневоднення, низькі температури, близькі до абсолютного нуля (анаеобіоз). Існування життя в таких екстремальних умовах вимагає включення особливих внутрішньоклітинних механізмів компенсації ушкоджуючого впливу.

Своєрідна форма компенсації дуже різних ушкоджень спостерігається в губок. Губку можна розтерти через сито, і розтерті частки цього організму, поміщені в морську воду, знову з'єднуються і регенерують у новий організм губки. Процес агрегації клітин протікає тільки при визначеній температурі (30–38 °C), вимагає присутності іонів Ca і Mg і наявності мукопротеїдів. Це – компенсація на клітинному рівні.

Компенсаторна гіпертрофія і регенерація органів у хребтних і вищих безхребтних представляють собою іншу форму компенсації. Наприклад, гіпертрофія органа, що залишилася після видалення парного йому (кінцівка, нирка, легень, наднирник). В амфібій і реп-

тилий можлива регенерація ушкодженого чи цілком втраченого органа – кінцівки, хвоста, ока. Перерізаючи напіл дощового черв'яка, можна викликати регенерацію цілої тварини з головної половини, але при цьому на задній ділянці головної кінці розвивається друга голова. Поширені компенсаторні процеси типу регенерації у турбеларій, планарій, павуко- і ракоподібних. У них легко регенерують утрачені кінцівки, антени, ягоди – очі.

Яскраву картину еволюції захисно-компенсаторних процесів при хворобі представляє собою запалення (І. І. Мечніков, М. М. Сиротинін). На підставі порівняльних досліджень запальної реакції в молюсків (анодонта) – тварин, позбавлених кровоносних судин, Г. О. Зварзін розвинув значення І. І. Мечнікова про те, що запалення у тварин, що не мають кровоносних судин, виражається в реакції сполучотканяних клітин, які накопичуються у великій кількості довкола місця уречення. Достатньо ввести в мантію молюска пластикова трубочку з тушію, як в ушкодженій ділянці накопичуються базофільні й еозинфільні амєбоцити, що формують другу стадію запалення – утворення капсули і рубцювання.

З появою у тварин кровоносної системи провідну роль у механізмі запалення починають відігравати порушення кровообігу (мікроциркуляції) в ушкодженій тканині. У вищих хребетних порушення мікроциркуляції й інші прояви запалення регулюються нервовою системою від вищих її відділів до периферичних нейронів вегетативної системи.

Ссавці, на противагу нижчим тваринам, високочутливі до травмуючих (екстремальних) впливів. Охолодження вищих тварин до температури тіла нижче нуля призводить до незворотного заморожування. Біологічний нуль органів і тканин людини, нижче за який неможливе відновлення їхніх функцій, знаходиться між 24–25 °С.

Вищі тварини дуже чутливі і до нестачі кисню. Припинення його доставки до тканин мозку на 6–10 хв. викликає незворотні зміни в клітинах кори, аажкі розлади вищої нервової діяльності та загибель організму.

Життя високорегінованих тварин в умовах не надто різних екстремальних впливів можливе лише завдяки наявності багатьох регуляторних механізмів, найважливішим з яких є нервова система. Вищі ссавці мають дуже розвинуті, складні і тонкі нейрогуморальні механізми компенсації порушених функцій.

Регуляцію функцій при хворобі прийнято називати патологічною. Існують різні форми патологічної регуляції функцій. Термінової, хвосткої, аварійної, захисно-компенсаторної чи процеси реакції спрацьовують протягом хвилин чи секунд. До них відносяться захисні рефлексні нахиталг блювання, кашлю, чхання, рясного виділення слини, сліз, слюзу. Терміновим захисним рефлексом є виділення адреналіну і глюкокортикоїдних гормонів кори наднирників при стресі. До термінових реакцій варто віднести також процеси регуляції так званих твердих констант артеріального тиску, вмісту цукру в крові тощо. До більш стійких компенсаторних процесів у вищих тварин відносяться включення резервних чи запасних функцій у хворому організмі при загонній раві (пластична функція нервової системи).

Хвороби людини відрізняються від хвороб тварин за патогенезом, структурою і механізмами компенсаторних процесів своєю складністю й опосередкованістю, соціальними факторами. Вище було сказано, що повної моделі хвороби людини на тваринах побудувати неможливо. Моделюючи хворобу, ми завжди одержуємо лише частину (ноді вахливу) захворювання, яка не виражає хворобу людини в цілому, тому що людина, будучи істотою соціальною, посідає особливе місце в природі. Її життя підпорядковується не тільки біологічним законам, які істотно впливають на всі фізіологічні процеси. Людина не пристосовується до навколишнього середовища пасивно, а переробляє його відповідно до своїх потреб.

Розуміння сутності хвороби людини тісно пов'язане з більш загальним питанням про співвідношення біологічного і соціального в медицині і патології. Різні автори по-різному розуміють сутність цих взаємин. Г. Е. Векуа, наприклад, вважає, що в досліджуваних медициною патологічних процесах наперед чи правомірно говорити про "зняття" біологічних закономірностей (соціальними) у буквальному розумінні. Автор вважає, що людині як "соціальному явищу" слід вивчатися соціальним наукам, а людині як "біологічному явищу" – природничим.

Найважливішим критерієм хворобливого стану людини, із соціальної точки зору, є зниження її працездатності. Заперечення проти зарахування зниженої працездатності до критерію хвороби робилися й у такому плані, що при деяких захворюваннях (маніакальний психоз, тиреотоксикоз) настають тимчасові періоди підвищення працездатності. Однак при оцінці працездатності хворого за тривалий період часу неминуче виявляється значне зниження працездатності порівняно з працездатністю здорової людини. Хворобу людини як соціальної істоти можна визначити як життя ушкодженого організму за участю процесів компенсації порушених функцій і при зниженні працездатності.

Існує також уявлення про хворобу з позиції соціальної (медичної, людської) екології. Прихильники медичної екології розглядають хворобу із соціал-дарвіністських позицій розуміння співвідношень біологічного і соціального. Первинним (найважливішим і визначальним у житті людського суспільства, здоров'я і хвороби) медичні екологи вважають біологічні закономірності взаємин організму людини із середовищем. Вони думають, що хвороба – це біологічний процес, який відповідає загальним законам біології, оскільки хвороба належить до екологічного комплексу "господар – агент – доквітля". Екологи допускають наявність у людей боротьби за існування в суто біологічному сенсі і переносять форми і закономірності екології тварин на людину, допускаючи навіть існування між людьми симбіозу і паразитизму в біологічному розумінні. Ці погляди легко спростувати, тому що усі функції людського організму на відміну від функцій тварин соціально опосередковані і поза цим людина не може існувати.

Загалом у визначенні норми ми повинні відзначити такі ознаки: по-перше, морфологічні, по-друге, фізіологічні, по-третє, те, що морфологічні та фізіологічні ознаки – це результат філо- і онтогенетичного розвитку організму, по-четверте, що ці ознаки є вираженням повноцінного життя індивідуума, і, по-п'яте, конкретні умови існування організму.

Отже, норма – це вчення про філогенез закріплених морфологічних та фізіологічних показників, які виникли в онтогенезі і які виражають повноцінне життя людини в конкретних умовах. Це комплекс процесів внутрішньої саморегуляції, що підтримують гомеостаз організму і дають йому змогу пристосовуватись до змінних умов внутрішнього і зовнішнього середовища.

### 3.1.2. Психічні та соматичні розлади як основні об'єкти дослідження медичної психології

У зв'язку з тим, що в Україні, на відміну від США та країн ЄС, не до кінця розмежовані поняття медичної та клінічної психології, говорячи про медико-психологічні аспекти психічних і соматичних захворювань, ми користуватимемося терміном "медична психологія", хоча за пострадянською традицією тут більше відповідала би термін "клінічна". Та, на нашу думку, медична психологія, яка включає, крім клінічної психології, такі розділи, як нейропсихологія, психологія межових станів, психосоматичні та соматопсихічні розлади, патопсихологія, психогігієна і психопрофілактика, у сукупності усіх перелічених дисциплін більш повно відображає як об'єкти діяльності медичного психолога, так і саму сутність захворювань.

Медицина психологія, яка тісно взаємодіє з медичними дисциплінами (психіатрією, неврологією, нейрохірургією, психотерапією, терапією, педіатрією, хірургією, акушерством і гінекологією, онкологією, травматологією, фізіотрією та ін.), а також із психологічними й педагогічними науками (психологією особистості, експериментальною психологією, психологією спілкування, конфліктологією, тифлопедагогікою, сурдопсихологією), та, опосередковано, з соціологією й філософією, передбачає дуже ґрунтовне й глибоке вивчення як фізіологічного, так і соціально-психологічного аспектів діяльності особистості.

Говорячи про захворювання, які лежать у площині професійної діяльності медичного психолога, ми розглядаємо їх з позиції клінічної психології, тобто в першу чергу йдеться про психічні розлади (порушення) і психічні та психологічні аспекти соматичних та психічних розладів (захворювань). При соматичних захворюваннях не можна не враховувати психічні феномени в межах етіології, діагнозу або лікування.

Психосоматичний підхід у медицині – це спроба поширити поняття особистості безпосередньо на проблему співвідношення "тіло – душа".

Суб'єктивні відчуття, такі як страх, злість, відрив, радість, сум, запускають складні фізіологічні процеси, такі як зміна серцевого ритму (при емоції страху), зміна циркуляції крові (при емоції обурення), зміна частоти дихання (при емоції страху), порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (при емоції страху і невпевненості), зміни у м'язовій системі (при емоції радості або переляку) та виділення у слизових залозах (при значному емоційному напруженні). Отже, процеси, у яких початкові ланки загального ланцюга сприймаються суб'єктивно (емоції), а надалі набирають об'єктивних рис (зміна тілесних функцій), називаються психосоматичними явищами.

Зважаючи на те, що всі ці явища, як фізіологічні, так і психічні, відбуваються в єдиному організмі, поділ медицини на психічну і соматичну, який панував протягом усього попереднього часу, на сьогодні видається хибним. Як зауважив Е. Берн: "Не може бути психічної медицини, що стосується лише психіки, соматичної медицини, що стосується лише тіла, і психосоматичної медицини, яка у деяких випадках стосується і одного, й іншого. Є лише один вид медицини, й уся вона психосоматична".

Ні в кого не викликає сумніву, що наші емоції, почуття та переживання впливають на фізіологічні функції, які, у свою чергу, впливають на психіку. Людина – це водночас і складний морфофізіологічний апарат, і особистість, яка усвідомлює себе, здатна вербально змалювати свої почуття, переживання і прагнення. Поєднання результатів цих двох видів спостереження і складає суть психосоматичного підходу.

Отже, розглядаючи будь-яку патологію, ми не поділяємо організм на психічне і соматичне, а намагаємося з'ясувати причини виникнення, особливості перебігу та лікування кожного порушення здоров'я людини комплексно. На нашу думку, при кожному соматичному розладі присутні елементи психічних феноменів, а при психічному – соматичних. Домінуючі симптоми виступають як визначальні для того, щоб ту чи іншу патологію вважати психічною чи соматичною. В той же час усі вони творять певну єдність, яку й можна називати станом "здоров'я" або "нездоров'я" ("хвороби") особистості.

## 3.2. Соціально-психологічні чинники захворювань

### 3.2.1. Вплив психічної травми на формування та особливості перебігу психопатологічних змін особистості

У лексиконі психологів та психотерапевтів часто зустрічаються вказівки на вплив психічної травми (психотравми) на виникнення і перебіг багатьох психосоматичних



та психічних розладів. *Психічна травма* – це ті зовнішні подразники, що спричиняють хворобливу дію на індивіда (А.А. Співаковська). Розуміння впливу цих подразників дає змогу визначити закономірності снування та функціонування психіки особистості як з медичної, так і з психотерапевтичної та психіатричної точки зору.

У науковій літературі та у практичній роботі є кілька підходів до розуміння поняття *психотравми*, і у зв'язку з цим існують певні відмінності у її визначенні та трактуванні. Та, незважаючи на те, чи психотравму розглядають як порушення психіки, викликане зовнішніми стресовими для організму людини подіями, чи як ураження основних психічних функцій людини, чи як наявність хворобливих змін психічних процесів під дією зовнішніх чинників, що призводять до дезадаптації особистості, чи як порушення звичного для неї функціонування психіки, що призводять до відповідних хворобливих особистісних проявів і психосоматичних захворювань, усі фахівці погоджуються з тим, що певні зовнішні чинники можуть виступати як пусковий механізм для виникнення психічного, соматичного або психосоматичного розладу або укладати його перебіг.

Загальновідомий патогенний вплив на психіку зовнішніми подіями – смерть близьких людей, важка хвороба, розлучення, участь у бойових діях, позбавлення волі, вимушена (і добровільна) еміграція, втрата роботи, майна або житла, природні катастрофи, соціальні негаразди тощо. В результаті подібних психотравмуючих подій у людей відзначають характерні клінічні ознаки неврозу, психічних чи психосоматичних порушень.

На побутовому рівні від психотравми зазвичай розуміють *гострі психотравми*, тобто несподівані болісні дуже сильні переживання, пов'язані з несподіваними незворотною втратами. Однак при *хронічній психотравмі* (т. зв. *психотравмуюча ситуація*) для патогенного подразника не настільки сильно виражена, як при гострій, але в результаті тривалості та поступового накопичення невідрагованих негативних емоцій виникають не менш складні та важкі розлади здоров'я особистості. Психотравмуюча дія на психіку особистості дуже відмінна у різних людей, навіть за наявності такої ж психотравми. Сприйняття зовнішнього подразника відрізняється і з анатомо-фізіологічної точки зору, і з психопатологічної. Часто оточення (навіть близькі люди) не можуть збагнути, чому хтось так болісно реагує на певну ситуацію, і навіть можуть підозрювати перебільшення або й симуляцію переживань. Однак не існує жодної залежності між силою дії психотравмуючого чинника та інтенсивністю відповіді на нього. Не лише фаховий, а й життєвий досвід показує нам, що деякі люди в результаті дуже інтенсивного психотравмуючого впливу (наприклад, раптова одночасна втрата усіх близьких в результаті нещасного випадку), гостро відреагувавши на нього, після чотирьохго періоду виходять із ситуації, сповнені нових надій та готові до активного соціального, професійного та особистісного життя. (Щоправда, психотерапевтичний досвід доводить, що зазвичай вихід з подібних ситуацій ніколи не буває повним і майже завжди призводить у майбутньому до серйозних психологічних проблем чи психічних розладів.) В інших випадках незначна з точки зору оточення психотравма, може дуже істотно вплинути на психічний стан особистості. Отже, визначаючи патогенність впливу психотравми в першу чергу треба зважати, на кого, на яку особистість, а точніше, на яку систему значимих переживань і особистісних смислів скерований даний вплив, тобто, для якої людини і чому дана ситуація виявилась психотравмуючою.

Хоча беззаперечним є те, що залежно від сприймання і зворотної реакції особистості вплив психотравми на особистісні прояви може актуалізувати внутрішні резервні сили особистості і стимулювати її до подолання наслідків кризи шляхом самоактуалізації та самореалізації, що на нашу думку, теж призводить до негативного результату внаслідок блокування певних аспектів особистісних проявів людини, вклавшиши в те, що

психотравма спричиняє трансформацію особистісних проявів у негативний план – призводить до неадекватних реакцій, девіантної поведінки, психічних та психосоматичних розладів.

Особливо важливо намагатися запобігти психічному травмуванню дітей. Гострі психотравми у дитинстві пов'язані з переляком або насильством, а хронічні – з сімейними конфліктами, конфліктами з ровесниками, а також із ситуаціями обмеження свободи дитини чи приниження її гідності. Якщо йдеться про дітей гострі психотравми, то запобігти їхньому впливові, як у випадку з дорослими, неможливо, адже вони виникають в результаті сторонніх впливів, якими людина спроможна керувати (війна, стихійне лихо). У випадку хронічних психотравм у дітей в першу чергу йдеться про тривале засилля над дитиною. Причиною може виступати: алкоголізм батьків, сутинки із делінквентними групами молоді, намагання змусити дитину поводитися так, як це подобається іншим, надмірна опіка батьків, перекидання на плечі дитини необхідності реалізувати не здійснені батьками мрії, завищені вимоги батьків, неадекватне оцінювання фізичних та інтелектуальних можливостей дитини та багато інших. Незважаючи на відносну слабкість психотравмуючого впливу, його тривалість призводить до дуже значних психічних змін.

В результаті психотравмуючого впливу у людей з'являються: хвороблива тривожність, агресивність, депресивність, порушення уваги, сприймання, пам'яті, розлади мислення, а також виникають психічні реакції, неадекватні життєвим ситуаціям; порушення звичного для неї функціонування психіки та відповідні хворобливі особистісні прояви, а також психосоматичні захворювання.

Наслідки психічної травми (т.зв. посттравматичний синдром) Б. Колодзин запропонував об'єднати у такі групи на підставі наявних клінічних симптомів:

- I. Прояви, пов'язані зі станами страху, підвищеної тривожності:
  - загальна тривожність, що виявляється у постійному почутті страху щодо різних сфер життя та у почутті невпевненості у власних силах і провини;
  - невмотивована настороженість, що виявляється у безвідставній надмірній підозрливості щодо всього оточення.
- II. Симптоми, що характеризують різні стани та прояви агресивності:
  - загальна агресивність, що виявляється у намаганні вирішення всіх проблем за допомогою брутальної сили, незалежно від ситуації;
  - вибухова реакція, що виявляється у раптових неадекватних вчинках, які виникають при найменшій загрозі; може набувати форми агресивного захисту або наполегливого пошуку захисту;
  - напади люті, що виявляється у вибухоподібній неадекватній реакції люті на перешкоди, що виникають у її стосунках чи життєдіяльності.
- III. Депресивні стани та прояви:
  - депресивний стан, що виявляється у ангедонії та тужливому настрої;
  - суїцидальні думки, що виникають внаслідок депресивного стану;
  - притупленість емоцій, що виявляється у зниженні здатності до адекватних емоційних проявів і переживань.
- IV. Інші психічні і психофізичні прояви:
  - нав'язливі спогади, пов'язані з психотравмуючими подіями, виникають спонтанно, часто у формі жахливих сновидінь;
  - галюциаторні переживання;
  - безсоння, яке виявляється у труднощах засинання та частих прокиданнях, пов'язаних з переживаннями усіх сіл травматичних подій минулого та страхом перед ними;

- зловживання наркотичними та медикаментозними препаратами з метою позбутися або зменшити страждання від травматичних переживань, внаслідок чого може розвинутися залежність від них.

За критеріями Американської асоціації психіатрів, психотравма безпосередньо пов'язана з посттравматичним стресоподібним розладом.

Численні психотравмуючі фактори: тривожність, обмеження рівня свободи, страх смерті, хвороби чи зубожіння, неясні особистісні перспективи, зовнішні загрози (дійсні та уявні) та багато інших сприяють формуванню й подальшій хронізації психогенній. Психогенії можуть виявлятися як у неврозах, реактивних психозах, ситуативних психологічних реакціях чи адекватній поведінці, так і у неспихотичних патологічних розладах (гострих афективних, невротичних та патохарактерологічних реакціях).

К. Ясперс запропонував для розмежування ендо- та екзогенних розладів із психогеніями триаду ознак: психогенії виникають після психотравми; зміст переживання пацієнта відображає зміст психотравми; дезактуалізація психотравми призводить до ослаблення або припинення розладу. Незважаючи на знану умовність перелічених ознак, не можна не погодитися, що її застосування значно спрощує процес діагностики за умов чіткого усвідомлення та аналізу усіх інших наявних симптомів.

Психотравма у кожної людини може відігравати одночасно кілька істотних ролей: блокуючу, викривлюючу та стимулюючу.

Блокуючий вплив психотравми полягає у блокуванні певних особистісних проявів, утрудненні їх усвідомлення людиною, тобто у створенні психологічного захисту, який має би обмежувати прояв емоцій, їхню силу, чи змінювати об'єкт їх спрямування. Такий захист спотворює сприймання зовнішніх або внутрішніх травмуючих чинників настільки, що вони вже не сприймаються як реально загрозливі. Більш поширеним типом блокування є надмірне емоційне реагування та неадекватні реакції щодо зовнішніх обставин.

Відомо, що кожна людина після психотравми протягом певного часу знаходиться у стані емоційної загальмованості. Чим сильнішою була психотравма та чим меншу опірність її впливові виявила особистість, тим вищий ризик закріплення цього стану на рівні підсвідомості у вигляді умовного захисного рефлексу, що дає їй змогу обмежувати негативний вплив на психіку та уникати ситуацій, станів, думок, почуттів, які могли б спровокувати травмуючі переживання. Така поведінка найбільш притаманна людям, які не можуть погодитися з наявністю у них серйозної хвороби та, продовжуючи займатися попередньою активною діяльністю, наче заперечують саму хворобу. Оскільки стан емоційної загальмованості дає людині відчуття відносного спокою, він може тривати протягом значного періоду часу і навіть призводити до певних змін у поведінці людини – вона стає більш виваженою, малоемоційною і дуже закритою для будь-яких інтимних стосунків, які могли б спонукати її до відвертих спогадів – а відтак до покриття переживань. Подібний стан представляє значну небезпеку щодо психічного здоров'я особистості, адже вимушене блокування особистісних проявів не лише обмежує її в усіх сферах реалізації життя особистості, а й унеможливує відтворення життєвих сил особистості.

Викривлюючий вплив психотравми дуже істотно змінює поведінку людини: у одних людей – спонукаючи їх до ефемерної боротьби з реальними та уявними кривдниками, а в інших – до стійкого зниження самооцінки, негативних самообмежень, пов'язаних з переконаністю у власній меншовартості.

Водночас психотравма може виступати як стимул до особистісного розвитку, переважно у людей, схильних ставитись до життя як до боротьби, яким нічого у житті не діставалося легко, а лише завдяки важкій наполегливій праці і зусиллям та шляхом подолання труднощів, в результаті чого вони очікують на отримання заслуженої ви-

нагороди. У незначній частині таких людей після психотравми з'являється позитивний об'єктивний результат: особистісне зростання і власний успіх, що призводить до зміцнення почуття впевненості у собі, власній значущості. У більшості людей подолання наслідків психотравми ототожнюється з доведенням собі та іншим людям власної сили, значущості, незважаючи на життєві труднощі.

Говорячи про вплив психотравми на особистість, не можна оминати й стимулювання розвитку компенсаторних здібностей у людей, які змушені істотно змінити звичний для них спосіб життя. Це стосується людей, які в результаті хвороби чи травми стали обмеженими у своїх можливостях, потрапили у полон чи до в'язниці, чи кардинально змінили своє життя (еміграція, зміна статі, відмова від опіки і протекторату тощо) і завдяки силі волі, зусиллям та вірі змогли досягти прийняттого для них рівня життя та відчувати задоволення від отриманого результату.

Отже, на нашу думку, **психічна травма** – це ураження основних психічних функцій особистості, формування у неї хворобливих змін психічних процесів, що виникають в результаті дії зовнішніх чинників та призводять до дезадаптації особистості у природному й соціальному середовищі і неадекватності у поведінці та у ставленні до самої себе, а також у взаємодії з оточенням, може блокувати розвиток окремих особистісних проявів, викривлювати прояви або стимулювати розвиток особистості, а також призводити до формування у неї психічних розладів та психосоматичних захворювань.

### 3.2.2. Поняття життєвої кризи. Вікові кризи

Людське життя завжди супроводжується кризовими станами. Життєвої кризи – це лише випробування для людини, а її момент усвідомлення значущості чи незначущості певних життєвих подій, обставин чи осіб. Саме завдяки пережитим життєвим кризам людина самовдосконалюється, переходить на новий, вищий щабель розвитку. Та водночас життєві кризи можуть негативно позначатися на її можливостях, погіршувати працездатність і призводити до виникнення психосоматичних та психічних розладів.

У перекладі з грецької криза (*crisis* – зміна напрямку, рішення, вибір, суд) характеризує стан, який породжується проблемою, що постала перед індивідом, якої він не може уникнути і яку він не може розв'язати за короткий час і звичним способом (Л. П. Гримак). У кризовій ситуації людина виступає прокурором, суддею і адвокатом для самої себе. Вона спершу звинувачує себе, потім починає по trochu виправдовувати і, врешті, виносить вирок, як жити далі. Ф. Ю. Василюк вважає, що життєва криза – це поворотний пункт життєвого шляху, який виникає в ситуації неможливості реалізації життєвого замислу. Близьким до поняття "криза" семантично є і слово кригіка (Ф. Ю. Василюк). Л. В. Сохань зазначає, що кризи життя – це піки оновлення внутрішнього світу людини, що знімають кожну сформовану її якість<sup>1</sup>.

Криза – це віраж на життєвому шляху, коли під загрозою опиняється життєвий задум, проєкт майбутньої са побудови. Старий життєвий світ руйнується частково або цілком. Людина відмовляється від значних уявлень про цінності, ідеали, смисли, цілі. Вона опиняється перед запитаннями, які не мають однозначних відповідей.

У працях радянських психологів життєву кризу розглядали з позицій психології життєвого шляху як подію життєвого шляху (Б. Г. Ананьєв, С. Л. Рубінштейн), що є поворотним етапом, на якому приймаються важливі рішення на тривалий час. Загалом у сучасній психологічній та медичній літературі для зазначення стану життєвої кризи застосовують такі терміни: критичний стан буття (І. П. Манюха), психотравмуюча ситуація (Т. С. Кириленко), криза (Е. Еріксон, Д. Маттесон), біографічна подія (А. А. Кронік, Р. А. Ахмеров) та багато інших, в котрі автори вкладають близький смисловий зміст. Трактуючи критичні

ситуації як ситуації загострення *сегідітислітс* розвитку в житті людини, психологи відзначають, що прийоми та засоби, які застосовує людина для подолання кризи, визначають її подальшу долю.

В. В. Нурков і К. Н. Василевська високремили фактори, на підставі яких життєві ситуації можна вважати кризовими:

- 1). фактор ймовірного прогнозування – виходячи з аналізу свого минулого досвіду, людина оцінює ймовірність настання цієї події як нульову або мінімальну;
- 2). афективний фактор, який виражається в суб'єктивному відчутті неможливості жити у наві'язаній ситуації; людина вважає, що вона не спроможна пережити наявні умови життя, не може з ними змиритися;
- 3). когнітивний фактор – відсутність у людини необхідних знань, умінь і навичок для життя в даній ситуації, неможливість і небажання застосовувати наявні когнітивні схеми;
- 4). поведінковий фактор – відсутність у людини сформованих моделей поведінки;
- 5). екзистенційний фактор – відчуття смисловтрати, екзистенційного вакууму.

На думку авторів ці життєві ситуації поєднують симптоматику деформованої часової транспективи особистості, коли майбутнє втрачає свою позитивну валентність, теперішнє хаотичне, а минуле перестає бути ресурсом для продуктивної життєтворчості.

З позиції медичної психології важливим є пояснення виникнення життєвої кризи, дана Ф. Ю. Василюком, котрий вважає, що причиною виникнення кризи може бути як певна подія чи ситуація і як загострення існуючих (або виникаючих) особистісних суперечностей. Життєва криза починається з визрівання і розгортання боротьби протилежних мотивів у процесі втілення життєвої програми, замислу і досягач ліку, коли людина гостро відчуває актуальність власного ще не реалізованого задуму, та одночасно переконана у неможливості його реалізації в майбутньому. Перебіг цих процесів такий: стрес, фрустрація, конфлікт, криза.

Зважаючи на це, Л. В. Сохань вважає, що криза – це критичний рівень становлення соціально-психологічних суперечностей, загострених до останньої межі, котра в даний момент визначає внутрішньособистісні резерви соціальної адаптивної енергії.

### Типи кризових ситуацій

Типологія кризових ситуацій Ф. Ю. Василюк розглядає 4 типи життєвих світів особистості і відповідно до них вибудовує типи життєвої кризи. Умовно у життєвому світі виокремлюють світи *зовнішній* і *внутрішній*. *Зовнішній світ* може існувати у двох станах: *легкому*, котрий гарантує задоволення всіх актуалізованих потреб людини, і *важкому*, який не дає таких гарантій. *Внутрішній світ* буває *простим*, де існує (або домінує) лише одна потреба або єдине життєве ставлення, і *складним*, у котрому потреб або ставлень кілька, і вони можуть суперечити одне одному.

**1 тип.** Особистість, яка живе у *легкому* і *простому* життєвому світі, сприймає як життєву кризу навіть незначну затримку у задоволенні актуальної потреби. Рівень інфантильності установок таких людей залежить від їх віку, конституційно-характерологічних особливостей, психофізіологічного стану. Слід пам'ятати, що кожне, а особливо хронічне чи невиліковне, захворювання знижує стійкість до стресу і опороздатність до негативних психологічних впливів довкілля, при цьому актуалізуючи образи, вередливість, нестриманість у поведінці пацієнта.

**2 тип.** Людина, яка живе у *важкому* і *простому* світі, завдяки вольовим зусиллям опановує стресову ситуацію, не даючи їй змоги перетворитися на кризову. У зв'язку з чим стреси мають змогу або перерости у предметну діяльність, або призвести до виникнення психосоматичних розладів. Зважаючи на те, що у *важкому* і *простому* світі у

людина є лише одна значуща потреба, при неможливості її задоволення життя людини втрачає сенс і опиняється під загрозою. Стже, фрустрація стає життєвою кризою.

**3 тип.** Людина, яка живе у легкому і складному світі, для опанування стресових ситуацій застосовує певні механізми захисту:

- знижує значущість актуалізованого життєвого ставлення;
- переключается на інше життєве ставлення.

Небезпеку становить те, що фрустрації у людей, які живуть у легкому і складному світі, не буває, що призводить до переростання внутрішнього конфлікту у кризу.

**4 тип.** Для людини, яка живе у важкому і складному світі, стрес лише зрідка може перерости у кризу, адже у важкому і складному світі існує багато різноманітних потреб і, відповідно, не можна сподіватися на їх повне і негайне задоволення. Для цього типу більш характерні т.зв. мікрокризи, що виникають внаслідок тривалого стресу. Фрустрацію людина переживає без переходу у кризовий стан.

Кризи, що їх переживає кожна людина, також можна умовно поділити на нормальні або анормальні. Стан, що виникає з моменту певного вікового етапу і триває до утворення іншого, переживається як важкий, хворобливий, кризовий. Такі кризи у психології називають нормальними, прогресивними.

**Анормальна криза** виникає у складних життєвих умовах, коли людина переживає події, що раптово змінюють її долю, вона пов'язана не із завершенням певного етапу психічного розвитку, певною стадією життя, а з загальним незадоволенням самою собою і своєю долею.

**Нормальна (прогресивна, вікова) криза** – це перехід від однієї вікової стадії до іншої. В цьому періоді виникають критичні періоди, або кризи, під час яких відбувається руйнування колишньої форми взаємин з навколишнім світом і формування нової, що супроводжується значними психологічними труднощами як для самої людини, так і для її соціального оточення.

На думку Л. С. Виготського, кризи, або критичні періоди, – це період якісних позитивних змін, результатом яких є перехід особистості на новий, вищий ступінь розвитку. За Виготським можна високремити такі основні характеристики кризових періодів:

- наявність різних істотних змін протягом коротких відрізків часу;
- невизначеність меж кризи, тобто складність визначення її початку і закінчення;
- конфлікти з оточенням;
- скреслена наявність руйнування у розвитку особистості: "на перший план висуваються процеси відмирання і згорання, розладу і розкладання того, що утворювалося на попередній стадії" (Л. С. Виготський).

У визначенні критичних періодів українські та російські психологи на сьогодні приримуються до двох принципових напрямків:

- Л. С. Виготський вважає критичні періоди необхідними моментами розвитку, під час яких в особистості відбувається особлива психологічна робота, що складається з двох протилежно направлених, але єдиних за суттю перетворень: виникнення новоутворення (перетворення структури особистості) і виникнення нової ситуації розвитку (перетворення соціальної ситуації розвитку).
- Д. Н. Леонтьєв, Л. І. Божович та інші, визнаючи необхідності якісних перетворень, що полягають у зміні провідної діяльності і одночасному переході у нову систему взаємин, основними вважають соціальні, довкільні умови, а не психологічні механізми розвитку. Загалом ціні і в зарубіжній, і у вітчизняній психології імені визнають нормативність, необхідність криз, виходячи з того, що у нормі за умови подолання кризи вона стає етапом розвитку особистості, адже при цьому зникає те, що

складало суть докритичного періоду, і виникає щось інше, зокрема, новий погляд, позиція.

Отже, кризу можна вважати необхідним етапом розвитку, лише якщо вважати її моментом розриву, зникнення, подолання старого і виникнення нового еволюційним шляхом. Найбільш популярною серед науковців є епігенетична концепція Е. Еріксона, який розробив соціально-психологічну теорію цілісного життєвого циклу людини. За Е. Еріксоном, особистість шукає такі шляхи включення у конкретно-історичне життя суспільства, які дали б їй змогу розв'язати свої внутрішні конфлікти і суперечності, обумовлені зіткненням із соціальним оточенням на різних етапах становлення. Основний методологічний прийом Е. Еріксона полягає у русі від узагальненої характеристики зрілої особистості до пошуків джерел організації на попередніх стадіях. Зрілість особистості розуміється як ідентичність або психосоціальна totoжність. Ідентичність особистості постає результатом функціонування індивіда у певній системі соціальних зв'язків і в умовах його психічного здоров'я. На думку Еріксона, особистість є результатом активного включення індивіда у різноманітні соціальні спільноти, включення і залежність від яких сприймається як власна сутність, ідентичність, це унеможливило відділення особистісних і соціальних змін та кризу ідентичності в особистому житті від суспільної кризи.

За Еріксоном, суттю кожної кризи є вибір між альтернативними варіантами розв'язання вікових задач, який людина повинна зробити, враховуючи те, що результати вибору позначаться на подальшому житті людини: її успішності або неуспішності. Отже, криза позначає конфлікт протилежних тенденцій, що виникає як наслідок досягнення певного рівня психологічної зрілості і соціальних вимог, що їх соціум висуває до індивіда. Криза не є чимось деструктивним. Навпаки, Еріксон вживає поняття "криза" у контексті уявлень про розвиток, щоб виділити "не загрозу катастрофи, а момент зміни, критичний період підвищеної уразливості і збільшених потенцій, і внаслідок цього – онтогенетичне джерело гарної або поганої пристосованості". На думку Еріксона, людина протягом життя переживає вісім психосоціальних криз, специфічних для кожного віку, сприятливий або несприятливий вихід із яких визначає спрямованість подальшого розвитку особистості. Однак ми, загалом погоджуючись із класифікацією криз Еріксона, вважаємо, що дуже важливо також є криза народження – перша криза, що виникає у житті людини. Ця криза уособлює протистояння смерті. Саме в момент народження, коли людина вперше із середовища абсолютної безпеки і захисту потрапляє у ворожий навколишній світ, де вона повинна буде протягом усього життя боротися з своїм виживанням і подальший особистісний розвиток відбувається перша криза. Тому дуже істотне значення мають пологи. С. Гроф вважає, що при фізіологічних пологах, які протікали без ускладнень, і за умови подальшого дбайливого і чуйного догляду дитина уже на клітинному рівні отримує впевненість у собі, віру у власні сили, власну значущість і отримує можливість долати перешкоди, водночас маючи впевненість у допомозі і підтримці близьких. Діти ж, народжені за допомогою кесаревого розтину, тобто ті, хто з'явився на світ внаслідок хірургічного втручання і не докладаючи для власного народження зусиль та не долаючи перешкод, менше пристосовані до життєвих труднощів, не такі витривалі у боротьбі за власне виживання, не знають, чого очікувати від оточення. Діти, народження яких відбулося під дією анестетиків, та діти, пологи яких відбулись при інструментальному або мануальному втручанні, в подальшому житті за наявності значної активності у дільності здатні енергійно починати виконання певних справ, але згодом втрачають віру у власні сили і шукають допомоги зовні.

І лише після переживання кризи народження у розвитку особистості послідовно виникають вісім психосоціальних криз. Е. Еріксон наголошує, що розвиток особистості

за своїм змістом визначається тим, чого соціум очікує від людини, які завдання ставить перед нею на різних вікових етапах. Дитина, зростаючи, проходить ряд послідовних стадій. На кожній стадії вона здобуває певну якість (особистісне новоутворення), яка фіксується в структурі особистості і зберігається у наступних періодах життя.

Першу кризу людина переживає на першому році життя. Вона пов'язана із задоволенням фізіологічних потреб дитини. За умови дбайливого догляду у дитини розвивається відчуття довіри до навколишнього світу, а за його відсутності – недовіра. Е. Еріксон каже: "довіра є дуже важливою якістю і людина ціле життя може підживлюватися з джерела надії замість криниці суму. Довіра є основою для формування позитивного самовідчуття, бажання йти назустріч новому, засвоювати новий досвід, нові форми активності". В кінці 1-го року життя дитина починає виявляти неслухняність, протиставляє себе дорослим, що особливо прагне дитини до свободи. Новоутвореннями цієї кризи є афективно заряджені уявлення, що мотивують поведінку навіть всупереч впливам середовища. Індивідуальне життя дитини набирає ознак суб'єктивності, формується образ Я.

Друга криза пов'язана з першим досвідом навчання, особливо з привчанням дитини до охайності. При дбайливому вихованні батьки, привчаючи дитину контролювати власні фізіологічні вираження, водночас дають їй змогу набутися досвіду автономності. А суворий, несправедливий і непослідовний контроль призводить до появи у дитини відчуття сорому або сумнівів, пов'язаних із страхом втратити контроль над власним організмом.

У зв'язку з цим у поведінці дитини виявляється негативізм, упертість, норовливість, зневаження дорослих, і навіть протести, буяні, прагнення до деспотизму, так звана третя криза. У цьому віці відбувається самоствердження дитини. Намагаючись завоювати власну свободу, необхідну дитині для подальшого розвитку, вона виявляє свою неслухняність навіть на шкоду власним бажанням. Дитина прагне, щоб визнали її незалежність, самостійність, яку ще не може активно проявити. Плани, як вона постійно будує і які їй дозволяють здійснити, сприяють розвитку у неї відчуття ініціативи. Переживання повторних невдач і безвідповідальності можуть привести до покірності і відчуття провини. У подальшому дорослому житті людина, яка у дитинстві змушена була боротися з батьківським рішенням подопати її вередливість, у відповідь сформувала стійкі психологічні захисти, яких дуже важко позбутися, вона не зміє у потрібних ситуаціях відстоювати власну думку та відмовляти. Новоутвореннями цієї кризи є невпевненість у собі, сором'язливість.

Четверта криза відбувається у старшому дошкільному та молодшому шкільному віці. У дошкільному віці у дитини відбувається період активного планування ігрової діяльності. Дитина моделює стосунки дорослих, намагаючись досягти максимальної самостійності. У цей період у самосвідомості дитини чітко окреслюється образ Я як центру всесвіту. Саме образ Я стає критерієм всіх оціночних суджень дитини. Новоутвореннями цієї кризи є зачаток і ханса формування її майбутнього світогляду, усвідомлення того, що навколишній світ є результатом людської діяльності.

У молодшому шкільному віці дитина усвідомлює походження, перебіг та наслідки власних емоцій. В результаті дитина не лише втрачає попередню безпосередність, а й формує нове ставлення до життя, вчиться прийомам довільної регуляції поведінки. У дитини відбувається переосінка життєвих цінностей. У зв'язку з цим формується нове новоутворення – втрата безпосередності, штучність, манірність. Дитина став менш відвертою, часто замикається у собі. Невміння самотужки розв'язати наявні проблеми може призводити до змін у поведінці дитини: некерваність, дратівливість, агресивність. Водночас у дитини може сформуватися почуття провини, яке згодом переросте у



негативне ставлення до самої себе і самозасудження, особливо якщо стосунки з однолітками не складаються. У цьому віці для дитини важливе прийняття однолітками значущої позиції "Я як усі інші". Дитина замичає правила, норми, у поведінці орієнтується на зовнішні оцінки. Також у дитини розвивається смак до роботи або ж, навпаки, відчуття неповноцінності як у плані використання зусиль і можливостей, так і в плані власного статусу серед товаришів.

П'ята криза – криза підліткового віку. Її переживають підлітки обох статей у пошуках власної ідентифікації. Вони намагаються засвоїти зразки поведінки значущих інших. Такий процес потребує об'єднання попереднього досвіду підлітка, його потенційних можливостей і вибору, який він повинен зробити. Та це також період, коли відбуваються дуже значні ендокринні зміни в організмі підлітка. Морфофункціональні зміни організму лякають підлітка, вони не лише незрозумілі, а й неконтрольовані йому. Підліткові важко зорієнтуватися в навколишньому світі, у стосунках між людьми, в мотиваціях цих стосунків, та що важко зрозуміти свій внутрішній світ. Саме в цей час людина набуває почуття власної індивідуальності. С. Холл пише, що підлітковий період – це "епоха, коли тваринні, напівварварські тенденції стикаються з вимогами соціуму. Це період домінування надмірної активності аж до цілковитого вимощення, божевільної веселості – до глибокого смутку, впевненості в собі, що переходить у хворобливу сором'язливість, епоху, що змінюється альтруїстичними проявами, потягу до спілкування, що переходить у бажання побути на самоті, чутливості, яка непомітно стає апатією". Нездатність підлітка до ідентифікації або пов'язані з нею труднощі можуть призвести до спотвореного і невідповідного трактування соціальних ролей, які підліток грає або гратиме в емоційній, соціальній і професійній сферах. При рольовій сплутаності у підлітка можливий регресивний тип розвитку, з одночасним зростанням рівня тривожності, ворожості до вимог соціуму та страх спілкування, особливо з незнайомими людьми та з особами протилежної статі.

Шоста криза властива молодим дорослим людям (17–20 років). Вона пов'язана із закінченням школи, пошуком і обранням майбутньої роботи, продовженням навчання, а отже, часто зі зміною соціального оточення, переїздом, соціальним просуванням. У цей же період особливо гостро постає проблема пошуку близькості з коханою людиною. У цей період завжди є неузгодженість віддалених цілей з актуальною життєвою ситуацією, у зв'язку з чим у молодих людей відзначається найнижчий рівень задоволеності смыслом життя, найгострішу невпевненість у собі, переживання важкого стану загальної невизначеності. Це також період усвідомлення відповідальності на кожен свій вибір і, водночас, час прагнення до розуміння свого призначення у житті у глобальному і прикладному сенсі. Самовизначення не може обійтися без самообмежень. Вибір є відмовою від тисячі інших можливостей. Успіх молоді людина сприймає як щось випадкове, а невдачі – як розчарування у власних можливостях, провини. Зважаючи на те, що дівчата для молодих людей мають таке ж значення, що й буденність, головними конфліктами стають ціннісні конфлікти через значні розбіжності між нормами моралі і буття, закладеними родиною і школою з нормами соціуму і субкультури. Водночас відбувається повільне, поступове становлення основного центрального утворення ідентичності. Особистість розвивається завдяки включенню у різні соціальні спільноти: націю, соціальний клас, професійну групу, субкультуру тощо – і переживанню усвідомлення нерозривності свого зв'язку з ними. Вироблення цієї ідентичності (психосоціальної totoжності) дає змогу особистості приймати себе у всіх своїх аспектих з оточуючим світом і визначає систему цінностей, ідеали, життєві плани, потреби, соціальні ролі з відповідними формами поведінки. Ідентичність – одна з умов психічного здоров'я: якщо вона не сформувалася, то молода людина не здатна знайти свого місця в соціумі. Зважаючи на від-

сутність життєвого досвіду, у молодих людей, які не віднайшли такої психосоціальної трітності, зростає прагнення до ізоляції і замикання в самому собі.

У віці близько 22–23 років молода людина зазвичай остаточно здійснює свій вибір між Я-ідеальним і Я-реальним, обираючи Я-реальне. Період мрій змінюється активними діями, сфокусованими на віднайдення власного унікального життєвого шляху. Однак зучай період молоді люди все ще страждають від власного максималізму та ідеалізму. В той же час вони переживають період прагнення до близькості і жертвованості щодо значущих для них людей, яка поєднується із прагненням до дистанціювання і самостійності. Неводтавареннями цієї кризи є уникнення контактів, що зобов'язують до близькості, яке може супроводжувати людину протягом дуже тривалого періоду часу.

Сьома криза настає приблизно у віці 33–40 років. У цей період людина, усвідомивши свої реальні можливості та обмеження, починає реалістично коригувати подальші життєві плани. Потреба змінювати не лише пріоритети, а й сам стиль життя і власне ставлення до нього потребує значних волевик зусиль і наполегливості. Водночас це період інтенсивного психічного розвитку особистості. Психічні процеси активні, і активізуються по мірі потреби особистості, залежать від мотивації діяльності, потреб та інтересів людини. Загалом, це високопродуктивний період життя, коли творчість та результативність високі у найрізноманітніших галузях життєдіяльності. Успіхи в реалізації планів та особистісні досягнення укріплюють почуття власної гідності, підвищують самооцінку. В цей період людина вже може любити і зберігати як власну незалежність, так і приймати незалежність іншої людини, водночас виявляючи значний інтерес до виховання і розвитку дітей. Оскільки це середина життя людини, вона чітко усвідомлює, що саме зараз – другий і останній шанс здійснити свої задуми, самовдосконалитись, знайти гармонію в інтимному житті та родинних стосунках. Переоцінка критеріїв значущості і виборі партнера, що ґрунтується на життєвому досвіді і глибших особистісних мотиваціях, часто призводить до розлучень, особливо у сім'ях, де разом зі зміною самого подружжя не відбулась еволюція подружнього життя. І кожне з подружжя існує лише для задоволення власних потреб та інтересів. Окрім того, зріла особистість потребує отримати відчуття значущості для власних дітей та для молодшого покоління. Неспроможність конструктивно подолати цю кризу призводить до гострого переживання збіднення власного життя, стагнації у розвитку та стосунках, а, в окремих випадках – до регресії на попередні вікові стадії.

Восьма криза переживається під час старіння людини і передбачає усвідомлення нею завершення життєвого шляху. Приблизно у 65-річному віці людина переживає кризу Я-інтеграції. Переосмислення цінності, значущості і результативності пройденого життєвого шляху, розуміння його цільності і неминучості минулого дають підстави оцінити попереднє життя як завершену єдність. Відсутність такої інтеграції призводить до високого рівня тривожності, соціальної ізоляції, зменшення самоповаги, що часто викликає затяжні депресії, які, внаслідок стійкого неприйняття теперішнього стану і огиди та сорому за прожиті роки, можуть закінчуватися суїцидом. Якщо людина похилого віку неспроможна погодитись із етапом завершення життєвого циклу, то намагається за допомогою фантазій та вигадок змінити власне минуле, чи робить спроби уникнути вікових змін, підмінюючи власні вікові потреби та інтереси потребами молодших людей, у неї зазвичай формується чітко виражений страх смерті і відчай перед її неминучістю та невідворотністю. Відсутність перспектив суттєво впливає на здоров'я та довіроліття. Часто головною метою стає бажання спокійно дожити або спокійно померти.

Люди ж, які протягом попереднього життя адаптувалися до змін життя та власної особистості, приймають свій вік як неминучу даність і пристосовуються до його особ-

ливостей, зберігаючи власну цілісність, так звану еґо-інтеґрацію (за Еріксоном), тобто усвідомлення цінності як попереднього, так і теперішнього життя, його значущості, незмінності і неповторності.

Із позицій медичної психології важливою такою ж є класифікація (П. П. Горностай) життєвих криз, що ґрунтується на особливостях психологічних проблем, які призвели до виникнення кризової ситуації, та особистісних ролей, які виникають у зв'язку з цим. Автор пропонує розглядати такі типи криз:

1. Кризи становлення особистості.

У першу чергу йдеться про вікові кризи, які є необхідними для процесу становлення особистості. Зміни, що відбуваються у прихіді, поведінці, стосунках людини внаслідок цих криз, зазвичай пов'язані зі зміною особистісної ролі людини. Вони часто стають пусковим механізмом для виникнення поведінкових змін, розладів адаптації та порушень емоційно-вольової сфери особистості.

2. Кризи здоров'я.

Кризи, пов'язані з каліцтвом, професійними захворюваннями чи хронічними захворюваннями, що змушують людину обмежити свої професійні та соціальні функції, внаслідок фрустрації можуть провокувати дезадаптацію та порушення емоційно-вольової сфери особистості і навіть призвести до суїцидальних спроб. Водночас в результаті захворювання змінюється й психологічний профіль особистості. Про зміни, пов'язані з захворюваннями, читай у наступному розділі.

3. Термінальні кризи.

Пов'язані з термінальними цінностями людини, зокрема з імовірним чи немилучим близьким кінцем її життя. Переважно виникають у людей, котрі дізналися про невиліковне захворювання або ситуацію, що реально і неминуче загрожуватиме цьому життю. Докладніше про термінальні кризи читай далі.

4. Кризи значущих стосунків.

Пов'язані зі зміною міжособистісних ролей у значущих особистісних стосунках. Переважно виникають при втраті значущої людини (смерть, розлучення, розлука) та при появі нових ролей у міжособистісних стосунках (народження дитини, поява нового члена родини). Також до криз значущих стосунків традиційно включають і так звані кризи кохання, що виникають при нерозділеному коханні, розчаруванні у коханні тощо. У прихіді, поведінці, стосунках людини внаслідок цих криз виникають певні зміни, що можуть призводити до виникнення поведінкових змін, розладів адаптації та порушень емоційно-вольової сфери особистості.

5. Кризи особистісної автономії.

Кризи, пов'язані з втратою чи обмеженням особистісної автономії чи свободи. Зазвичай такий стан виникає у ситуації, коли людина потрапляє у повну залежність від інших людей чи обставин, які вона не в стані змінити. Подібні кризи також виникають у осіб, позбавлених волі (у в'язниці, полоні, рабстві) та при тривалому примусовому перебуванні в колективі із жорсткими обмеженнями (армійська служба, проживання в гуртожитках, інтернатах, перебування на стаціонарному лікуванні). Криза, пов'язана з виконанням нової небажаної і обтяжливої ролі у міжособистісному спілкуванні, призводить до формування стійких невротичних та психопатичних реакцій.

6. Кризи самореалізації.

Пов'язана зі сприйняттям ситуації як такої, що робить неможливою самореалізацію людини. Зазвичай ця криза виникає внаслідок втрати значущої соціальної ролі; звільнення з роботи або вихід на пенсію, вимушена еміґрація, банкрутство, неможливість отримання бажаної освіти тощо. Усвідомлення людиною краху її життєвих планів, або

хібності обраного шляху оцінюється як екзистенційна криза і часто супроводжується фрустрацією, що призводить до появи депресії, яка може закінчитися суїцидом.

#### 7. Кризи життєвих помилок.

Криза, пов'язана з усвідомленням незворотності певних вчинків минулого. Виникає при переживанні людиною вчинкової зради, обману, злочину або втрати та не здійснених вчинків, що призвели до фатальних наслідків (байдужість, ненадання допомоги тощо). Це кризи, які переживаються як докори сумління і зазвичай ототожнюються людиною з поняттям гріха і розплати за гріхи. Вихід з подібних кризових станів переважно здійснюється за допомогою віри у Бога і намагань спокути гріхів. Невідреаговані кризи життєвих помилок особливо небезпечні для подальшого життя людини через часті думки про спокуту і гріховність, які вимагають від людини жорстокого самопокарання аж до самогубства.

Отже, життєва криза – це своєрідний поворотний пункт на життєвому шляху людини. В літературі (Анциферова Л. І., Виготський Л. С., Василюк Ф. Є., Донченко Е. О., Титаренко Т. М.) детально проаналізовані та описані різні види життєвої кризи, існують різні погляди щодо самої природи виникнення і перебігу життєвої кризи. Одні вчені вважають, що життєва криза виникає як емоційна реакція людини на загрозливу ситуацію при повній перешкоді на шляху досягнення життєво важливих цілей (Ліндeman, Каллан); на думку інших – криза може виникнути і в умовах, які не справляють враження загрозливих. Та всі науки ці погоджуються з думкою, що кожна криза має поляри наслідки – як негативні, так і позитивні, у зв'язку з чим криза водночас є й загрозою для особистості, і можливістю і спонукую для особистісного розвитку і зростання.

### 3.2.3. Стрес як причина захворювання

#### Поняття та види стресу

Психічний стан, який виникає в людини в результаті впливу складних життєвих ситуацій і виявляється у специфічному адаптаційному синдромі, що включає усі неспецифічно викликані зміни у біологічній системі, канадський патолог Ганс Сельє назвав "стресом". На сьогодні стресом (англ. – *напруження, тиск*) називають ті неспецифічні зміни, які виникають в організмі внаслідок інтенсивних або тривалих сторонніх впливів та призводять до надмірного напруження вроджених неспецифічних адаптаційних механізмів організму, через що відбувається перебудова його захисних сил. Перебіг стресу залежить від того, у якому стані був організм людини перед початком дії стресора, адже порушення регулюючих механізмів відбувається саме у фазі виснаження. Стресори (фактори, що викликають стрес) у літературі поділяють на такі умовні групи: стресори обмежень, які з'являються внаслідок хвороби, ув'язнення чи приголоді іспразі; стресори відокремлення, що виявляються у конфліктних ситуаціях та при виникненні загрози; стресори перемог і поразок, фізичні стресори, тобто фізичні ушкодження (у т.ч. оперативні втручання, медичні маніпуляції), травми; виробничі стресори; стресори соціальної мотивації; емоційні, інформаційні, політичні стресори.

Логічним продовженням теорії Сельє стала когнітивна концепція стресу Р. Лазаруса, який вважає, що адаптацію до середовища визначають емоції, інтенсивність та силу яких зумовлюють когнітивні процеси. На думку Лазаруса, фізіологічний і психологічний стреси відрізняються як за особливостями характеристики джерел стимулів, так і за механізмом розвитку стресу і характером реакції, що виникають як відповідь на вплив.

## Види стресу та їх характеристика за Р. Лазарусом

Критерій розподілу	Вид стресу	
	психологічний	фізіологічний
характеристика стимулу	значущий для особистості	біологічно значимий для організму
характер впливу стимулу	безпосередній або опосередкований вплив	безпосередній вплив
особливості реакцій у відповідь	індивідуальні	стереотипні

В практичній діяльності практичні психологи виокремлюють такі ознаки стресового напруження (за Шеффером):

- 1) неможливість зосередитися на чомусь;
- 2) надто часті помилки в роботі;
- 3) погіршення пам'яті;
- 4) часте винищення почуття втоми;
- 5) дуже швидке мовлення;
- 6) часті болі (спина, голова, ділянка шлунка);
- 7) підвищена збудливість;
- 8) робота не приносить попереднього задоволення;
- 9) втрата почуття гумору;
- 10) різко збільшена кількість випалюваних сигарет;
- 11) потяг до вживання алкогольних напоїв;
- 12) постійне відчуття недоїдання;
- 13) втрата апетиту – взагалі втрачений смак їжі;
- 14) неможливість вчасно завершити роботу.

Лазарус також сформулював основні положення стресу: ті самі події для одних людей можуть ставати стресовими, а для інших – ні; якщо та сама стресова подія кількісно виникає у житті людини, то в різних випадках людина сприймає або не сприймає її як стресову. Крім того, він вказав, що стрес виникає лише тоді, коли людина, порівнюючи свої ресурси та силу впливу стресора, уявляє, що ресурси недостатні.

**Шкала оцінки соціального пристосування Холмса і Рейха**

Рівень реакції на стрес у різних людей коливається від дуже низького до дуже високого (на рівні паніки). За відсутності зовнішнього реагування на стрес є підстави думати про гіперсензитивність (особливо у людей із психічними розладами). Для оцінювання рівня вираженості соціального пристосування до травмуючих ситуацій, на який істотно впливає їх частота і важкість, Томас Холмс та Рональд Рейх створили теорію життєвих подій і розробили спеціальну шкалу (*Social Adjustment Rating Scale*). Кожна значна життєва подія (як негативна, так і позитивна) згідно з цією шкалою оцінюється певною кількістю балів, а їх максимальна сума протягом року не повинна перевищувати 150 балів. При її зростанні відповідно збільшується ймовірність формування психічного або соматичного розладу, в т.ч. онкологічних, інфекційних, шкірних хвороб, туберкульозу, травм (Glaser R., Zautra A. J., Sandier R.M., Kiecolt-Glaser J. K.).

## Шкала оцінки соціального пристосування Холмса і Рейха

Життєві події	Стрес (бали)
1) смерть чоловіка, дружини, дитини, матері, батька	100
2) розлучення	73
3) розрив з партнером	65
4) смерть близького члена сім'ї	63
5) значне особисте пошкодження або хвороба	53
6) весілля	50
7) звільнення з роботи, переміщення по службі	47
8) вихід на пенсію	45
9) примирення з партнером	45
10) істотна зміна у стані здоров'я або у поведінці члена сім'ї	44
11) вагітність	40
12) сексуальні проблеми	39
13) народження дитини	39
14) зміна фінансового становища	38
15) смерть близького друга	37
16) зміна місця роботи	36
17) збільшення числа подружніх сварок	35
18) збільшення боргів	30
19) значні зміни в обов'язках на роботі	29
20) від'їзд з дому дитини	29
21) сварки з батьками або іншими членами сім'ї	29
22) стрімкий особистісний злет	28
23) закінчення школи і вступ на навчання	26
24) покидання роботи	26
25) зміна житлових умов	25
26) перегляд особистих звичок (одяг, манери, знайомства)	24
27) конфлікти з начальством	23
28) зміна умов або годин роботи	20
29) зміна місця проживання	20
30) іспити, атестація	20
31) зміна звичного місця проживання	19
32) значні зміни у вигляді і кількості розваг	19
33) значні зміни у громадській діяльності	18
34) зміни у стосунках з оточенням	18
35) порушення сну	16

Життєві події	Стрес (бали)
36) зміна характеру і частоти зустрічей з близькими людьми	13
37) зміна звичного режиму харчування і кількості спожитої їжі	15
38) відлутка	13
39) штраф за порушення правил вуличного руху	12
40) стресори, не внесені в дану шкалу (смерть улюбленої тварини, аборт, крадіжка, втрата улюбленої речі)	10

Та теорія Холмса-Рейха не враховує ні культурних особливостей кожної людини, ні впливу на неї оточення (який може виражатися у підтримці або ж у пригніченні). Суперечливим в цій теорії є рейтинг життєвих подій за силою впливу для кожної окремої людини. Згодом був розроблений оптимальніший комплексний підхід, який враховує не лише силу стресів, а й індивідуальну особистісну реакцію на нього Н. (Srodal): З різних взаємин особистості і її оточення виникає невідповідність, що призводить до стресу.

#### Процеси опанування (копінг-механізми)

Істотним доповненням когнітивної теорії Лазаруса стала поведінкова концепція С. Хобфолла, який вважає, що стресогенними у житті є не самі події, а пов'язана з ними втрата (статусу, влади, грошей, звичних речей, самоповаги). Основним поняттям його концепції стало поняття копінгу, запропоноване Лазарусом для розмежування понять фізіологічної неспецифічності та психологічної вибірковості стресу. Зараз терміном *копінг* (англ. *to cope* – опанування, адаптація, пристосування) позначають когнітивні та поведінкові зміни спроби людини справитися зі специфічними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які вона сама сприймає як такі, що переважають можливості їх опанувати. У копінгу в першу чергу увага акцентується на різних формах поведінки, які призводять до адаптації або дезадаптації особистості. Адже опанування ситуацією означає здатність своєчасно і чітко визначити причини виникнення стресу та часом і адекватно на них відреагувати.

Отже, *копінг-поведінку* розглядають як цілеспрямовану поведінку особистості, оскільки на свідоме опанування ситуацією для усунення або зменшення шкідливої дії стресу чи пристосування до нього, а також періодично сформоване уміння використовувати певні засоби для подолання стресу, причому особливого значення набуває не обрання певної стратегії реагування, а співвідношення копінг-поведінки з особливостями середовища.

#### Пов'язані зі стресом та дисоціативні розлади

Розлади, пов'язані зі стресом:

- Гостра реакція на стрес
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
- Дисоціативні (конверсійні) розлади
- Дисоціативна амнезія
- Дисоціативна fuga
- Дисоціативний ступор
- Транси і стани одержимості
- Дисоціативні розлади моторики
- Дисоціативні судми
- Дисоціативна амнезія і втрата чуттєвого сприймання
- Інші дисоціативні розлади: синдром Ганзера, розлади множинної особистості

Однією з найчисельніших груп пацієнтів, які звертаються по допомогу до медичних психологів, психіатрів та психотерапевтів, є хворі з психогеніями (від гр. слів *psyche* – душа і *genesis* – походження, виникнення) – психічними розладами, що виникають як результат реакції на психічну травму.

У клініці найчастіше діагностують такі пов'язані зі стресом і дисоціативні стани: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, дисоціативна амнезія, фуга і ступор, дисоціативні розлади рухів та відчуттів.

#### **Розлади, пов'язані зі стресом**

Реакція на стрес залежить від багатьох чинників, та в першу чергу слід пам'ятати про її залежність від конституції, соматичного і психічного здоров'я людини, типу темпераменту, рівень психологічної стійкості, а також від попередніх стресів у житті людини: їх частоти, інтенсивності, тривалості й реакції на них.

**Гостра реакція на стрес (F43.0)** – транзиторний психічний розлад, що розвивається в результаті впливу потужного психоемоційного або фізичного стресу у людей, котрі не мають ознак психічних захворювань. У психологічній літературі можна зустріти також під назвою *афективно-шокова реакція*.

Найчастіше стресорами виступають психотравмуючі переживання людини, пов'язані з загрозою безпеки для життя або фізичної, психологічної чи соціальної цілісності особистості та значущих близьких людей (бойові дії, катастрофи, пожежа, нещасний випадок, присутність при насильницькій смерті людини, тортури, зґвалтування, розбійний напад, втрата близьких людей). Виникнення і тривалість та важкість перебігу залежить від адаптивних можливостей та індивідуальної вразливості людини.

Реакція починається негайно після дії стресора або протягом найближчого часу (кілька хвилин). Оглушеність з глибоким афективним звуженням свідомості, яке утруднює контакт з оточенням; дезорієнтація; рухова загальмованість і відгородженість від оточення (аж до дисоціативного ступору) або неадекватна чи беззмістова гіперактивність (може спостерігатися реакція втечі, фуга); зниження уваги; а також вегетативні розлади: блідість або почервоніння шкіри, пітливість, серцебиття, мимовільні фізіологічні випорожнення. Окрім того, можуть виникати переживання жаху, відчаю, гніву або вербальна агресія, відчай, безнадія, неконтрольований і надмірний смуток. Симптоми утримуються протягом кількох годин, значно зменшуються їхня вираженість при припиненні дії стресора, а за неможливості його усунення – через 24–48 годин після початку дії. Зазвичай спогадів про цей період у людини не залишається зовсім або ж вони уривчасті. При збереженні ознак психічного розладу людина потребує лікування у психіатра (діагноз при цьому змінюється на відповідний до наявної симптоматики).

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1)** – психічний розлад у вигляді затяжної або відтермінованої реакції, що формується протягом шести місяців після дії стресора, який має дуже високий рівень загрози для безпеки життя людини та її близьких. На відміну від гострої реакції на стрес, виникає практично у всіх людей, від адаптивних можливостей та від індивідуальної вразливості людини залежить лише тривалість та важкість перебігу розладу. Стресори, які призводять до виникнення посттравматичного стресового розладу, подібні до тих, що викликають гостру реакцію на стрес, з тією відмінністю, що вони або діють протягом тривалого часу, або ж мають потужність, яка не дає змоги жодній людині здолати їх самотужки.

**Оскільки захисні механізми, які виникають після сильної психотравми скеровані на регресію, пригнічення діяльності, заперечення переживань і девальвацію пережитого, виникає стійка тривога.**





**Дисоціативна амнезія** (F.44.0) – найпоширеніший дисоціативний розлад, що виникає після загрози смерті, психологічного конфлікту, емоційної травми і виявляється у частковій втраті пам'яті на психотравмуючу ситуацію у людей, в котрих не виявлені органічні ураження мозку чи інтоксикація (Karon B.P., Widener A.J.). Розлад часто виникає у людей, які пережили стихійне лихо, реальну загрозу для власного життя та життя близьких, у дітей, які зазнали сексуального насилля, а також може формуватися й при втраті близької людини або при гнітючому почутті провини (D. Spiegel). Зустрічаються локалізована, генералізована, селективна та безперервна амнезія. Переважно дисоціативна амнезія має парціальний і селективний характер – амнезується лише травматичний епізод (зазвичай раптова втрата близьких або катастрофа). Хворий усвідомлює розлад пам'яті, але не висловлює стурбованості з цього приводу. Стан триває кілька днів, починається і закінчується раптово. На висоті розладу протягом одного-двох днів може супроводжуватися *дисоціативними паморочними проявами*, коли пацієнт дезорієнтований, не впізнає знайомих, безцільно блукає, не дотримується особистої гігієни та режиму харчування й сну. При наявності вираженої вторинної вигоди або повторному впливі стресора можливе затягування епізоду або його рецидивування. Частіше спостерігається у молодих чоловіків і підлітків.

**Дисоціативна fuga** (F.44.1) (лат. *fuga* – біг, втеча) від дисоціативної амнезії відрізняється тим, що після психотравми хворий, не усвідомлюючи розладу пам'яті і не виглядаючи дезорієнтованим, здійснює цілеспрямовані подорожі (часто у місця, які є для нього емоційно значущими). Амнезія стосується лише особистих спогадів, загальні та універсальні знання і навички зберігаються. Зовні справляє враження упорядкованої людини, дотримується особистої гігієни та режиму харчування, здатний до простої соціальної взаємодії, часом навіть може займатися досить складною діяльністю (амбулаторний автоматизм), але при цьому його особистість нерідко відрізняється від попередньої. Закінчення fugи раптове. Увесь період дисоціативної fugи амнезується. Сприятливими факторами розвитку fugи вважають шизоїдні та інші розлади особистості, зловживання психоактивними речовинами.

**Дисоціативний ступор** (F.44.2) – розлад, при якому у хворого внаслідок перенесеної психотравми виявляються усі ознаки клінічного ступору (лат. *stupor* – заціпеніння), але без фізіологічних причин. Перебуваючи у стані, який клінічно не можна визначити ні як несвідомий, ні як сон, хворий застигає, переважно непорушно лежить або сидить, не реагуючи на зовнішні стимули (шум, світло, дотики і слова). За відсутності лікування існує загроза переходу дисоціативного ступору у депресивний або кататонічний.

**Транси і стани одержимості** (F.44.3). **Транс** (лат. *trans* – за, через; прийменник, що означає перехід, туг: в інший стан) – психічний розлад, що виникає в результаті тривалого значного психічного перенапруження у людей, які не страждають шизофренією, гострим психозом, множинним розладом особистості, епілепсією, інтоксикацією психоактивними речовинами, а також не мали черепно-мозкової травми. У стані трансу втрачається почуття власної ідентичності, надзвичайно звучується свідомість з вибіркоким фокусуванням на певному об'єкті і обмеженням повторюваного набору рухів, поз і висловлювань. Стан виникає мимовільно, заважає людині повноцінно активно функціонувати у професійній діяльності та в особистому житті. До цієї групи психічних розладів не зараховують релігійні транси та індуковані культуральні транси. **Одержимість** – стан, пов'язаний з переконаністю в небажаному перебуванні під владою іншої особи, переважно наділеної в уявленні пацієнта магічною силою.

**Дисоціативні розлади моторики** (F.44.4) – психічний розлад, який формується як втеча у хворобу в результаті прагнення людини уникнути міжособистісного конфлікту і за

допомогою демонстративної поведінки, скерованої на сплячуття, отримати вторинну вигоду або репрезентувати свій протест. Виявляється у втраті, послабленні, сповільненні або обмеженні моторних функцій, які не мають фізіологічного підтвердження та є анатомічно невідповідними. Суб'єктивно хворий почуває себе погано, скаржиться на болі та обмеження рухів. За відсутності порушень тонусу і трюфкції у пацієнтів може спостерігатися повний або частковий параліз кінцівок (моно-, гемі- та пара- парези і паретії), рідше – атаксія, астазія-абазія, апраксія, аінезія та ін., а також контрактури суглобів і паракінези. Серед розладів мовлення зустрічаються: заїкання, дизартрія (порушення артикуляції), афонія (беззвучне мовлення), сурдомутизм (глухонімота), афазія (відсутність мовлення).

Диференціальну діагностику слід проводити з шизофренією, депресією, розсіяним склерозом, системним червоним вовчаком, а також із симуляцією.

**Дисоціативні судоми (F 44.5)** – ситуативно обумовлений психічний розлад, що виникає при неусвідомлюваній потребі пацієнта привернути до себе увагу, отримати вторинну вигоду. Раптою і несподівано спастичні рухи, які з великим ступенем зовнішньої подібності наслідують різні варіанти епілептичних припадків, відбуваються лише за наявності спостерігачів. Може супроводжуватися вигуківаним слів, що відображають сутність конфлікту пацієнта. Припадок триває переважно протягом 10–20 хвилин. На відміну від епілептичного, пацієнти падають, не отримуючи істотних травм, тонічна фаза може йти за клоничною, припадки не супроводжуються прикушуванням язика, мимовільними сечовиділенням та втратою свідомості, після припадку відсутні оглушення і амнезія. Водночас можуть спостерігатися ознаки ступору або трансу.

**Дисоціативна амнезія і втрата чуттєвого сприймання (F 44.6)** – психічний розлад, який, як і дисоціативні розлади моторики, формується як втеча у хворобу з метою уникнення конфліктної ситуації. Виявляється у втраті або послабленні шкірної чутливості у ділянках, локалізація яких не відповідає зонам іннервації. Сенсорні розлади: гіпер-, гіпо- і анестезія (зниження, підвищення і відсутність тактильної чутливості), алгії (больові відчуття). Також може виникати виражене тремтіння всього тіла або його частин у пов'язанні з псевдоспазмами м'язів, яке посилюється при хвилюванні або надмірній увазі та зникає умі сні.

Окрім втрати шкірної чутливості, у пацієнтів можливе випадіння функцій органів чуття, наприклад, "втрата зору", що полягає у короткотривалому звуженні поля зору або зниженні його гостроти.

До групи зміщених дисоціативних розладів (F 44.7) входять змішані розлади F 44.0–F 44.6.

**Інші дисоціативні розлади (F 44.8)** З-поміж інших дисоціативних розладів заслуговують на увагу множинні розлади особистості та синдром Ганзера.

**Синдром Ганзера (F 44.80)** – психічний розлад, який умовно вважають одним з варіантів призеркового потьмарення свідомості, що супроводжується недоладним і недоречним мовленням, неможливістю відповісти на прості запитання чи розв'язати елементарну задачу. Разом з примітивною, навіною демонстративністю – показна загальмованість або метушливість, безпричинний сміх або плач, міміка розгубленості, "дитяча" поведінка, безпорадність в елементарних ситуаціях – у пацієнта збережена здатність виконувати складні цілеспрямовані рухи і вчинки, але вони не призводять до отримання бажаного результату. Розлад триває кілька днів, закінчується раптово з амнезуванням періоду хворобливого епізоду.

**Розлади множинної особистості (F 44.81)** – дисоціативний психічний розлад, при якому у людині формуються дві (дуже рідко більше) субособистостей. Характеризується раптовими переключеннями від однієї субособистості до іншої, яке, ймовірно, спровоковане стресовою подією різного ступеня вираженості (Dell, Eisselhower) або у стані

трансу чи гіпнозу. У кожен конкретний момент проявляється лише одна субособистість, яка має власну пам'ять, особливості поведінки, стать, вік, фах, манери і, з'являючись, повністю контролює вчинки хворого, "панує" над ним. Після закінчення епізоду амнезується як субособистість, так і сам епізод. Спогади кожної із субособистостей недоступні для іншої, тому намагання переконати людину у тому, що вона робила вчинки, про які не пам'ятає, можуть виступити як чергова психотравмуюча ситуація, що спровокує чергову зміну субособистостей, яка теж буде амнезована.

Оскільки в літературі описано лише близько 300 випадків розладу множинної особистості, щодо його походження існує багато припущень. До минулого сторіччя розлад вважали аналогом одержимості. У 20 % обстежених пацієнтів в анамнезі – клінічно підтверджена епілепсія (Самохвалов В.П.), 97 % обстежених не заперечують фізичне (переважно інцестуозне) насилля у ранньому дитинстві (Ross; Dell, Eisenhower). Вчені одностайні у тому, що більшість випадків вперше діагностовано у підлітковому або юнацькому віці, хворих серед жінок втричі більше, ніж серед чоловіків. Протягом останніх 50-ти років кількість хворих зросла, що пов'язують з руйнівним впливом психоенергетичних і тоталітарних сект. Існує також думка про зростання кількості випадків симулювання розладу, особливо під впливом його "популяризації" у кіно та літературі.

Диференційна діагностика з шизофренією ґрунтується на відсутності розладів мислення та емоційно-вольових розладів.

Загалом слід пам'ятати, що дисоціативні розлади формуються як захист від нестерпних переживань, які можуть бути пов'язані або зі смертельною загрозою чи горем з приводу втрати близької людини, або з ураженням почуттям самолюбства чи з почуттям лекачого сорому, а також із почуттям безсилля у вирішенні внутріособистісного або міжособистісного конфлікту чи неможливості змінити об'єктивну ситуацію. Словом, психологічні причини можуть бути на сторонній погляд як "серйозними", так і не дуже, але важливе у формуванні дисоціативних розладів не "важкість", а ставлення до психотравмуючої ситуації самого пацієнта, а не інших людей. Перебуваючи у напрузі, пов'язаній з потребою вирішити конфлікт, кожна особистість витрачає різну кількість внутрішніх емоційних ресурсів, а їх брак починає сприйматися як щось стороннє, отже, відбуваються певні зміни свідомості. Адже механізми захисту включають: заперечення (ігнорування певних аспектів реальності), витіснення (ізоляція від свідомості загрозової інформації) і дисоціація – відокремлення однієї групи психічних процесів від іншої з їх незалежним функціонуванням.

Саме зважаючи на психодинаміку дисоціативних розладів, зрозуміло, чому у більшості випадків вираженість і тривалість хвороби залежать від реакції оточення. Людина прагне отримати не лише *первинну вигоду* у вигляді зниження рівня тривожності, який відбувається при переході психотравмуючої ситуації, з якою неспроможна справитися психіка, на неусвідомлюваний рівень тілесного функціонування, при якому симптоми не лише вказують на підсвідоме прагнення певного обмеження (параліч, сліпота), а й сигналізують оточенню про нього. Дисоціативні розлади дають змогу через порушення функцій отримати й *вторинну вигоду* – увагу і турботу, співчуття і підтримку, звільнення від обтяжливих стосунків чи обов'язків, уникнення покарання за провини та багато інших.

### 3.3. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості

#### 3.3.1. Внутрішньоособистісний конфлікт як причина виникнення соматичних захворювань

Вчення про тісний взаємозв'язок самопочуття з психічним станом (і насамперед настроєм) індивіда, про соматичний резонанс психічних процесів у вигляді минущик

або хронізованих функціональних порушень внутрішніх органів (мовою яких ніби виражається афект) проходить червоною ниткою через всю історію медицини. Внутрішня мова емоцій – це функція органів; кожне позитивне порушення певним чином відображається в тілесних відчуттях і процесах як у нормі, так і в патології. Наприклад, страх (відчуття якоїсь небезпеки, зла, щоді, за Гегелем, загрожує знищити відчуття самого себе) не випадково завжди асоціюється з певним і окрай важким фізичним станом. Страх, що буквально затоплює людину, – це не тільки розпад душі, дика судорога дупки і серця, сам спогад про яку породжує тужливий серцевий тремтіння; це палаюче зрошене потом чоло, дилкі, часом тремтять руки; це неприємна важкість в шлунку і нудота, напівпритомний стан і відчуття ядухи. Арабські дикарі дізнавалися про недугу закоханого за зміною пульсу, перелічуючи вголос спершу назви всіх кварталів міста, потім вулиць у кварталі, будинків на якійсь із вулиць і, нарешті, мешканців конкретного будинку. Серце споконвіку розглядають як спеціфічний орган вираження емоцій (у тому числі страху) у такому ж розумінні, як очі слугують органом зору. Більшість пристрастей впливає на тіло, і, якби люди уважливіше спостерігали явища, що супроводжують пристрасті, то було б дуже важко приховувати їх. Вегетативна нервова система, що виступає в ролі посередника між центральною нервовою системою і внутрішніми органами, регулятора всіх життєвих процесів в організмі, провідника емоційних станів як у нормі, так і в патології, став, за Е. К. Краснушкіним, найважливішим органом вираження афекту (набагато інформативнішим, ніж інші форми поведінки, нерідко цілком контрольованою волею). Особлива "прзливистість" вегетативної нервової системи виявляється не тільки при достатній інтенсивності афекту – вісцеро вегетативні реакції виникають у ході адаптації й у відповідь на слабкі, здавалося б, емоційні стимули, що відповідають навіть надзвичайно тонким інтелектуальним процесам. Будь-яка, навіть незначна подія або враження, суб'єктивно значиме для індивіда, може виявитися при цьому порівняним вихідним пунктом, що викликає хворобливі розлади. Довгий ряд життєвих ударів включає, за І. П. Павловим (1951), не тільки втрату близьких або втрачене кохання, але й інші обміни життя, пов'язані з образою почуття власної гідності, а в слабкій або астенозованій особистості – найсильніші реакції з різними ненормальними так званими соматичними симптомами. Туга, різні роздаривання і глибинне відчуття "труднощі буття", безглузді обов'язки, що безлізно висотують людину, і повсякденна боротьба з посередністю – чимало причин, через які й найбільш життєстійкі люди часом занепадають духом і знемагають у нещасті.

**Психовегетативний синдром** – обов'язковий фізіологічний процес, що виступає при певній ситуації в якості "першої лінії оборони" (Гляеровський В. А.) – набуває патологічного характеру при надмірному для даного індивіда, надто частому і тривалому або постійному афективному напруженні; хронічні емоційні стани обумовлюють неминуче хронізовані вісцеро вегетативні розлади. Усі вісцеро вегетативні порушення (дифузні або з переважним акцентом на якомусь органі) виявляються практично (постійно або у вигляді різних вегетативних кризів) у кожному випадку загального неврозу в людини і при експериментальних неврозах у тварин; вони є неодмінним, якщо не провідним, компонентом ключової картини при так званих неврозах органів і астенодепресивних або субдепресивних станах будь-якого генезу. При цьому особливого значення набуває нерозривний зв'язок функціональних соматичних порушень із почуттям пригніченості, тиску в структурі депресивних станів різного походження. Минливі хворобливі відчуття, що зливаються з практично невідчленими від них розладами настрою і окрай тяжкою загальною тональністю особистості, не випадково визначалися інколи як чутливість симпатичної системи. Серцевий біль – біль тупий, безпредметний, незначений, схожий і на тугу, і на страх у найвищому ступені, і на розпач – може локалізуватися в грудях, під серцем.

Вісцеровегетативна симптоматика в структурі тривалих емоційних розладів являє собою не що інше, як фіксацію почуття страху і тривоги в якомусь органі або частині тіла, і означає можливість болю чисто психогенного походження, ніби автономних функціональних соматичних порушень з переважною локалізацією їх у якомусь органі або системі за типом так званих неврозів органів або системних неврозів. Саме вегетативна нервова система виступає при цьому в ролі привідного ременя психічного для всієї соматикі і є тією платформою, де затверджується, за Е. К. Краснушкіним, цілісність і злитість психічного і соматичного. Цей біологічний факт визначає всю життєдіяльність людського організму як у нормі, так і в патології. І оскільки саме ця психо вегетативна організація і складає центральну основу, ту життєву вісь, на якій розігруються всі життєві процеси в організмі, не дивно, що вона протягом життя піддається значним перевантаженням. Емоції тривоги і страху, почуття беззахисності і пасивності очікування болю нерідко пов'язують з гіперадреналінемією, тоді як афект гніву і люті, станів, що вимагають підвищеної фізичної або розумової напруги, – з гіпернорадреналінемією. Не випадково при емоційних перевантаженнях у здорових людей, екскреція катехоламінів із сечею зростає в 7–10 разів порівняно з нормою. Не виключено, що гіперкатехоламінемія відбиває не стільки якість, скільки інтенсивність афективного порушення; різні фактори, що обумовлюють позитивні емоції, викликають збільшення екскреції із сечею адреналіну і норадреналіну майже в тому ж ступені, що і вплив, який породжують негативні емоції. Широка мережа біоелектричних переключень у симпатичних гангліях із щільно розташованими нервовими елементами робить можливою неспецифічну стимуляцію всієї симпатoadреналової системи під впливом емоційно зарядженого імпульсу з будь-якої ділянки симпатичної іннервації. Гіперкатехоламінемія сприяє також перетворенню глікогену в глюкозу, виділенню вільних жирних кислот і активації функціонального стану кори наднирників. Встановлена, наприклад, пряма кореляція між виразністю тривоги і вмістом неетерифікованих жирних кислот у плазмі крові, між концентрацією катехоламінів у крові і екскреції 17-кетостероїдів при тривожно-депресивних станах (Кушке В. П. та ін.).

Поширеність у всьому тілі переживання емоційного розладу дозволяє розглядати його як загальну реакцію організму, що втягує в страждання усю вегетативно-ендокринну систему (у тому числі, мабуть, і клітини APUD-системи) і зрушує найглибші основи життєвих процесів. Посилене функціонування не тільки симпатoadреналової, але і всієї нейроендокринної системи супроводжується все більшою дезінтеграцією фізіологічних механізмів, що лежать в основі координованої пристосувальної діяльності цілісного організму. Крайні ступені дезінтеграції нейрофізіологічних процесів ставлять організм під загрозу гострого психосоматичного ураження якогось органа і навіть раптової смерті. Особливий інтерес представляє при цьому так звана вуду-смерть (раптова смерть, що настає під впливом емоційного стресу через кілька годин або днів після порушення табу у первісних народів Австралії й Африки) з її попереднім крайнім афективним порушенням, що змінюється розпачем, почуттям безнадійності і впевненістю в неминучій загибелі.

Смерть від страху (наприклад, при епідеміях чуми або холери, коли боязкі люди помирають швидше, ніж сміливі) відома з найдавніших часів. Безпосередньою причиною раптової смерті можуть стати психічне потрясіння під час суду і при винесенні смертного вироку, випадково почуте висловлення лікаря з приводу злоякісного характеру захворювання або мнимий інфаркт міокарда (самодіагностований або помилково встановлений у лікувальній установі), страх зараження крові при поверхневому порізі пальця, забрудненого чорнилом, або очікування оперативного втручання на операційному столі, марновірство і фанатичні релігійні забобони. Іпохондрична депресія з ідеєю важкої і невиліковної хвороби призводить часом до несподіваного летального результату при повній відсутності якоїсь патології внутрішніх органів за даними патологоанатомічного

дослідження. Саме алякісні емоції стають фактичною причиною раптової смерті при інтактних вінцевих артеріях або компенсованій ваді серця – патологічному стані, що сам по собі не загрожує життю цих хворих. Питання про істинне число осіб, що гинуть радше від моральних причин, ніж від фізичних недуг, залишається, однак, відкритим.

Особлива, виняткова роль психо вегетативних розладів (невичерпного джерела соматичних скарг хворих) у розвитку тривожно-іпохондричних і вегетативної депресії нервотичного кола мають досить відносний, умерений характер. Найбільш переконливим і яскравим свідченням своєрідності і складності психосоматичних кореляцій стає клінічна картина депресивно-іпохондричних станів, коли соматичне і психічне настільки нероздільні, що кожне побоювання з приводу свого самопочуття відразу трансформується, за Н. Зосьше (1878), у докоринний факт і кожна тривожно-тужлива думка – у неприємне відчуття, що піддається відповідній інтерпретації і породжує усе більше нових соматичних порушень. Само знехтувана лікарня іпохондрія стає фокусом психосоматики, і у зв'язку з цим – психосоматичної медицини.

Питання розвитку і перебігу будь-якого патологічного процесу почали розглядати з позицій цілісного організму, і насамперед – усвідомленої або пірсвідомої установки на хворобу або практичне здоров'я. Прогресивні гасла про єдність душі і тіла зводило до суті суб'єктивних відчуттів і досить довільних психоаналітичних тверджень.

Відповідно до всеохоплюючої концепції пансексуалізму, булімія і деякі диспепсичні симптоми свідчать про потребу в любові і турботі або бажання вагтності; запори і спастичне скорочення кишечника – про тенденції до брідливості і педантизму або накопичення грошей і підвищення соціального престижу; поодинокі запори, розбитості і болю в поперековій ділянці – про виражений аналій еретицизм, іпохондрична фіксація на носі – про перенос статевого конфлікту на цей непарний орган, що посідає центральне становище і тому набуває фалічного значення; психогенні респіраторні розлади – про регресивну виявлену тугу за материнською любов'ю і прагнення до повернення в материнське лоно, у внутрішньо-утробний стан, коли ще не функціонує власна дихальна система. Хронічні іпохондричні страхи і побоювання розглядаються як результат витиснення сексуальних фантазій або переживань важкого внутрішнього конфлікту (наприклад, у зв'язку зі статевим потягом до певної жінки і відмовою від його задоволення шляхом мастурбації). ознаки інверсії, нарцисичної регресії або неусвідомленого гомосексуалізму виявляються психоаналітиками навіть в осіб зі скаргами на різь в очах від холодного вітру або паління і хворих з дійсно важким патологічним процесом, що нехтують обстеження і лікування у кваліфікованих фахівців.

Визнання впливу емоцій на виникнення і перебіг різних захворювань, у тому числі одержання певного пристосувального ефекту – необхідне в даний момент в інтересах цілісного організму. Будь-яка якісно окреслена емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями (спеціальна фізіологічна категорія динамічних інтегративних процесів, що поєднує кору головного мозку і підкорковий утвор). Подозвення про функціональну систему розшифровує і нормальні функції організму, і різні форми їхніх порушень, і компенсаторні процеси при відновленні порушеної функції, і такі поняття, як декомпенсація станя і видужання. Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює з біологічною роллю емоцій, філогенетично спрямованих насамперед на задоволення потреби у збереженні себе (цілісності свого "Я" із усіма його тілесними і психічними властивостями). Загальним біологічним знаменником, до якого емоція зводить всю інформацію, що надходить у мозок, стає, за П. К. Анохіним, "найбільш дрезнім і універсальним критерієм усного живого на землі – прагненням вижити". Саме емоції (перша панка в загальному панозі

приспосувальних процесів) виступають як такі форми реакцій, що, змінюючи одна одну, охоплюють весь організм і дозволяють йому з рятівною швидкістю відповідати на будь-які впливи навколишнього середовища ще до встановлення їх конкретних параметрів. Саме емоції визначають єдиний план в архітектурі живого організму, санкціонуючи або відкидаючи його різноманітні функції на підставі того самого принципу – наявності або відсутності емоції задоволення (єдиного нерідко критерію повноцінності і закінченості фізіологічного або поведінкового акту). Саме емоції (один із найбільш демонстративних прикладів соматовегетативної інтеграції – детально узгодженого плину центральних і периферичних процесів) детермінують усю життєдіяльність організму.

Функції емоцій зводяться до модифікації (переважно підвищення) енергетичних ресурсів організму, формування тенденції до підтримки (збільшення) або, навпаки, усунення (зменшення) контакту з фактором, що певним чином впливає на індивіда (цим визначається і знак емоції), і організації специфічних форм поведінки, що відповідають якісним особливостям впливаючого фактора. У людини емоції служать для оцінки не тільки біологічних і соціальних потреб, але й ступеня їх задоволення; навіть суто біологічні переживання стають при цьому соціально забарвленими.

Отже, емоції (абсолютний сигнал корисності або шкідливості будь-якого впливу, що викликає майже миттєву інтеграцію усіх функцій організму) набувають виняткового значення щодо всіх інших механізмів адаптації. Не випадково первинні відчуття примітивних тварин перетворюються і потім закріплюються в процесі еволюції в багатогранні емоційні стани. Цьому відповідає і поступове ускладнення нервової системи, функції якої в найпростіших живих організмів виконують практично найбільш древні медіатори – адреналін, ацетилхолін, гістамін та ін. Як показують ембріологічні дослідження, класичні медіатори (ацетилхолін і моноаміни) починають функціонувати як локальні гормони задовго до появи спеціалізованих нервових структур (у так званому донервовому періоді індивідуального розвитку) і лише пізніше, в онтогенезі, віддають цю функцію власне гормонам.

Необхідність вивчення конкретних механізмів психосоматичних кореляцій (шляхів трансформації негативних емоцій у ще фізіологічні, в межах норми, зворотні зміни або вже патологічні розлади) і встановлення дійсної питомої ваги психічного і соматичного у стані хворого (дійсного співвідношення органічних порушень якихось органів і систем, з одного боку, і внутрішньої картини хвороби – з іншого) все гостріше усвідомлюється зараз у всіх галузях практичної медицини.

Функціональні соматичні порушення не можна розглядати як щось лише випадково супутнє тривозі і депресії – це ті ж емоційні стани, реалізовані корою головного мозку при сприянні підкіркових утворень; незмінною опосередковуючою ланкою між складними функціями кори головного мозку і різноманітними процесами, що протікають у внутрішніх органах людини, виявляється гіпоталамічний апарат.

Кожне емоційне порушення обов'язково містить неспецифічний (вісцеро вегетативна реакція) і специфічний (відповідна інтерпретація індивідом вегетативних зрушень і сформованої ситуації в цілому) компонент. Чим сильніший або триваліший вплив негативних емоцій, тим значніші і стійкіші вісцеро вегетативні порушення, тим більше підстав для хронізації психосоматичних розладів і відповідно – іпохондричного розвитку особистості. Гальмування вісцеро вегетативних реакцій (насамперед за допомогою психофармакотерапії і психотерапії) зменшує інтенсивність негативних емоцій, що у свою чергу змінює і всю поведінку людини.

Встановлення спеціальної ролі емоцій у розвитку вісцеро вегетативної дисфункції не дозволяє говорити про відсутність депресивного афекту при іпохондричних розладах будь-якого генезу (навіть якщо у цих хворих немає усвідомленого почуття пригніче-



ності, туги і триагії). Формування вісцеро-вегетативної симптоматики (у тому числі і болювоні) зовсім не обов'язково свідчить про наявність якихось органічних змін внутрішніх органів або центральної нервової системи.

Відповідно до положення про вимушену діяльність робочого компонента функціональної системи будь-який орган може включатися в неї незалежно від периферичної аферентації. Численні і різноманітні робочі ефекти виражають дану емоцію з порядку вимушеного функціонування (за механізмом центральної інтеграції, що склалася при емоційному розряді у зв'язку з необхідністю постійного пристосування організму до умов безупинно змінного середовища). Будь-яка якісно окреслена емоція (наприклад, страх, коли домінуючою мотивацією стає збереження себе) виступає, за П. К. Анохіним, як "нестільки глибоко і стандартно організований комплекс процесів денцефального рівня", що розгортання його на периферії від коригуючих впливів і стану внутрішніх органів жодною мірою не залежить. Функціональні розлади внутрішніх органів пов'язаною з собою клінічне відображення загальної психовегетативної нестійкості індивіда (його конституціональної, соматогенної або ситуативно обумовленої емоційної нестабільності з феноменом вегетосудинної дистонії).

Включення емоції в поняття функціональної системи розкриває, що приховується за об'єктивною безпричинністю численних скарг функціональних хворих – суб'єктивну обгрунтованість. Ці скарги, розглянуті за відсутності переказливого матеріального субстрату страждання як чисто психічні (уявні), отримують наукове фізіологічне обгрунтування у світлі біологічної теорії емоцій. "Ці скарги за своєю фізіологічною сутністю є не чим іншим, як словесним звітом хворого про його емоційний стан і його суб'єктивне судження про локалізацію якийсь стимулу для цього емоційного стану, свідчення надзвичайної ролі афертивних розладів у житті людини і необхідності всебічного врахування їх у повсякденній лікарській практиці" (П. К. Анохін). Суб'єктивні скарги хворих у зв'язку з цим варто розцінювати як об'єктивну симптоматику, що підлягає спеціальному аналізу, хоча фізіологічні явища, що стоять за ними, і біохімічні процеси поки що не вдається ні виміряти, ні детально описати.

Чітко матеріалістичне обгрунтування з позицій теорії функціональних систем покладено в основу іпохондричних страхів і вибуховань почуття хвороби (таміє вловне почуття, за І. М. Сеченовим). Емоція вісцерального походження виникає як наслідок зустрічі видітного інтегрованого порушення, що обумовлює визначений периферичний ефект, потім аферентної імпульсації від органів дії (своєрідного аферентного чинника, що відображає частку участі кожного органа в адаптаційному процесі). Первинна позитивна емоція можлива лише при подіуму збігу точно приєднаних один до одного імпульсів, зв'язаних з реальним робочим ефектом, і заданих результатів дії, очікуваних на підставі попереднього досвіду. Найменше роз'єднання цієї поворотної імпульсації з даними так званого акцептора дії (динамічного апарата, що передбачає аферентні параметри, оптимальні для сформованої ситуації) негайно викликає почуття незадоволеності і занепокоєння, якогось соматичного неблагополуччя в організмі.

Теорія функціональних систем підводить фізіологічне обгрунтування і під надзвичайне розмаїття умовно-патогенних факторів, що зазвичай пов'язують з початком захворювання. Обов'язкова програма аферентних процесів, що формує якийсь фізіологічний акт у нормі і при патології, складається, за Анохіним, з 4 компонентів, що піддаються одночасній обробці з одночасною взаємодією й утворенням акцептора дії на рівні окремих нейронів: домінуючої в даний момент мотивації, причинної аферентації (також відповідно до даного моменту), пускової аферентації і, нарешті, пам'яті, що зберігає весь життєвий досвід індивіда. Усяка зміна порядку і послідовності або навіть проста затримка одного з цих інтегративних процесів призводить до дезорганізації даної функціональної системи і переходу емоції задо-

волення в емоцію негативного знака. У ролі пускового фактора, що викликає перетворення позитивної емоції в негативну, виступає і внутрішній конфлікт, і незвичайні стимули від внутрішніх органів або кровоносних судин, і всякі приводи, так чи інакше пов'язані з колишнім життєвим досвідом особистості, – коротше кажучи, будь-який екстеро- або інтерорецептивний подразник будь-якої біологічної модальності (зоровий, слуховий, больовий і т. д.).

Відсутність належної позитивної емоції відразу переносить фокус активності мозку в бік діяльного підбору інших комбінацій аферентних порушень, здатних дати повноцінний пристосувальний ефект і, відповідно, первинну позитивну емоцію. Виникнувши в ході еволюції як результат удосконалення аферентації, первинна позитивна емоція немає центрального характеру і за принципом умовного рефлексу не виробляється. Розгортаючись автоматично в залежності від повноцінності адаптаційного акту, вона виступає, за П. К. Анохіним, у якості своєрідного пеленга, що припиняє пошуки при досягненні пристосувального результату або, навпаки, знову і знову організовує їх на різній аферентній основі. Саме первинне емоційне відчуття (первинна форма суб'єктивного, що посідає проміжне становище між фізіологічними і психологічними категоріями) стає універсальним індикатором достатності і доцільності зробленого пристосувального акту.

Необхідно підкреслити при цьому діалектичний характер негативної емоції: сприяючи розвиткові психовегетативної дисфункції і безперечно дезорганізуюче впливаючи на поведінку, вона формує діяльність, спрямовану на зменшення або усунення шкідливих для індивіда наслідків. Особливого значення для виникнення психосоматичних розладів набувають парадокси негативних емоцій. Так, при виразній тенденції до самоідтримки (особливо ригідної, дуже розповсюдженої, наприклад, у пубертатному періоді або на підставі церебрального атеросклерозу) відмова від негативної емоції стає неприємною, а поринання в сум – утішним, і навіть страх містить можливість своєрідної насолоди. Інший парадокс властивий особам з рисами інфантилізму в характері: на відміну від добре інтегрованої людини (здатної до адекватної оцінки будь-яких обставин і підпорядкування усіх випадкових або ситуаційних інтересів домінуючій потребі) емоційні реакції в цих людей відповідають нерідко лише одній, непропорційно вираженій потребі даного моменту, що часом гостро суперечить основним інтересам особистості (бурхливі афективні спалахи можуть протікати в таких випадках на рівні самодеструктивної поведінки). Збільшення емоційного конфлікту (наступний парадокс) пов'язане з виникненням амбівалентних почуттів (якщо жодна з ряду негативних емоцій не одержує домінуючого значення).

У світлі загальнобіологічної теорії емоцій знаходять своє пояснення і надзвичайна розмаїтість сполучених з афективними переваженнями вісцеровегетативних розладів, і їх змінний характер. Функціональні системи складаються, за Анохіним, з динамічно мобілізованих систем у масштабі цілісного організму; навіть анатомічно віддалені структури і фізіологічні процеси можуть від'єднуватися в пошуках запрограмованого результату. Можливість включення у функціональну систему частини цілісних в анатомічному відношенні систем обумовлює невичерпні модифікації і різьчучу пластичність клінічної картини психосоматичного страждання. Екстрена мобілізація структурних утворень в умовах цілісного організму забезпечує ментальну побудову будь-яких малих комбінацій робочих ефектів (раптові, іноді під час бесіди з лікарем, зміни архітектоніки системи в пошуках очікуваного пристосувального результату). Психосоматичні розлади набувають безлічі подіб, змушуючи приписувати страждання то серцю, то шлункові, то спинному мозкові, то сечовому міхуруві.

Величезна роль кортикальних зв'язків у роздробленні багатомірного ефекторного комплексу емоції і переадресуванню всієї її сили на ті чи інші вісцеральні процеси означає можливість локальних психосоматичних розладів; як пускові механізми виступають при цьому не стільки периферичні, скільки коркові (найчастіше ятрогенні) імпульси, що

споконвічно визначають об'єкт (похондричної фіксації індивіда. Вирішальним фактором, що обумовлює виборче залучення якогось органа або фізіологічної системи в патологічний процес за принципом вимушеного функціонування (незалежно від периферичної еферентації), служить біологічна архітекніка самої емоції як цілісної функціональної системи. Будь-який з вісцеральних компонентів емоції і будь-яка комбінація цих компонентів (навіть в анатомічно віддалених областях) можуть стати ладом чи не єдиним клінічно очевидним проявом афекту.

Посилена в процесі еволюції роль кортикальних зв'язків дозволяє нам лише розчленовувати ефекторний комплекс емоції. Людина, що працює швидко і вміло, хвіст пальців в неї тремтять, здатна з холодною усмішкою наче збоку спостерігати наростаючі симптоми вісцеральної паніки. Переборення усвідомленого почуття тривоги або суму не послаблює вегетативних впливів емоцій на соматичні процеси. Йдеться про перенесення вираження емоції з одних ефекторних апаратів на інші, про явне домінування вегетативних і соматичних компонентів емоції над власне її психічними проявами.

"Тризале ступення в цілісній емоційній комплексі і переадресування всієї сили емоційного вираження на внутрішні зовні не констатовані процеси створює спільке патологічне підвищення тонуусу ряду внутрішніх органів", – пише П. К. Анохін, трактуючи саме в цьому плані все розмаїття психосоматичних страждань (так звані неврози серця, есенціальну гіпертензію, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, спастичні стани кишечника і т. д.).

Отже, емоційні стани, яким приписують хаотичність і дисгармонію, у дійсності підпорядковуються твердим причинно-наслідковим зв'язкам і протікають у рамках строгих нейродинамічних співвідношень. Усе нове, оригінальне, творче, що не піддається передбаченню, є результатом свідомих намірів і самостійної програми дій, роботи мислення, що спирається на закони логіки. Усе, що обумовлене емоціями, відрізняється стереотипністю, стійкістю і, незважаючи на розмаїття форм, – подібністю.

Фізіологічно закономірним результатом послідовного культивування так званих затриманих емоцій (пригнічення або витіснення одних компонентів емоцій і надмірної активації інших) стає за певних умов різна вісцеральна патологія – плата сучасної цивілізованої людини за уміння панувати собою.

#### 3.3.2. Психологічні особливості соматичних захворювань особистості

Вплив соматичного стану на психіку людини може бути як патогенним, так і саногенним (оздоровлюючим) (П. І. Сидоров, О. В. Парняков).

При одужанні від важкого соматичного захворювання щоденно водночас відбувається також і санація (покращення) психічного стану пацієнта: покращується настрій, з'являються бадьорість та оптимізм.

#### Вплив хвороби на психіку людини

Соматопсихічний напрямок, в центрі уваги якого було питання про вплив соматичної хвороби на особистість, закладено у працях психіатрів С. С. Корсакова, П. Б. Ганушкіна, В. А. Гіляровського, В. М. Бехтерева.

Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм патології. Відбуваючись від традиційної для вітчизняної медицини дихотомії "психіки та соматички" і переходячи до "холізму" (цілісності) особистості, можна виявити їхні взаємовпливи при захворюваннях. Адже ще Платон стверджував, що всякий розлад психіки чи соми є "наслідком диспропорції та порушення рівноваги між ними".

У практичній діяльності лікаря найбільше значення має патогенний вплив соматичного стану на психіку, тобто порушення психічної діяльності соматично хворої особистості

У літературі виокремлюють два основні види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку людини: соматогенний і психогенний. Зазвичай кожен з них не може виявлятися самостійно, а лише у певній єдності розладів психіки, але залежно від особливостей кожного захворювання ці компоненти виступають у різних співвідношеннях.

*Соматогенний вплив хвороби на психіку* зумовлений безпосереднім впливом на центральну нервову систему біохімічних чи фізіологічних чинників, пов'язаних з конкретною соматичною патологією, а також впливом больових відчуттів. Соматогенний вплив найбільш яскраво виявляється при злоякісних пухлинах у зв'язку з інтенсивним больовим синдромом, при захворюваннях нирок – через інтоксикацію, при серцево-судинних і легеневих захворюваннях – внаслідок кисневого голодування. Комплекс порушень у нервово-психічній сфері людини при больовому синдромі, кисневому голодуванні та при інтоксикації називають *соматогенією*, яка може виявлятися у різноманітних психічних розладах, починаючи від неврозподібних розладів і до психотичних станів з маячню та галюцинаціями. Та зазвичай інтоксикаційний вплив на центральну нервову систему при соматичних захворюваннях незначний. Значно істотніше на психіку особистості впливає власне факт захворювання та його ймовірні наслідки, тобто ми можемо говорити про психогенний вплив хвороби на психіку, який виявляється у погіршенні самопочуття, появі неприємних обтяжливих та обмежуючих хворобливих відчуттів, астенії.

### **Психічні порушення при соматичних захворюваннях**

Залежно від особливостей виникнення, перебігу та прогнозу соматичних розладів формуються і психічні порушення, може змінюватися поведінка пацієнта та його ставлення до хвороби і свого оточення. Надмірна дратівливість, плаксивість, агресивність, зниження порогу чутливості, зміни сну і апетиту, підвищена тривожність, демонстративність – далеко не повний перелік психічних змін, які виявляються у хворих із соматичною патологією.

На вираженість, тривалість та зміни психічної діяльності впливає виникнення та перебіг соматичного захворювання.

Соматичні захворювання часто спричиняють розвиток різних психічних розладів, які часто називають "соматично обумовленими психозами" (К. Шнайдер). Найчастіше при соматичних захворюваннях зміни психічної діяльності виражаються невротичними симптомами.

Клінічна картина соматогенних розладів залежить від характеру основного захворювання, ступеня його важкості, етапу перебігу, рівня ефективності терапевтичного впливу, а також від індивідуальних властивостей хворого: спадковості, конституції, преморбідного складу особистості, віку, статі, реактивності організму, наявності попередніх шкідливих чинників (С. Г. Жислін). При вираженій інтоксикації і блискавичному перебігу захворювання можливий розвиток соматогенних психозів, що супроводжується станами зміненої свідомості. Такі соматичні хвороби, як цукровий діабет, атеросклероз чи гіпертонічна хвороба, можуть призводити до виникнення психоорганічних розладів.

Тривале соматичне захворювання, що обмежує соціальну активність та трудову діяльність пацієнта, часто призводить до патологічного розвитку особистості.

### **Непсихотичні розлади психіки у соматичних хворих**

Б. В. Михайлов виокремлює три основні групи непсихотичних розладів психіки у хворих із соматичною патологією.

*Соматогенний астеничний симптомокомплекс, що сформувався в результаті нейротоксичного та психотравмуючого впливу соматичних захворювань*, утворюється

в результаті зміни біосоціального статусу особистості, що виникла незалежно від її суб'єктивно-вольової сфери під впливом хвороби. Розлади виявляються у неростанні невротичних скарг по мірі тривалості хвороби. Загальна астения, зниження концентратції, погіршення пам'яті, дратівливість, перепади настрою (з тенденцією до туплого), розлади сну, головні болі.

**Гострі невротичні розлади, які виникли у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм**, відзначаються у пацієнтів з преморбідними акцентуаціями характеру і виявляються невротичними розладами, що відповідають клініці неврастенії, дисоціативних і обсесивно-компульсивних розладів і за своєю інтенсивністю переважають симптоматику соматичного захворювання, яке інтерпретується актуальною психотравмою.

**Непсихотичні розлади із затяжним перебігом, на фоні якого розвивається соматичний розлад**, виявляються невротичною симптоматикою, яка, втративши зв'язок із психотравмою, супроводжується усвідомленням хворобливості свого стану, наростанням вегетативних та соматовісцеральних компонентів та подальшим формуванням психопатизації особистості хворого, проявами ригідності та дезадаптації.

### 3.3.3. Внутрішня картина хвороби

Внутрішня картина здоров'я – складова самосвідомості, певне уявлення особистості про її власний фізичний, психологічний та соціальний стан, яке супроводжується своєрідними емоційними проявами.

Хвороба як патологічний процес двоєко бере участь у побудові внутрішньої картини хвороби, з одного боку – у вигляді тілесних відображень (загальних і місцевих), що дають змогу отримати його на сенсорному рівні, а з іншого – хвороба певним чином обмежує попередню свободу особистості, що накладає відбиток на власну оцінку хвороби і формує ставлення до свого захворювання.

Проблему цілісного розглядання особистості і хвороби досліджували М. Я. Мудров, С. П. Боткін, Г. А. Захар'їн, М. І. Пирогов та інші. Пізніше цей клініко-особистісний підхід розвивався на підставі положень нервізму – І. М. Сеченов, І. П. Павлов – і кортико-вісцеральної теорії – К. М. Биков, І. Т. Курцин. На підставі цих досліджень з'ясувалося, що у механізми взаємного впливу та взаємовідношення психіки і соми значну роль відіграють так звані механізми замкненого кола. Йдеться про те, що будь-які розлади, що сформувалися у психічній сфері, призводять до порушень у соматичних функціях (і навпаки), а ті, у свою чергу, провокують виникнення нових або ускладнення попередніх психічних розладів. Саме таке замкнене коло й створює цілісну картину хвороби. Завдяки цьому й сформувалося наукове розуміння психосоматичних зв'язків, а також, на підставі досліджень С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Пляровського, В. М. Бехтерева, виник соматопсихічний напрямок медицини, в центрі уваги якого стоїть питання про вплив соматичної хвороби на особистість.

Суб'єктивно-психологічно-складовою хвороби, тобто картиною, яку створює собі уявляючи особистість на підставі інтерпретації власних уявлень, відчуттів, переживань, пов'язаних із хворобою, – називають автопластичною картиною хвороби (А. Гольдшайдер)

Концепцію внутрішньої картини хвороби (ВКХ) запропонував Л. Р. Пуря, на думку якого, суб'єктивні скарги хворого не відповідають внутрішній картині хвороби. А сутність суб'єктивного ставлення до хвороби полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу хвороби, когнітивній оцінці її важкості та прогнозу, що в результаті призводить до формування емоційного та поведінкового патерна. Структура внутрішньої картини хвороби у відношенні як сенситивної, так і інтелектуальної частини автопластичної картини хвороби

істотно залежать від особистості хворого, його загального культурного рівня, соціального середовища і виховання, і у зв'язку з цим може виявлятися на різних рівнях: на рівні відчуттів – бопем, на емоційному рівні – різноманітними видами емоційного реагування, на раціонально-інформаційному рівні – розмірковуваннями та уявленнями про причини та наслідки хвороби, на мотиваційному – змінами поведінки і звичного способу життя.

На підставі цього пацієнт створює модель захворювання, тобто власне уявлення про його етіопатогенез, клініку, лікування і прогноз, що визначає *масштаб переживання* і поведінки загалом. Оскільки створення моделі хвороби особистості ніколи не співпадає з об'єктивною її реальною картиною, у пацієнта виникає своєрідне переживання хвороби та її усвідомлення.

Масштаб переживання хвороби (її значущість) у сприйманні хворого може бути як адекватним, так і перебільшеним або применшеним, аж до повного заперечення хвороби як такої.

Залежно від характеру, темпераменту хворого, його особистісних особливостей, а також в результаті виникнення хвороби, людина виявляє різні типи нормальної реакції на неї. При адекватному типі реагування (нормнозогнозії) власне оцінювання пацієнтом свого стану і перспектив загалом співпадає з оцінкою лікаря. При гіпернозогнозії хворі зазвичай переоцінюють значимість окремих симптомів і хвороби в цілому, або ж недооцінюють їх (гіпнозогнозія) аж до варіанта повного заперечення (анозгнозія). Окрім кількісних відмінностей, в оцінюванні хвороби спостерігаються і якісні – диснозогнозії, тобто спотворення сприймання симптомів хвороби, пов'язане переважно із страхом перед наслідками хвороби. Тому одним із важливих завдань медичного психолога є корекція як самої моделі внутрішньої картини хвороби, так і масштабу її переживання.

Існують також інші поділи типів реагування на захворювання, наприклад на: *астенічний*, що виявляється у песимістичному ставленні до хвороби, але передбачає пристосування до неї; *стенічний*, що полягає у неможливості виконання необхідних обмежень способу життя, незважаючи на активне прагнення до лікування; а також *раціональний*. Б. О. Якубов психічне реагування на хворобу поділяє на: *співдружну реакцію*, при якій пацієнт, абсолютно довіряючи лікареві, усвідомлює свою хворобу, ретельно і чітко виконує всі його приписи та рекомендації; *спокійна реакція* відрізняється від співдружної лише обмеженим усвідомленням власної хвороби; *неусвідомлювана реакція* – виявляється психологічним захистом; а також значно складніші у плані корекції – *слідова реакція* з'являється вже після успішного одужання і полягає у іпохондричних реакціях, що призводять до депресивних симптомів і астенізації через переконаність пацієнта у хронізації його захворювання та очікуванні ускладнень і смерті; *негативна реакція*, сформована через недовіру до конкретного лікаря, методів лікування і медицини загалом, виявляється у нехтуванні приписами і вказівками лікаря, конфліктах з ним; *панічна реакція*, небезпечна через недовіру пацієнта до лікаря та намагання отримати медичну допомогу одразу від кількох фахівців, що може призводити до спроб поєднання несумісних лікарських препаратів або відмови від їх застосування; *руйнівна реакція*, при якій пацієнти не дотримуються вказівок та призначень лікаря, не визнають у них наявності хвороби, що може призвести до значних ускладнень або смерті пацієнта.

Окрім нормальної реакції на хворобу, можуть формуватися й патологічні форми, що зазвичай пов'язані із наявністю у пацієнта супутнього захворювання у вигляді психічного розладу – депресивна, фобійна, істерична, іпохондрична, ейфорійно-анізогнозична та багато інших.

*Ставлення до хвороби* впливає з поняття усвідомлення хвороби і формує відповідне реагування на хворобу. Ставлення складається зі сприймання власної хвороби,

її оцінки, переживаль, пов'язаних з нею, і намірів та вчинків, що впливають з такого ставлення (Рохліл Л.Л., Скворцов К.А.)

Личко А.С., Іванов М.Я. виокремили типи ставлення до хвороби на підставі акцентуації характеру особистості. Гармонійний тип полягає у раціональній оцінці хвороби, її небезпеки, можливих ускладнень та перспектив; ергопатійний – у намаганні схватитися від хвороби в роботі; епізонозичний – у наполегливому відкиданні думки про хворобу; тривожний – у базисперераній (і часто безпідставній) тривожності, яка може зростати під впливом віри у прикмети або дещо зменшується при виконанні певних ритуалів; іпохондричний – у перебільшеній увазі до суб'єктивних відчуттів і реакцій організму (з тенденцією до їх перебільшення); неврастеничний – у типовій невротичній поведінці, прояві якої пов'язані з самопочуттям пацієнта; меланхолійний – у зневірі в одужання, депресивних проявах (із суїцидальними тенденціями); елатичний – у збайдужінні до власної долі (однак з пасивним виконанням усіх лікарських приписів); сенситивний – у надмірній чутливості щодо впливів (зазвичай уявних) на ставлення до нього близьких та знайомих; егоцентричний – перебільшеній демонстрації своїх страждань та вимогах особливого ставлення до себе; параноїальний – у впевненості в зумисному завданні шкоди його здоров'ю, і дисфоричний – у заздрості та ненависті до усіх здорових людей.

Також при лікуванні пацієнта слід враховувати амбівагентне ставлення хворого до своєї хвороби, яке полягає у традиційно негативному її розумінні і поєднанні з позитивним, що зумовлене отриманням вторинної вигоди. Р. Конольний і М. Боухал виокремили т.зв. *нозофільно-утилітарну особистісну реакцію*, що виявляється у певному задоволенні та навіть отриманні приємних відчуттів від хвороби. Вищим проявом нозофільної реакції, що має потрібне мотивування: одержання співчуття, вихід із неприємної ситуації, одержання матеріальних вигод тощо, розглядають агравацію – мимовільне намагання посилити симптоматику захворювання і суб'єктивних скарг, *симуляцію* – зумисне зображення певної хвороби (нерідко за допомогою медикаментозних засобів) і *дисимуляцію* – приховування хвороби та її ознак.

У ставленні людини до своєї хвороби в динаміці можна виокремити такі етапи:

- *домедичний* – триває від моменту появи перших ознак хвороби до моменту першого звернення до лікаря;
- *пошки життєвого стереотипу* – фаза, коли хвороба змушує пацієнта відмовитися від попереднього способу життя та істотно обмежити свою професійну, соціальну і особистісну активність;
- *адаптації до хвороби* – фаза, коли хворий уже пристосувався до наявності у нього хвороби, що знижує почуття напруженості, невпевненості у майбутньому і безвиході;
- *капітуляція* – фаза, коли хворий погоджується з долею, розуміє обмеженість можливостей медицини для його одужання, не шукає нових методів лікування;
- *формування компенсаторних механізмів пристосування до життя, установки на отримання якихось вигод від хвороби* (рентні установки).

Для медичного психолога дуже важливо вміти оцінювати ставлення пацієнта до хвороби, особливості його типу реагування на хворобу та розуміти, на якому етапі реагування зараз перебуває хворий. Це дає змогу оптимізувати процес лікування за рахунок вироблення у пацієнта ставлення до хвороби, яке б сприяло його швидкому одужанню та применшувало б його страждання. Окрім того, потрібно пам'ятати про особливості ставлення до хвороби залежно від віку, статі та особливостей пацієнта.

Серед особливостей ставлення до хвороби, що корелюють зі статтю, загальновідомий факт, що жінки значно більше витривалі до болю. Жінки також легше за чоловіків переносять ситуацію втрати чи обмеження руховості.

Залежність ставлення до хвороби істотно залежить і від віку пацієнта. Найважчими психологічними переживаннями на початкових етапах для підлітків і дітей є хвороби, які спотворюють їхній зовнішній вигляд (опіки обличчя, поліомієліт, сколіоз, ожиріння). У людей середнього віку на перший план виступають хвороби, які можуть призвести до інвалідизації або набути хронічного перебігу, а у людей похилого віку – ті, що можуть закінчитися летально або призвести до втрати можливості самостійного життя і догляду за собою (інсульт, паралічі).

Серед особистісних особливостей пацієнта особливо значний вплив на ставлення до хвороби справляє темперамент. Екстраверти менш чутливі до будь-якої стимуляції, ніж інтроверти, і більше схильні до фрустрації у випадку необхідності обмежити свою фізичну, а також соціальну і професійну діяльність.

### 3.3.4. Основні принципи психологічного аналізу змін психіки у соматичних хворих

Сучасна концепція хвороби вимагає врахування всієї сукупності змін, які стосуються біологічного рівня порушень (симптоми та синдроми), а також соціального рівня функціонування пацієнта зі зміною рольових позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування; з переходом у принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, приписами і обмеженнями.

Як уже згадувалося, вплив соматичного стану на психіку може бути як саногенним, так і патогенним. У науковій літературі країн, які входили до складу СРСР, для означення психогенних реакцій, які виникають у зв'язку з соматичним захворюванням, застосовують термін "нозогенії", який передбачає врахування двоскладової природи реактивних станів, структура яких розгортається у психопатологічній площині, що має відповідні синдромальні властивості, і психологічній, яка відображає усвідомлення індивідом свого "тілесного Я", його "ставлення", "усвідомлення", "суб'єктивне сприймання" хвороби, суб'єктивний сенс захворювання, самооцінку стану здоров'я.

Структура нозогенії детермінується психологічними, соціальними, конституціональними і біологічними факторами. Для визначення психологічного рівня у вітчизняній психології використовують термін "внутрішня картина хвороби".

В численних публікаціях описані особливості психічної сфери хворих тих чи інших соматичних захворюваннях. Існують спроби їх систематизації і класифікації. На сьогодні рекомендованою до застосування є класифікація, розроблена співробітниками НЦПЗ РАМН під керівництвом проф. А. Б. Смулевича.

### 3.3.5. Формування невротичних реакцій у соматичних хворих

Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм клінічної патології. Та при деяких захворюваннях психосоматична генеза та соматопсихічний компонент якщо не в походженні, то у виникненні та перебігу захворювання виявляється особливо демонстративним. Усвідомлення цілісності та єдності соматичного і психічного впливає на визначення етіологічних і патогенетичних факторів у розвитку як соматопсихічних захворювань, розробку нових діагностичних методик та методів психопрофілактики і реабілітації.

Підхід до хвороби з позицій єдності соматичного та психічного компонентів, дозволить створити програми попередження виникнення даних розладів шляхом проведення психологічної роботи з групами ризику і пом'якшення впливу преморбідних особливостей особистості.



Актуальність диктується як логікою наукових досліджень в галузі клінічної психіатрії, так і потребами практичної медицини та практичної психології. В цілому ряді досліджень продемонстровано, що нозогенії є одним із провідних факторів, які визначають поведінку хворих, в тому числі ступінь дотримання лікарських рекомендацій.

У ряді випадків, реакції, що асоціюються із проявом тривоги, депресії, іпохондрії, можуть стати передумовою для надто частих – неадекватних об'єктивної важкості соматичного страждання – звернень за консультаціями в медичні заклади, та для надмірної жорсткості обмежувального режиму, передозування медикаментозних засобів, збільшення тривалості госпіталізації.

Поляри у медицині принципово нових методів лікування призвела до значного скорочення смертності, збільшення числа станів, при яких досягнення потрібного рівня контролю над симптомами хвороби дозволяє не тільки продовжити тривалість життя пацієнта, але й значною мірою, повернути йому працездатність. Водночас, даний підхід до здійснення лікувального процесу неможливий без дослідження між пацієнтом та лікарем терапевтичного альянсу, який виключає розробку індивідуального плану довготривалого лікування, що ґрунтується на ознайомленні пацієнта із сучасними уявленнями про терапію захворювання, навчання його звичкам розпізнавання ознак загострення соматичного страждання, методам самостійного моніторингу важкості перебігу захворювання. Однак намагання реалізації таких програм нашітовалися на суттєві труднощі, пов'язані із неможливістю добитися від пацієнтів необхідного рівня комплаєнсу (англ. *compliance* – згода).

Нозогенні реакції можуть проявлятися патологічними запереченнями хвороби, асоціюватися з першим виконанням медичних рекомендацій, несвоєчасним зверненням за медичною допомогою, небажанням пацієнтів виключити контакти із факторами, що провокують напад та загострення захворювання, відмовою від довгострокової підтримуючої терапії, ухиленням від лікарських оглядів у межах динамічного спостереження, пізнім зверненням за медичною допомогою.

### 3.3.6. Нозогенії (психогенні реакції) при соматичних захворюваннях

**Нозогенії** (нозогенні реакції) – психопатологічно завершені психогенні розпади, що маніфестують у зв'язку з соматичним захворюванням (А. Б. Смуловіч). Описують сутяжні (Clayer J.), депресивні (Rabinowitz B., Deluze L.) стани, а також реакції, які перебігають з патологічним (дезадаптивним) запереченням хвороби і вираженою аутоагресивною поведінкою (Druss R.).

Перші серйозні дослідження нозогенних реакцій з'являються на початку XX ст. завдяки численним дослідженням радянських вчених. Проблему цілісного розглядання особистості і хвороби досліджували М. Я. Мудров, С. П. Белкін, Г. А. Захар'їн, М. І. Пирогов та інші. Пізніше цей класико-особистісний підхід розвивався на підставі положень нервізму – І. М. Сеченов, І. П. Павлов, і кортико-вісцеральної теорії – К. М. Биков, І. Т. Курйін. Саме вони вперше звернули увагу, що в рамках мозорик (пограничних) станів, які традиційно відносилися до соматогенних, можуть виявлятися і психопатологічні симптомокомплекси, що зіставляються з нозогеніями. Особливо інтенсивно дослідження проводилися з середини XX ст., коли внаслідок розвитку фармакології, що запропонувала нові ефективні медикаментозні засоби, удосконалення техніки органозамісних та органозберігаючих оперативних втручань, трансплантології, сучасної високоточної діагностики значно підвищився рівень медичного обслуговування і знизилась смертність, та водночас особливо виразно почали виявлятися ускладнення у формі нозогенії. З'явилася загальна потреба лікування таких пацієнтів, що вимагало досягнення певного рівня розуміння та "партнерства" між пацієнтом та лікарем (т. зв. терапевтичний альянс).

Загалом нині усі клініцисти погоджуються з тим, що частота нозогеній значно перевищує частоту усіх інших психічних розладів, які зустрічаються у загальномедичній практиці.

Факторами ризику виникнення нозогеній є: гострі і загрозливі для життя стани (наприклад, інфаркт міокарда), гострі порушення кровообігу мозку та злоякісні пухлини, хвороби, що потребують хірургічного втручання (перитоніт, міома матки, катаракта, нирковокам'яна хвороба тощо), хвороби, які негативно впливають на якість життя пацієнта (загрозливі щодо втрати працездатності і такі, що можуть призвести до інвалідизації): цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та ін. З-поміж конституціональних аномалій на перший план виступають: соматопатія, що виявляється іпохондричною акцентуацією з боязким саможстеререженням, психологічною установкою на уникання небезпеки і схильністю до виявлення вазовегетативних розладів; а також соматотонія, що характеризується стенічною акцентуацією, психологічною установкою на ризикову поведінку, яка поєднується із впевненістю у власній витривалості, стійкості до зовнішніх впливів), котрі асоціюють з гіпер- та гіпнозогнозичними нозогенними реакціями.

На психологічному рівні виокремлюють два основні клінічно гетерогенні типи нозогеній – гіпер- і гіпнозогнозії, які диференціюють залежно від способу формування образу хвороби, провідної модальності реагування, а також суб'єктивної локалізації контролю.

Гіпернозогнозія визначається високою значущістю соматичного страждання, егосинтонним ставленням (спорідненість "Я"), що відповідає сприйняттю пацієнтом свого захворювання як дифузного, неструктурованого, невіддільного від власної особистості феномену, а саме соматичне страждання сприймається як сукупність загрозливих для життя симптомів захворювання, у реагуванні на котре переважає емоційна модальність (страх, тривожність, пригнічення). Гіпернозогнозичні реакції (з високим рівнем соматичного страждання) поділяються на тривожно-фобічні, соматизовані, депресивні, іпохондричні (за типом ригідної іпохондрії або іпохондрії здоров'я), сенсоритивні, сутяжні, параноїчні (з надцінними ідеями реформування і раціоналізації терапії).

Для гіпнозогнозії притаманна сукупність протилежних ознак – тенденція до недооцінювання серйозності соматичного страждання, яке сприймається як сукупність інформації про наявне соматичне неблагополуччя, а також егодистонне ставлення до проявів захворювання, впевненість у можливості самостійного опанування нею, підтвержене когнітивно-біхевіоральним реагуванням. До складу гіпнозогнозичних реакцій включають істеричні (синдром "прекраснодушної байдужості"), маніакальні (ейфорична псевдодеменція), психопатичні (патологічне заперечення хвороби).

Лікування нозогеній проводять із застосуванням психотерапії, яка повинна допомогти хворому віднайти особистісний сенс у лікувальному процесі, та медимекаментозно (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики). Однак гіпнозогнозичні реакції практично резистентні до психофармакотерапії. У разі своєчасної діагностики та адекватної терапії нозогенії сприяють усім лікувальним заходам, полегшують профілактику як медичну, так і соціально-психологічну.

### 3.4. Психосоматичний підхід у медичній психології

#### 3.4.1. Поняття психосоматичного розладу

Незважаючи на те, що феномен психосоматичного розладу, як вегетативна реакція на негативні емоції, був відомий давно, перше визначення психосоматичних розладів зробив S.L. Halliday у 1943 році: "Психосоматичним захворюванням слід вважати таке,

природу якого можна зрозуміти лише зі встановленням безумовного впливу емоційного фактора на фізичний стан". За визначенням Дж. А. Віттера, психосоматичне захворювання, по-перше, має функціональний, а не структурний характер, хоча згодом може стати причиною структурних змін в організмі, по-друге – викликається неадекватним стимулом, по-третє – є неадекватною реакцією (переважно завищеною) організму на стимул, по-четверте – зароджується у минулому в момент, коли виникли екстремально неприємні відчуття, по-п'яте – ґрунтується на механізмі фіксування реакцій, шосто – характеризується тимчасовими змінами свідомості, коли людина живе власним минулим.

За визначенням А. Б. Смулевича, психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, що виникають на підставі взаємодії психічних і соматичних факторів і виявляються соматизацією психічних порушень, психічними розладами, що відображають реакцію на соматичне захворювання, або розвитком соматичної патології під впливом психогенних факторів. Як видно з визначення, психосоматичні розлади неологічно неспецифічні, тобто вони можуть зустрічатися при різних захворюваннях.

Значення терміну "психосоматичний розлад" логічно випливає зі слів, що його складають ("душа" і "тіло") – це розлади у функціонуванні внутрішніх органів чи систем людини, формування і перебіг яких безпосередньо пов'язані з особливостями психічного реагування особистості або під впливом психічної травми, стресу та інших потужних психологічних чинників. У літературі ним позначають науковий напрямок, який досліджує взаємний вплив психіки і функцій організму, а також вплив (у т. ч. й патогенний) емоцій на функціонування організму та формування його розладів. Та водночас психосоматика – напрямок медицини, що досліджує і лікує патологічні соматичні розлади, зумовлені психогенними чинниками.

Психосоматичний напрямок – це не самостійна медична галузь, це підхід, що враховує усе різноманіття як фізіологічних, так і психологічних, соціально-психологічних та екологічних причин, які призводять до виникнення у людини хвороби. Досить чітко розмежування поля зацікавлення у фахівців різних лікарських спеціальностей та їх погляд на людину як на біологічний індивідуум, а не на особистість, і призвели до створення цінностей та ідей у лікарській діяльності. Психосоматичний підхід, який об'єднує досягнення і медицини і психології, завдяки різноманіттю методів і технік дослідження і лікування, дозволяє працювати з людиною цілісно.

Проблема психосоматичних співвідношень – одна з найскладніших проблем сучасної медицини, незважаючи на те, що тісний зв'язок між психічним і соматичним вивчають протягом кількох століть.

Відомо, що за час еволюційного розвитку людини вона не лише фізіологічно та анатомічно пристосувалася до довкілля, а й істотно змінився універсальний механізм пристосування її психіки до навколишнього середовища. Вчені вважають, що у процесі еволюції також з'являлися нові та розвивалися і видозмінювалися наявні поведінкові симптоми і синдроми. В першу чергу йдеться про необхідність пристосовуватися не лише до примітивних фізіологічних потреб та уникати загроз, а знаходити шляхи подолання нових невідомих труднощів, пов'язаних з гнучкістю і міцністю не кісток і м'язів, а психологічних процесів та емоцій. Зважаючи на нетривалий (з історичної точки зору) період, протягом якого у людини сформувалися психічні процеси, вони не набули необхідної для "безконфліктного та баземоційного" життя сили і не закрилися на генетичному рівні. Водночас емоції, що споконвічно покликані мобілізувати організм на захист, тепер значно частіше пригнічуються, пристосовуються до соціальних умов, в відтак – "ламаються", і замість допомоги у функціонуванні особистості призводять до її руйнування.

Про такі особливості психіки людини вчені знали з давніх часів. Згідно з ученнями Гіпократичної школи Косси хворобу трактували як порушення відношень між суб'єктом і дійсністю. Однак у школі анатомів Кнідоса її розглядали як порушення певної матеріальної структури. Ці два підходи в подальшому протягом багатьох століть відображалися у різних підходах до лікування пацієнта і хвороби. Ще Платон в діалозі "Хармід" писав: "...тіло не можна лікувати без душі. Адже від душі іде все – і добре, і погане – як на тіло, так і на усю людину...", а душа повинна лікуватися особливими цілющими розмовами", чим уперше висловив психосоматичний підхід у медицині.

Спираючись на постійні нові відкриття та досягнення в галузі анатомії, мікробіології, нейрофізіології, аж до початку XIX ст. в медицині панував суто "соматичний" підхід. У літературі термін "психосоматика" вперше застосував у 1818 р. німецький лікар з Лейпцига J. Heiphoth, який визначив причини безсоння як психосоматичні: "Причини безсоння звичайно психічно-соматичні, однак кожна життєва сфера може сама по собі бути достатньою їй підставою". У 1822 р. німецький психіатр М. Якобі для пояснення виникнення захворювань запропонував поняття "соматопсихічне" як протилежне й водночас доповнююче щодо "психосоматичного". А у 1824 р. Groos писав про шкідливий вплив "пристрастей на тіло".

Та до лікарського та психологічного лексикону термін "психосоматика" увійшов лише через 100 років потому, спираючись на теорію стресу Г. Сельє, теорію невризму І. М. Сеченова і психофізіологічні вчення І. П. Павлова, а також завдяки віденським психоаналітикам, які, ґрунтуючись на психоаналітичному вченні З. Фрейда, психосоматичну медицину позначили як "прикладний психоаналіз у медицині", Серед тих, хто розвивав цей напрямок, варто назвати таких відомих аналітиків, як Адлер, Сонді.

Перші дослідження психосоматичних розладів та узагальнення щодо їх перебігу та лікування зробили Ф. Александер та Ф. Данбар, а також І. Вольф, який у книзі "Стрес і хвороба" зробив перше психофізіологічне обґрунтування психосоматичних розладів. Хоча в 1960–70 роки радянськими науковцями (Т. І. Царегородцев, Н. С. Лебедінський, К. Н. Биков, І. Т. Курцин) проводились окремі дослідження щодо психічного впливу на виникнення, перебіг і лікування психосоматичних розладів, більшого поширення на пострадянському просторі психосоматична медицина набула у посттоталітарний період.

Особливістю психосоматичних захворювань є те, що їх важко діагностувати і більшість пацієнтів лікуються у лікарів загального профілю, отримуючи при цьому лише незначне короткотривале покращення самопочуття і не досягаючи повного одужання. За даними ВООЗ, понад 40 % усіх пацієнтів, які лікуються у лікарів загального профілю, належать до групи т. зв. психосоматичних хворих, тобто практично кількісно не поступаються гострим респіраторним захворюванням. Також за даними ВООЗ кожна людина хоч раз у житті мала депресію, що виявлялося у незначних соматичних розладах.

Загалом слід зазначити, що психосоматичні впливи досліджують науковці не лише з позиції медицини, а й з різних галузей знань: фізіології (для дослідження фізіологічних процесів формування розладів), психології (для дослідження психологічних чинників, що призводять до формування розладу), психіатри (для пошуку адекватних впливів на розлади психіки, що призводять до формування психосоматичних розладів), соціологи (для з'ясування впливу соціальних чинників на формування психосоматичного розладу) та ін.

#### 3.4.2. Класифікація психосоматичних розладів

Існує багато підходів до класифікації психосоматичних розладів. Деякі вчені поділяють їх на психогенні, що супроводжуються незначними функціональними порушеннями, а також на фізіологічні та соматопсихічні розлади, які фактично відповідають фізіологічним корелятам афекту або психосоматичним синдромам.

- **Конверсійні симптоми** – виникають як соматична відповідь (переважно у вигляді істеричних паралічів, парестезій, больових феноменів, психогенних слюпоті, глухоти, блудання) на невротичний конфлікт та зазвичай символізують як саму сутність і причину конфлікту, так і спробу його вирішення.
- **Функціональні синдроми**, до яких зараховують усі скарги та симптоми, що наявні у пацієнта і не складають цілком соматичної нозологічної форми. В цю групу входять усі "неправильні" скарги на функціонування серцево-судинної, травної та сечостатевої системи, рухового апарату, органів дихання. Сама такі прояви Ф. Александер назвав органічними неврозами та описав як супровідні ознаки емоційної напруги без характерних рис.
- **Психосоматози** – психосоматичні хвороби, що виникають як реакція на конфліктне переживання, що ґрунтується на певних морфологічних змінах та патологічних порушеннях у певних внутрішніх органах. У поняття "психосоматози" спершу об'єднали захворювання, у виникненні яких значну роль відігравали несприятливі психологічні фактори: артеріальна гіпертензія, шемічна хвороба серця, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, нейродерміт (псоріаз), виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт і гіпертиреозидний синдром – т. зв. "чиказька сімка" Ф. Александера.

Інші поділяють психосоматичні розлади на істеричну конверсію і власне соматизацію. В МКХ-10 психосоматичні розлади класифікують у різних роздлах: невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади, поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами, а також органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади.

У радянській, а зараз – в українській і російській психологічній і медичній літературі до психосоматичних розладів включають не лише суто психосоматичні захворювання, а й соматизовані розлади і патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання, а також психічні захворювання, ускладнені соматичними розладами, як-от: депресія, афективні тривожні розлади, астеничні стани.

А. Б. Смулович, виходячи зі структури психосоматичних співвідношень, виділяв 4 групи психосоматичних станів:

1. Соматизовані психічні (соматоформні) розлади, що формуються при невротичних або конституціональних розладах (неврози, неврозоподібні).
2. Психогенні реакції (нозогенні), що належать до групи реактивних станів і виникають у зв'язку з соматичним захворюванням – яке відіграє роль психотравмуючої події.
3. Реакції за типом симпометричної лабільності – психосоматичні захворювання в їх традиційному розумінні.
4. Реакції екзогенного типу (соматогенні), що належать до категорії симптоматичних психозів і маніфестують під впливом соматичного захворювання на периферію сфери.

Окрім того, до психосоматичних розладів А. Б. Смулович вважав за доцільне зараховувати стани, пов'язані з репродуктивною функцією жінки: передменструальний синдром, перед- і післяпологові депресії, смуток породілля та зволіційну істерію. Зараз усе більше кількості клініцистів вказують на психосоматичну природу виникнення у деяких пацієнтів інфекційних, онкологічних хвороб, туберкульозу.

#### **Класифікація психосоматичних розладів за E. Bleuler**

Блейлер запропонував умовний розподіл пацієнтів за психосоматичними розладами на 3 основні групи.

**До першої**, на його думку, належать психосоматози, що ґрунтуються на перемінній тілесній реакції, яка виникла аналогічно переживань, пов'язаних з патологічними змінами

в органах. Характерно, що такі захворювання переважно виникають в ранньому юнацькому віці, а в подальшому – набувають хронічного перебігу з рецидивами, які виникають внаслідок істотного психічного стресу. Відзначається спадкова схильність до виникнення таких захворювань. До цієї групи належить "чиказька сімка" Ф. Александра.

**У другу** групу автор зараховує психосоматичні функціональні синдроми, т. зв. соматизовані форми неврозів. Особливість цих розладів полягає в тому, що вони є наслідком фізіологічного відображення емоцій або психічних станів. У першу чергу йдеться про ендogenous депресії, симптоми яких імітують симптоми певного соматичного захворювання. Окрім прихованої депресії, до цієї групи належать мігрень, сексуальні дисфункції та психогенні розлади функціонування органів дихання (бронхіальна астма), серцево-судинної системи (психогенні болі у серці або тахікардія), органів травлення (психогенні запори, діарея).

**У третю** групу, на думку автора, варто віднести розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування або поведінки пацієнта, в результаті яких виникає порушення здоров'я. Окрім поведінки, скерованої на саморуйнування: алкоголізм, наркоманія, паління тютюну, токсикоманія, розлади харчування, – до цієї групи належить схильність до підвищеного травмування.

Та незважаючи на відмінності у підходах до класифікації психосоматичних розладів, важливішим, на нашу думку, є уміння вчасно діагностувати розлад та адекватно його лікувати. Загалом **психосоматичні захворювання слід запідозрити при:**

- невизначеному болі дифузного характеру без чіткої локалізації (біль у животі, головний біль, порушенні сну);
- тимчасовій чи ситуативній прив'язаності болю (ситуації, пов'язані з психічним напруженням), коли сам пацієнт не може надати свідчень про його причини;
- авторитарному характері стосунків у родині, позбавленні права самостійного прийняття рішень;
- наявності високих вимог до дітей з боку батьків, високої відповідальності та внутрішньої тривожності дитини;
- вихованні по типу гіпносіки;
- постійних конфліктах дитини в дитячому садку, школі;
- у дітей з генералізованою дисплазією сполучної тканини, з нейрокутанними синдромами, усвідомленням особливості своєї зовнішності;
- у дітей, що перенесли постгіпоксичну енцефалопатію;
- при покращенні загального стану дитини під впливом плацебо та сугестивної терапії.

### 3.4.3. Схема психосоматичних співвідношень

В. В. Ніколасва запропонувала схему для умовного розмежування взаємовпливу психічних факторів на соматичні реакції та соматичних факторів на психічну сферу.

#### Психосоматичні співвідношення

Вплив психічних факторів на соматичну сферу		Вплив соматичних факторів на психічну сферу	
Патогенний вплив	Саногенний вплив	Патогенний вплив	Саногенний вплив
		Соматогенний	Патогенний

### 3.4.4. Етіологія і патогенез психосоматичних розладів

#### Психодинамічна концепція психосоматичних розладів

Зважаючи на те, що в основі психоаналітичної теорії лежать ідеї внутрішньоособистісного конфлікту, відбувається протистояння двох мотивів, яке призводить до психічного і фізіологічного напруження. Водночас багато захворювань можна спробувати пояснити висвітленим потягом, який виявляється у порушенні функціонування певного органа. Вважають, що коли це явище оберотне – йдеться про невроз, а коли воно має тенденцію до хронізації з подальшою деструкцією органа – про психосоматичне захворювання.

Психоаналіз пояснює виникнення психосоматичних розладів тим, що ураження конкретного органа залежить від змісту несвідомого конфлікту. Неофрейдисти вважали психосоматичні розлади результатом порушення як біологічних, так і соціальних механізмів розладів адаптації. Сьогодні більш популярна т.зв. групова психодинаміка, яка пояснює виникнення психосоматичних розладів конфліктом між особистістю та соціальною групою.

#### Теорія психосоматичної специфічності Ф. Александера

На думку Ф. Александера, на виникнення і перебіг захворювань впливають три основні чинники: особистісна диспозиція, конституція (склиняєність органа до захворювання, т.зв. конституціональний фактор (X) і життєва ситуація, що провокує певний емоційний воєкт та актуалізує несвідомий конфлікт. Невідреговані ворожі асоції, почуття провини, почуття власної неповноцінності, а також невирішені сексуальні імпульси призводять до пригнічення і подальшого порушення функції вегетативних органів.

#### Концепція особистісних профілів Ф. Данбар

Відзначивши у хворих з тією самою нозологією значний рівень особистісної подібності, Фландерс Данбар виокремила 11 типів особистості, визначила кореляцію між соматичними типами реакції та постійними значущими особистісними характеристиками і на підставі цього висунула власну теорію виникнення психосоматичних розладів. Вона змалювала особистісні профілі людей, які мають склиняєність до нинішніх випадків: інфаркту міокарда, виразкової хвороби, артритів, а також визначила спільні риси, притаманні усім психосоматичним хворим, вказавши на високий рівень їх інфантилізму, підвищеного прагнення до фантазування, небажання та не вміння включитися у ситуацію.

#### Теорія десоматизації M. Shur

Теорія Шура пояснює виникнення психосоматичних розладів у дитячому віці. Автор відзначив, що у різному віці діти по-різному реагують на психотравмуючі впливи, причому чим молодша дитина, тим частіше її реакції мають соматичне скорування. Водночас він звернув увагу на явище психосоматичної регресії, так званої ресоматизації, яка сприяє поверненню на більш ранній тип реагування на подразнення.

#### Теорія алекситимії П. Сіфнуса

Останнім часом особливо популярною стала теорія "недостатньої вербалізації емоцій" Сіфнуса, яка ґрунтується на безпосередньому зв'язку між труднощами, що виникають у пацієнтів у змалюванні свого емоційного стану або кольорових відчуттів, та психосоматичним розладом.

#### Нейропсихологічні теорії

Вчення І. І. Павлова та І. М. Сеченова поклали початок новій нейропсихологічній дослідженню, які пізніше сформулювалися у кортико-вісцеральну гіпотезу К. Н. Бикова та І. Т. Курдіна, котрі довели, що формування психосоматичних розладів пов'язане з первинними порушеннями коркових механізмів управління внутрішніми органами, зумовленими перенапруженням процесів збудження і гальмування в корі головного мозку.

В. Кенон описав фізіологію емоцій і відзначив підвищення рівня цукру, збільшення частоти серцевих скорочень та підвищення артеріального тиску під впливом емоційних чинників.

Загалом фактори, що призводять до виникнення психосоматичних розладів, можна умовно поділити на три групи: спадкові, психосоціальні та церебрально-органічні. В анамнезі майже половини психосоматичних хворих є інформація про наявність психосоматичного розладу у родичів першого і другого ступеня (з них майже у половини – аналогічний розлад, а у кожного п'ятого – психічний розлад). Серед церебрально-органічних факторів ризику в першу чергу варто відзначити пологове травмування, інфекційні захворювання, судоми, черепно-мозкові травми, мозкові інфекції і стани клінічної смерті.

Ю.Ю. Єлисеєв вважає що джерело психосоматичних захворювань можна знайти серед таких факторів:

- Внутрішній конфлікт особистості.
- Мотивація у вигляді умовної "вигоди", яка дає змогу хворому уникати негайного вирішення значущих проблем або нівелювати їх важливість "порівняно з серйозністю хвороби".
- Ефект навіювання, який виникає в результаті підсвідомого наслідування хворими поведінки (в тому числі демонстративної), яку вони в дитинстві спостерігали у значущих дорослих, або таку, що була їм навіяна цими дорослими.
- "Елементи органічного мовлення", коли вербалізація фізіологічних проявів хвороби стає відображенням емоцій та переживань особистості і виявляється у реальних симптомах.
- Ідентифікація – коли постійні зусилля, скеровані на ототожнення своїх психічних чи фізіологічних реакцій (або їх імітація), призводять до відсторонення від власного тіла (без деперсоналізації) та сприймання його як ідентичного з тілом значущого іншого. Найчастіше виникає у здорової мами щодо хворої дитини.
- Самопокарання – неусвідомлювана поведінка людини, що виникає внаслідок несвідомого бажання покарати себе за якийсь ганебний вчинок та має деструктивні прояви, що найімовірніше призведуть до соматичних або психічних порушень чи травм.
- Травматичний досвід минулого (в першу чергу з раннього дитинства), який витісняється ознаками соматичного розладу.
- Алекситимія.

### 3.4.5. Особистісні особливості психосоматичного пацієнта

Виходячи з концепції профілю особистості, можна змалювати певну особистісну структуру психосоматичного пацієнта. Визначальною є наявність у всіх психосоматичних пацієнтів пригнічення або витіснення емоцій, тривалі переживання і прагнення до конкуренції з іншими людьми, яка виникає в результаті невротичного заниження власних особистісних якостей та переоцінювання чужих. У психосоматичній медицині прийнято вважати, що існує т. зв. препсихосоматичний особистісний радикал, тобто такі визначальні властивості особистості, сформовані зазвичай ще у дитячому або юнацькому віці, які стають основою для формування соматичного розладу. У першу чергу тут ідеться про неможливість задовольнити основні життєві потреби, а особливо – потребу в самореалізації, приналежності та любові. Однак найбільш вірогідне формування психосоматичного розладу за умови поєднання таких психологічних особливостей особистості, як егоцентричність, негнучкість, агресивність зі спотворенням ієрархії життєвих потреб або неможливістю їх задовольнити.

П. Сіфеоз висловив припущення, що у структурі особистості психосоматичного пацієнта особливе місце посідає алекситимія, яка внаслідок неспроможності людиною



висловлювати свої емоції та почуття (а часто навіть переживати їх) призводить до нерозв'язаних емоційних конфліктів і кумулювання емоційного напруження.

### 3.5. Психологічні та психопсихологічні особливості в клінічній практиці

#### 3.5.1. Психологічні складові хірургії

##### Психологічні особливості особистості пацієнтів хірургічного стаціонару

Особливості роботи в клініці хірургії полягають не лише у необхідності наявності значного практичного досвіду, специфічних навичок і знань, а й у швидкому (часто екстреному) наданні хірургічної допомоги, терміновість якої не дає у повній мірі провести психологічну підготовку пацієнта. Інша особливість полягає у звичній відмінності активності лікаря-хірурга та пацієнта хірургічного відділення, коли перший – протягом усього робочого дня перебуває в постійному русі, значному фізичному, емоційному та інтелектуальному напруженні, а другий – внаслідок хвороби – лише зрідка здійснює мінімальні м'язові зусилля, а більшість часу проводить у стані спокою. Це явище часто не лише дратує пацієнтів, а й певним чином налаштовує їх вороже щодо хірургів, у порівнянні з активністю котрих хворі хірургічного стаціонару практично непорушні та бездіяльні, а відтак – безпорадні. Та чи не найважливішим у встановленні довірчих стосунків між хірургом та пацієнтом є усталений стереотип хірурга як всемогутнього рятуника. Лише хірурги, на думку пацієнтів, спроможні надати допомогу чи врятувати життя людини у найважчих випадках. Саме це формує особливості ставлення пацієнтів до хірургів, яке з одного боку, формується за майже повної відсутності попереднього спілкування і контакту, а з іншого – полягає у необхідності сліпо довірити власне життя людині, про яку ти майже нічого не знаєш і довіряти якій підстав не маєш.

У зв'язку з цим у хірургічних хворих в передопераційному періоді можуть спостерігатися різні варіанти ставлення до оперативного втручання. На думку Н. В. Виноградова, пацієнтів можна умовно поділити на дві групи: схильні до гіпернозогнозії та до гіпнозогнозії. Перші – перебільшують операційний ризик, що виявляється у тривожності, страху смерті, надмірній фіксації уваги на соматичних відчуттях, почутті приреченості і пасивному очікуванні несприятливого результату оперативного втручання або смерті. Другі, зважаючи на недовіру до хірурга, його практичних умінь, знань та навичок і невіру у позитивний результат оперативного втручання, намагаються уникнути його проведення і навіть приховують свої симптоми. Окрім того, не слід забувати про те, що оперативне втручання порушує увелення людини про свою "схему тіла", що незалежно від успішності проведеного хірургічного лікування може викликати повну або часткову втрату працездатності, змінювати звичний для людини спосіб життя та діяльності.

Дуже важлива також стратегія вибору пацієнтом способу лікування. На думку В. Д. Менделєєвича, одні пацієнти погоджуються на оперативне втручання лише після того, як бажаного результату не дадуть інші паліативні засоби, тобто дотримуються стратегії "уникання невдач". Інші – домагаються чим швидшого проведення оперативного втручання, або сповідають стратегію "прагнення до успіху".

У внутрішній картині хвороби хірургічних хворих слід враховувати такі когнітивні аспекти:

- Хвороба – це ворог, який загрожує цілісності особистості.
- Хвороба – покарання за гріхи, які були в минулому пацієнта (особливо часто виникає при невиліковних хворобах).

- Хвороба – непоправна втрата, шкода, яка може обмежити мою подальшу професійну, соціальну та особистісну активність; переважно формується при оперативних втручаннях, пов'язаних з повним або частковим виділенням органа: повна ектопія матки, видалення молочної залози, ампутація кінцівки.
- Хвороба і оперативне втручання – полегшення. Зазвичай спостерігається у патологічно спрямованих на операцію особистостей.
- Хвороба – перешкода, яку треба подолати для отримання бажаного результату. У першу чергу це стосується випадків, коли оперативне втручання дає шанс людині відновити свою працездатність або нормальне функціонування органа чи системи. Також цей аспект формується у людей, які прагнуть проведення пластичних операцій, що, на їхню думку, призведуть до кардинальних змін у житті на краще.

Значну частину пацієнтів хірургічної клініки складають пацієнти з психічними розладами. Хворі з невротами часто намагаються схилити хірургів до проведення їм хоча б мінімальних оперативних втручань, підсвідомо сподіваючись, що в результаті цього зменшаться прояви їх невротичних симптомів. А хворі з істерією нерідко звертаються до хірургів зі скаргами, що імітують симптоми "гострого живота", і вимагають негайного оперативного втручання, щоб довести оточенню, що вони справді хворі, а попереднє лікування не дало бажаного результату. Хворі на психопатію за допомогою оперативного втручання намагаються врятуватися від важкого усвідомлення провини або нав'язливих ідей самозвинувачення.

Відомий психопатологічний синдром Мюнхаузена найчастіше зустрічається саме у практичній діяльності хірурга. Він виявляється у постійному непереборному прагненні людини добитися, щоб їй проводили хірургічні втручання з приводу уявних захворювань, що викликають у них різноманітні хворобливі та неприємні відчуття, які вони найчастіше уявно локалізують у черевній порожнині. Крім того, вони схильні до ковтання дрібних предметів (гудзиків, монет, шпильок тощо), що гарантує їм проведення оперативного втручання. Наполегливість пацієнтів із синдромом Мюнхаузена у намаганні отримати "хірургічну допомогу" майже завжди завершується оперативним втручанням. Мотивацією у формування даного розладу є підсвідоме прагнення отримати увагу, турботу і любов, яких, на їхню думку, їм не вистачає ні від близьких, ні від сторонніх людей. Часом синдром Мюнхаузена виникає у інфантильних особистостей, які намагаються уникнути відповідальності за власні вчинки (справжні або уявні).

Ашер описав три варіанти синдрому Мюнхаузена:

- гострий абдомінальний, що призводить до лапаротомії;
- геморагічний, пов'язаний з демонстрацією кровотечі;
- неврологічний, що включає демонстрацію втрати свідомості та нападів.

В анамнезі більшості таких пацієнтів є оперативні втручання, проведені без достатніх анатомо-фізіологічних підстав.

Оскільки проведення анестезії та оперативного втручання можуть виступати як пусковий момент формування реактивного психозу, медико-психологічна допомога у хірургічному стаціонарі повинна бути особливо ретельно скерована на ранню діагностику пацієнтів із психічними розладами. Та водночас допомагати у виявленні хірургічної патології у психічно хворих і скеровувати їх на необхідне оперативне втручання.

#### **Емоція страху у хірургічних хворих**

Істотним є те, що, на відміну від терапевтичного захворювання, при якому патогенним щодо психічної діяльності стає його тривалий стан, що дає змогу хворому поступово змінити систему своїх пріоритетів та ставлень, і відповідно – адаптуватися до нього, при хірургічній патології через її раптовість значно зростає значимість психологічного опера-

ційного стресу (перед- і післяопераційного), що виявляється у феномені тривоги. Загалом страх перед проведенням оперативного втручання є природним для кожної людини зі здоровою нервовою системою, про що самі пацієнти повідомляють лікарів та близьких. Про зростання рівня тривожності у пацієнта спосередковано свідчать також такі вегетативні ознаки, як підвищене потовиділення, тремор, тахікардія, часті випороження і розлади сну. А відсуття страху оперативного втручання трансформується у "страх" перед хірургом, який набуває уявних неприємних рис: байдужий, суморий, злий, неуважний тощо.

Для отримання задовільного результату оперативного втручання дуже важливо правильно сформулювати ставлення до нього пацієнта. Під час психологічного консультування доцільно дізнатися, які очікування пацієнта щодо його майбутнього після одужання, і провести певну психологічну підготовку до операції. В першу чергу, звичайно йдеться про зниження рівня тривожності пацієнта, який боїться наркозу і того, що він не вийде з нього, болю, який він може відчувати при недостатній глибині анестезії та того, який виникне у післяопераційному періоді, непередбачуваних обставин, пов'язаних з недостатністю та неуважністю хірурга, обмежень та змін у подальшій трудовій, соціальній та особистісній діяльності, і в решті – смерті. Останнім часом збільшилася кількість пацієнтів, які окрім перелічених страхів висловлюють також тривожність з приводу небезпек, які можуть виникнути у зв'язку з повною втратою ними контролю над власним тілом під час анестезії та загрози "насильства чи вилучення внутрішніх органів" під час оперативного втручання. Несподівані психічні реакції спостерігають у хворих, яким виконують трансплантологічні оперативні втручання, що часто призводять до внутрішньо-особистісного конфлікту через отримання органів іншої людини, яка на момент забору органа була біологічно живою. Це може вплинути на самоцінку людини, сприймання і прийняття нею себе як цілісної особистості після операції, і навіть призвести до деперсоналізаційних розладів або порушень сприймання власної схеми тіла.

В літературі виокремлюють два основні типи з численних проявів страху перед операцією: при першому – всі симптоми не лише досить різко виявляються у поведінці хворого, а й гучно і наполегливо ним озвучуються (таким хворих легко заспокоїти, налагодивши з ними достатній контакт або застосувавши відповідні психологічні прийоми); при другому – страхи виявляються у вигляді важких вегетативних ускладнень (криз, колапс, шок або неочікувані психопатологічні маніфестації), які унеможливають проведення оперативного втручання або значно його утруднюють.

Окрім того, страх хворого істотно посилюється новим середовищем, в яке він потрапляє у лікарні: відірваність від родини, лікарняний режим, велика кількість незнайомих людей, сусіди по палаті, неприємні, болючі або приязливі медичні та пієнічні маніпуляції тощо. В умовах українських стаціонарів також наявне додаткове джерело передопераційних страхів пацієнтів: через необхідність перебування у спільних палатах не лише людей з різними звичками, темпераментами і особистісними особливостями (що виступає як провокатор афективних реакцій), а й перед- та післяопераційних хворих, коли останні, часто підсвідомо намагаючись відрегулювати власний страх, пережитий перед оперативним втручанням, розповідають (переважно власні уявні страхи та жахття) у вигляді моторошних "історій хвороби" пацієнтам, які очікують оперативного втручання.

Деякі пацієнти, з якими не була проведена достатня психокорективна робота, через інтенсивний страх, незважаючи на необхідність проведення оперативного втручання, відмовляються від нього. Хоча це можна пояснити і психічними змінами у пацієнта (неввіра, істерія, оліофренія, депресія з суїцидальними тенденціями), а також недостатньою довірою до хірурга через короткотривалість і побижність контакту з ним.

Дуже важливою з психологічної точки зору є *експектація (очікування) післяопераційного статусу* – це психологічна відмінність особистісних переживань пацієнта хірургічного стаціонару. Пацієнт хірургічного стаціонару, усвідомлюючи необхідність проведення оперативного втручання, відчуває тривогу через труднощі у прогнозуванні його успішності та власних перспектив.

**Післяопераційна тривога**, котра клінічно може бути ідентичною до передопераційної, відрізняється вираженням операційним (фізіологічним, анатомічним, психічним) стресом.

**Зв'язок між вираженістю тривоги  
в передопераційному і післяопераційному періодах (І. Джавіс)**

Передопераційний психічний стан	Характеристика передопераційного типу ставлення	Післяопераційний психічний стан	Психічний преморбід
Низька тривога	Оптимістичне заперечення післяопераційного дискомфорту та ускладнень	Агресивність, хворобливе роздратування щодо страждання замість його сприймання як природного наслідку операції	Особистісна схильність: 1) невротики з надконтролем; 2) психічно здорові чутливі до зовнішньої стимуляції
Помірно виражена тривога	Врахування об'єктивних характеристик небезпеки	Незначна ймовірність психічних розладів	Психічно здорові зі зрілою особистістю, характерна висока відповідальність за зовнішню ситуацію
Висока тривога	Постійне емоційне напруження	Відсутність впевненості у сприятливому результаті операції, страх перед процедурами, спогади про неприємні події, іпохондричність, пунктуальність, виконання призначень	1) хронічні невротики; 2) психічно здорові з тривожністю як рисою особистості

Післяопераційний стан пацієнта майже завжди визначається його передопераційним станом. У людей, які адекватно реагували на необхідність оперативного втручання, тверезо оцінювали ризики і ймовірність досягнення успіху та позбавлення від певних симптомів захворювання, усвідомлюючи можливість виникнення післяопераційних ускладнень та обмежень, пов'язаних з оперативним втручанням, після нього теж переважно адекватно реагують на зміни власного стану. При високому рівні тривожності та неготовності пацієнтом усвідомити, оцінити та прийняти зміни свого стану перед операцією – у післяопераційному періоді зазвичай теж неспроможні це зробити.

Слід звернути увагу на окремі форми страхів, тривогу і занепокоєність, які виникають після операції. На 3–4 день після операції отримують вихід страхи, які дотепер пацієнт стримував. Хворі, постійно аналізуючи проведене оперативне втручання, намагаються робити прогнози на майбутнє, але в силу незавершеності лікування та невизна-

ченості перспектив це зазвичай призводить до збільшення неспокою, незадоволеності, агресивності, плаксивості, дратівливості. Особливо важливо, що внаслідок проведення оперативного втручання у людей відбуваються глибокі емоційні зрушення, активуються внутрішні конфлікти, що у поєднанні з післяопераційною астенизацією дуже швидко призводить до формування депресії.

Х. Дейч описав три постулати, які, на його думку, визначають ефективність адаптації до хірургічного стресу:

- ефективна адаптація передбачає сприймання сигналів тривоги, певний ступінь її асиміляції, що дає змогу полегшити душевний стан хворого;
- для того, щоб адаптація була ефективною, її механізми повинні бути достатньо гнучкими, що дозволяло б вносити необхідні зміни в процес інтеграції тривоги під час антиципації хірургічного стресу, а також в адаптацію до психологічних і фізіологічних наслідків операції;
- для підтримання душевної рівноваги в хірургічній ситуації необхідна не стабільність, а реактивність.

Найчастіше в післяопераційному періоді страх, який відчуває пацієнт, знаходить відображення у вегетативних симптомах: затримка сечовипускання, закрепи і блювота. Зазвичай усі перелічені симптоми відносять до так званих "післяопераційних ускладнень" і проводять симптоматичне лікування, однак у більшості випадків поява таких скарг свідчить про формування післяопераційної депресії.

Не менш частим післяопераційним ускладненням є психотичні реакції, що виявляються надмірною тривожністю, психомоторним збудженням, порушенням орієнтації, галюцинаціями, маячними ідеями, оглушенням. Після виходу із психозу, як правило, настає стан виразної астенії та інколи легкі прояви психоорганічного синдрому. Хворі стають дратівливими, плаксивими, вразливими, у них погіршується апетит і сон, з'являються тривожні сновидіння, розвивається депресія. У частини пацієнтів (особливо людей похилого віку та хворих на алкоголізм) на 3-4 добу може розвинути т. зв. післяопераційний делірій, який виявляється у психомоторному збудженні, появі галюцинацій, маячних ідей, порушеннях орієнтації. Та найбільш поширеною є зміна психічної діяльності, яка виявляється у зупинченні реакції на події, що відбуваються, емоційній нестійкості, збідненні психічної діяльності, обмеженні кола інтересів. Такі зміни переважно виникають після важких травматичних оперативних втручань і погано піддаються корекції.

Вважають, що на вірогідність виникнення психотичних розладів впливає важкість оперативного втручання, а в їх патогенезі велика роль відводиться больовому синдрому. На біль у генезі психозів вказував ще С. С. Корсаков. Він писав, що психози частіше виникають після болісних операцій у осіб вразливих і нервових.

#### **Больовий синдром**

Больовий синдром має велике значення при усіх соматичних та психічних розладах, але найбільш значущим він є у клініці хірургії, оскільки відіграє роль першого і значущого сигналу про виникнення нездоров'я в організмі. Феномен болю ґрунтується на взаємодії ноцицептивної системи, яка сприймає і аналізує больові відчуття, та антиноцицептивної системи, що контролює їх рівень. Відчуття болю пов'язане з церебральними системами стовбура мозку, кори великих півкуль головного мозку, таламуса і лімбико-ретикулярного комплексу. На психічному рівні біль виявляється відчуттями страху і неспокою як під час приотулу болю, так і в період його очкування.

У медицині прийнято поділяти біль на органічний та психогенний. Незважаючи на відмінність у формуванні больового синдрому, суб'єктивні відчуття людини залишаються однаково сильними незалежно від їх природи. Цікаво, що органічні болі посилюються внаслідок впливу психічних подразників.

Болі, що виникають у пацієнтів в післяопераційний період, значною мірою залежать від психогенної складової. В результаті впливів сильних афектів, таких як страх, у людини виникають значні м'язові і судинні імпульси, які вона вербалізує як відчуття болю в певному органі.

Хворі з депресією, істерією, іпохондрією часто висловлюють скарги на значні болюві відчуття, що не мають чітко означеної органічної структури. Застосування препаратів специфічного психотичного впливу зменшують ці відчуття і покращують загальний психічний стан пацієнтів. Характерним для цього болю є його тривалість, відсутність або змінність чіткої локалізації і часте поєднання несумісних, з анатомо-фізіологічних позицій, органів та систем. Для встановлення характеру болю слід пам'ятати, що психогенний біль рідко супроводжується симптомами, притаманними органічним ураженням: лихоманка, блювання, жовтяниця, гематурія тощо.

### 3.5.2. Психологічні складові акушерства і гінекології

#### Психологічні особливості вагітних жінок

Ставлення жінок до вагітності неоднозначне. З одного боку, перебільшена ідеалізація майбутнього материнства не враховує майбутніх труднощів і проблем, з іншого – у свідомості багатьох жінок пологи неодмінно асоціюються з нестерпним болем і викликають страх. На ставлення до вагітності впливають також інші психологічні фактори та соціальні умови. Інколи у жінок з'являється вороже ставлення до вагітності, її заперечення, а інфантильні особистості та деякі психічно хворі відмовляються помічати існуючу вагітність. Водночас вагітність сприяє розвитку особистості, її дозріванню.

Після запліднення у жінки відбуваються істотні фізіологічні (нудота, блювання, втомлюваність, часте сечовипускання, зміна контурів тіла) та психологічні зміни, які призводять до формування т. зв. психосоматичних розладів вагітності. Окрім значного зростання рівня тривожності за перебіг вагітності і майбутніх пологів, а також за стан здоров'я дитини і самої вагітної, внаслідок нейроендокринних та метаболічних змін змінюється загальний рівень настрою жінки (переважно з депресивними епізодами), її характер та поведінку. Водночас вагітність позитивно впливає на жінок з невротичними розладами та може прискорити вихід з ендогенної депресії.

Психічні і психосоматичні ускладнення вагітності істотно залежать від преморбідних властивостей особистості, а також від соціальних і сімейних умов, підтримки чоловіка, довіри до нього, від попередніх переживань. Важче до вагітності пристосовуються жінки, які завагітніли вперше, а також самотні жінки поза шлюбом. Серед психіатричних ускладнень, окрім депресії, спостерігаються епілептичні ускладнення, у вигляді "присмеркових станів свідомості", а також реактивні депресії, які виникають у зв'язку з вагітністю та завершуються на 4–5 місяці вагітності, навіть якщо психотравмуюча ситуація залишилась невирішеною.

У I триместрі вагітності жінка зазвичай ще не відзначає значних фізіологічних змін і часто практично не змінює звичного способу життя. Однак часто у неї виникає незадоволення від швидкої втомлюваності, погіршення концентрації уваги, зміни смаку, дратівливості, які вона сама відзначає. Необхідність дотримуватись певного режиму життя та обмежень, невпевненість у правильності рішення щодо вагітності чи брак довіри до партнера, тривожність з приводу ймовірності спонтанного абортів, усвідомлення відповідальності за нове життя та необхідності у найближчому майбутньому познати значних особистісних обмежень та навантажень, окрім депресивних синдромів (із суїцидальними тенденціями) можуть спровокувати у жінки й істеричні розлади. Якщо у вагітної жінки виражені психопатичні риси характеру, депресія може тривати до кінця вагітності.

II тримістр менш загрозливий щодо психічних розладів, однак не слід забувати, що у цей період жінка може зазнати значної психотравми, пов'язаної зі змінами обрисів тіла, які, на її думку, роблять її сексуально непривабливою. Психопатологічні зміни, що сформувалися під час I триместру вагітності, зазвичай минають. Рішення щодо збереження вагітності ротаточне, ймовірність спонтанного аборту незначна, стан здоров'я і самопочуття жінки задовільні, отже, приводи для формування невротичних розладів бувають пов'язані з непереносністю у власних силах та у допомозі зовні. Однак щоденні зміни, які відчуває жінка, спостерігаючи за збільшенням об'єму живота і особливо – за рухами плода, у більшості вагітних жінок викликають значне підвищення настрою та відчуття оптимізму.

По мірі наближення пологів під час III триместру вагітності у жінки зростає страх за майбутню дитину, виникає тривожність щодо її стану здоров'я, розумової та фізичної повноцінності. Невпевненість у власній спроможності "нормально" народити дитину, а потім самоутримати її доглядати, втрата впевненості щодо готовності до допомоги і підтримки з боку партнера, на фоні фізіологічних змін, які можуть непокоїти жінку (збільшення ваги, неповороткість, незграбність, печія, часті сечовипускання та ін.) у значній кількості жінок призводять до зростання тривожності, репресивності, іноді – до істеричних розладів. У жінки, крім перелічених ситуативних страхів, з'являється страх смерті. Поява цих страхів свідчить про більш глибокі витoki страхів особистості. Особливо часто це спостерігають у жінок-невротиків, які легко знаходять причини для переживання страху, використовуючи своє подороження. На підставі особистих переживань у них навіть можуть виникнути панічні стани.

Описані психічні зміни, які виникають під час вагітності, сильніше виражені при першій вагітності, однак у різній мірі притаманні всім (навіть багатодітним) жінкам.

Вагітність є дуже кращим періодом для психіки жінки. Зрозуміти вагітну жінку, допомогти пристосуватися до змін у її житті (теперішніх і майбутніх), підготувати до пологів, навчити догляду за новонародженою дитиною і головне – допомогти знайти шлях до материнства – дуже серйозне і відповідальне завдання, у значній мірі покладене на медичного психолога. Робота з вагітними жінками на основі широкого використання психопрофілактики сприяє успішним пологам з мінімальним навантаженням.

Працюючи з вагітними жінками, медичний психолог також повинен пам'ятати, що адекватний психокорекційний вплив у поєднанні з допомогою партнера жінки допомагає подолати близько 90 % невротичних розладів без медикаментозного лікування, оскільки зазвичай вони пов'язані з двоїстим ставленням жінки щодо вагітності або вказують на більш чи менш виражений протест проти пологів, народження дитини, особистий або сімейний конфлікт.

#### **Психологічні аспекти пологів та післяпологового періоду**

Медико-психологічна допомога під час пологів скерована на послаблення болю, який має як фізіологічну, так і психічну природу, адже може посилюватися емоційними реакціями: страхом, занепокоєнням, реакціями на зовнішні подразники. Психопрофілактичний комплекс підготовки вагітної жінки до пологів безпосередньо спрямований на послаблення болю під час пологів. До нього входять пояснювальні та освітні бесіди, комплекс гімнастичних та дихальних вправ, різноманітні психотерапевтичні методики. Жінки, які не володіють навичками раціональної поведінки під час пологів, потребують підтримки психолога. Крім того, тривалі перейми та больовий синдром можуть призвести до післяпологових психічних розладів.

У післяпологовому періоді можуть виникнути невротичні та психозні, або маніфестувати ендогенні психічні захворювання, особливо якщо в анамнезі були прояви виразної психотичної симптоматики, але зараз жінка перебуває в стані ремісії і соціально адаптована.

### Післяпологові психічні розлади

В літературі післяпологові психози поділяють на: післяпологові психози як гетерогенну групу, до якої входять маніфестація ендогенних захворювань, токсикоінфекційні психози і важкі форми невротів; єдиний післяпологовий психоз, розвиток якого розглядається з психоаналітичних позицій; самостійну групу психозів, у патогенезі яких значну роль відіграють ендокринно-діенцефальні порушення.

У жінок, які народжували вперше, часто після пологів спостерігають нетривалі (1–3 дні) епізоди дратівливості, емоційної лабільності, напруженості, які минають без медикаментозної терапії та психокорекційного впливу. На 5–6 день після пологів, крім надмірної втомлюваності і тривожності, у жінки можуть з'являтися фобійні симптоми і розвинути клінічна картина психозу. Маніакальні стани післяпологових психозів зустрічаються рідко і маніфестують на 3–10 день після пологів. Від біполярного афективного розладу вони відрізняються підвищеною дратівливістю, скаргами на головні болі. Після припинення маніакального стану розвивається більш чи менш виразна астения, іноді з депресивним компонентом.

Післяпологові психози зі зміненим станом свідомості виникають на 3–6 день після пологів у жінок з важкими соматичними захворюваннями. Психоз починається з порушення сну, потім з'являються ілюзорні і галюциаторні розлади, посилюється збудження. Для таких психозів характерна зміна симптоматики та періодична поява критичності при оцінці свого стану та поведінки.

Найчастіше спостерігають післяпологову депресію різного ступеня вираженості – від рівня дистимії з конверсійними, істеричними розладами, дратівливістю, аж до великого депресивного епізоду з різко вираженою апатією, психічною анестезією, відчуженням емоцій, різко вираженою дезорієнтацією у просторі й часі, депресивними симптомами з суїцидальними тенденціями та агресивністю (пасивною чи активною), скерованою на дитину та чоловіка. Поява депресивних симптомів припадає на 10–14 день після пологів. Невдовзі симптоматика посилюється, з'являється безпорадність, незібраність, неспроможність доглядати дитину. У жінок виникає страх за дитину, її здоров'я, почуття провини, самозвинувачення, іноді (при тяжкій формі) ворожість до власної дитини. Післяпологові депресії мають усі основні симптоми, притаманні для класичного перебігу ендогенної депресії: добові коливання настрою, рухова й інтелектуальна загальмованість. На відміну від передпологової депресії, коли жінка виявляє небажання дотримуватися способу життя, найбільш сприятливого для розвитку плоду та, неможливість самостійно контролювати і здійснювати родову діяльність, при післяпологовій депресії – небажання піклуватися про новонароджену дитину та намагання її уникати. Водночас жінки можуть висловлювати іпохондричні скарги, які іноді досягають виразності маячні. Післяпологова депресія може тривати протягом 3–4 місяців, а потім ще кілька місяців спостерігається виразна астения з вегетативною і емоційною лабільністю.

Якщо психогенні фактори з'являються після пологів, то картина депресії відрізняється від власне "реактивної", яка може спостерігатися також як реакція на мертворожджуваність, або появу дитини з вадами розвитку і вродженими захворюваннями. У таких випадках показана активна психотерапія зі створенням у матері нової життєвої домінанти в межах її можливостей.

### Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання

Більшість психосоматичних аспектів гінекологічної практики пов'язані з особливостями жіночої особистості, які у свідомості кожної жінки безпосередньо залежать від функціонування статевих органів. Починаючи з гінекологічного огляду, "відвертість" жінки щодо свого лікаря стає дуже значною, тому жінки зазвичай не лише консультуються з гінекологом з приводу захворювання, а й намагаються отримати від нього психологічну підтримку,



а часто з психокорекційною допомогою. Подолавши природну сором'язливість, притаманну більшості жінок, вони прагнуть водночас вирашити свої особистісні проблеми. Хороші гінекологи, знаючи про цю особливість професійної діяльності, виявляють зацікавленість до проблем жінок і намагаються дати їм поради. Однак лише у деяких випадках цієї "психотерапії" виявляється достатньо. Лідже проблеми жінок, у яких виявили гінекологічне захворювання, переважно потребують фахової допомоги саме психотерапевта.

Потребу гінекологічних пацієнток у психокорекційній або психотерапевтичній допомозі можна пояснити багатьма факторами – це і вплив гінекологічної хвороби, як і будь-якої іншої, на психіку жінки, і особливе ставлення жінки до статевих органів, і зв'язок гінекологічних захворювань з ендокринними порушеннями.

### **Психогенна дисменорея і передменструальний синдром**

Зважаючи на те, що менструація відіграє важливу роль у житті кожної жінки, психологічні та фізіологічні чинники будь-яких менструальних розладів розглядаються жінкою дуже серйозно, а отже, значна кількість психологічних аспектів медико-психологічної допомоги в клініці гінекології стосуються саме порушень менструального циклу, в першу чергу йдеться про клімакс, аменорею і менорхе.

Підвищена драгматичність, надруженість, тривожність, пригніченість у передменструальному періоді, періодичність менструального циклу, пов'язана з усвідомленням "жіночості", а отже і материнства, самі по собі дають підстави кожній жінці скористатися здобутками психології та з'ясувати усі проблеми, пов'язані з жіночою суттю. Жінки з передменструальним синдромом демонструють оральні дисфункції – анорексію, булімію, алкогільні ексцеси, часто страждають розладами функції кишечнику (спастичні передменструальні закрепи), які з початком менструації легко переходять у діарею.

Генеза передменструального синдрому ще до кінця не з'ясована, хоча, зрозуміло, що крім психологічного підґрунтя, вона має гормональне походження. У передменструальній фазі відбувається загальний відтік гормонів. Менструальний цикл, який характеризується послідовним підвищенням гетеросексуальних тенденцій, починається з фолікулінемійної фази, якій передуює овуляція. Після овуляції в результаті впливу жітєйну зростає пасивне прагнення жінки відчути себе коханою, бути заплідненою і пережити материнство. Якщо ці потреби не задовольняються, у жінки виникає відчуття напруженості, яке призводить до ще більших порушень у перебігу менструального циклу, тобто виникає т. зв. психосоматична спіраль формування розладу.

Окремою і дуже складною проблемою є так звані вегетативні палпації – хронічні болі внизу живота, які часто з'являються під впливом різних переживань і загострюються в передменструальний період.

Виявлені дисменореї у жінок психоаналітики пояснюють невротичним конфліктом, пов'язаним з порушеннями анальної фази сексуального розвитку. Подібно до анальних переживань, при менструаціях теж виникає страх втрати, що призводить до стану напруженості і регресивного замикання на собі, яке згодом поєднується із закріпами та змиженням сексуальної готовності. Однак не варто відкидати й особливості нервової системи, вплив психогенних факторів, про значущість яких свідчить те, що більше ніж у половині випадків лікування дисменореї та передменструального синдрому за допомогою плацебо дає позитивний результат. Про психогенний характер дисменореї свідчать і те, що практично усі жінки з цим розладом сверкаються на знанні емоційні переживання, розлуку з коханим, страх завагітніти або соромляться самого статевого акту, лякаються після усунення психологічної складової. Оскільки усі пацієнтки відзначають, що вони байдужі до сексу, не отримують від нього задоволення та уникають сексуальних контактів, ймовірно йдеться про латентну форму невроту страху, виражену за допомогою засобів, що дозволяють звести до мінімуму вірогідність пережити страх під час статевих контактів.

У випадках дименореї, яка ймовірно пов'язана з неусвідомлюваним ворожим ставленням до матері, яка насаджувала дочці негативне ставлення до всього пов'язаного з сексом, заплідненням чи фізіологічними функціями жінки. Важко піддаються лікуванню невротичні пацієнтки з заниженою самооцінкою, страхом сексуальних контактів, інфантильні пацієнтки, які бояться дорослішати, або жінки, схильні до домінування за чоловічим типом.

### **Менархе і первинна аменорея**

Поява менструації радикально змінює життя жінки. Менархе – перша менструація, яка з'являється у сучасних дівчаток на кілька років раніше, ніж кілька десятиліть тому, часто переживається двоїсто. З одного боку – початок місячних означає появу нових "жіночих" турбот, які щомісячно викликають певні ускладнення і переживання, а з іншого – це показник дозрівання і повної функціональної здатності бути дружиною і матір'ю. Саме тому, піклуючись про здоровий психічний розвиток дівчинки, необхідно, щоб перша менструація не була для неї несподіванкою. Адже менархе може викликати страх і навіть вороже ставлення, невротичну реакцію, особливо коли сімейне і статеве життя матері, з якою ідентифікує себе дівчина, не впорядковане. Хоча статеве дозрівання зараз випереджає психічне, особистісне і соціальне дорослішання, молодь стала більш сексуально інформованою. Також слід пам'ятати, що у хворих з неврозом скарги перед менархе стають більш виразними, спостерігаються приступи мігрені, часом епілептичні пароксизми.

Первинна аменорея (надто пізня поява менструації) пов'язана з впливом гормональних і соматичних чинників та аліментарних умов.

### **Психогенна аменорея**

Відсутність менструації – психогенна (вторинна) аменорея, що виникає під впливом психічних чинників, триває понад шість місяців, належить до найбільш поширених психосоматичних розладів, з якими працюють психотерапевти і медичні психологи. Про психологічне підґрунтя походження аменореї вперше запідозрили в середині XIX ст., спостерігаючи її у фізично здорових жінок під час війни, а також у жінок, які зазнали вимушеної еміграції, та назвали "аменореєю війни". Тоді було висловлено гіпотезу про вплив конфліктного розвитку особистості, зумовлений амбівалентністю ставлення до себе, свого тіла і фізіологічних функцій. Психогенна аменорея зумовлена дуже низькою екскрецією естрогенів, яке виникає внаслідок надмірного виділення АКТГ, та зниження гонадотропної функції гіпофіза.

Як уже згадувалось, менструація тісно пов'язана з особистістю жінки, саме тому різноманітні почуття і емоції, які переживає жінка, можуть досить сильно вплинути на появу менструації та її інтенсивність. На користь психогенного походження розладу свідчить те, що аменорея виникає при важких емоційних травмах (землетрус, війна, ув'язнення, перебування у концентраційному таборі, втрата близьких, розрив з коханим, ганьба, інші важкі випробування), при нерегулярних і нечастих статевих контактах, у вихованок інтернатів, де дівчатка соромляться одна одної, або під час подорожей у несприятливих умовах, а також її можна викликати шляхом навіювання і гіпнозу. У психіатричній практиці аменореєю спостерігають у жінок з афективними психозами, депресією, під час загострення шизофренічного процесу.

У соматично здорових жінок першою думкою, що з'являється при появі аменореї, є думка про вагітність або про гінекологічне чи онкологічне захворювання. Лікування гінеколога, гормональна терапія у поєднанні з психотерапією зазвичай дає позитивний ефект. Хоча й саме усунення психологічної причини, що призвела до розладу, теж відновлює менструації у жінки.

**Клімакс**

Клімактеричним синдромом називають комплекс ендокринних, психічних і вегетосудинних симптомів, що виникають в результаті зниження функції яєчників, пов'язаного з віком. В літературі описані так звані депресивні, істеричні, фобійні та інші психічні розлади, що виникають у клімактеричному періоді. Більшість жінок початок клімактеричного періоду виявляють не за відсутністю менструацій, а за появою певних психічних змін, що проявляються у загальній слабкості, порушеннях сну та апетиту, тривожності, тахікардії, неприємних відчуттях в ділянці серця, червоній порожнині та в органах малого таза. Оскільки перелічені скарги складно пояснити лише гормональними змінами, кліматичні загалом погоджуються з психологічною складовою клімактеричного періоду. Клінічно клімакс виявляється у зменшенні або збільшенні маси тіла, вазомоторній лабільності з приливами жару, частою зміною настрою, тривожністю, драматичністю, вразливістю, зниженням або надмірним підвищенням сексуальних потреб. У жінок починається т. зв. сексуальна паніка "поряд закриття воріт" усвідомлення втрати частини самої "жіночості", думки про власну неповноцінність як сексуальної партнерки, порівняння пережитого і невиконаного.

Погіршення настрою, депресія, психози – афективні розлади притаманні багатьом соматичним захворюванням та безпосередньо з клімаксом не пов'язані, однак у клімактеричному періоді значно зростає схильність до суїцидів, особливо у самотніх людей. Клімакс переважно виникає у жінок у віці 45–55 років, та лікарі відзначають, що у жінок, які виконують важку фізичну роботу, менструації часто припиняються раніше, а у замощених освічених жінок, які не працювали важко, – пізніше. Слід зазначити, що зараз при негативній впливі клімаксу на здоров'я жінки говорять значно частіше, ніж він насправді виявляється. Однак жінкам настійливо навішують думку про "загрозу" клімаксу, чим викликають строгонний вплив та спонукають до вживання препаратів, які допомагають її уникнути. Справедливо, на нашу думку, зауваження Кернера: "Клімактеричний період кожна жінка переживає згідно з характером її статевого життя". У межах психокорекційної бесіди з жінкою з клімактеричним синдромом варто переконати її, що клімакс не в то-точним ні з втратою привабливості, ні з відмовою чи обмеженням сексуального життя.

**Хірургічні втручання у гінекології** відрізняються від інших хірургічних втручань через особливо вразливе ставлення жінки до своїх статевих органів та сприймання нею віддалення їх частини як порушення її особистісної цілісності і недоторковості саме як жінки, що призводить до формування недовіри. Гінекологічне хірургічне втручання також може впливати на сімейний або соціальний стан жінки. Робота медичного психолога повинна бути сфокусована на забезпечення можливості подальшого сімейного та статевого життя.

**Функціональні розлади овуляції**

У клініці гінекології трапляються подружні пари, які, незважаючи на повне здоров'я обох партнерів, не можуть зачати дитину. Однією з причин виступає психосоматична стерильність жінки – **функціональні розлади овуляції**, що виникають у структурі депресії за відсутності морфологічних чи біохімічних причин внаслідок порушення регулюючої функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Іншою причиною стерильності стає психогенний спазм маткових труб, тобто неможливість заплідненої яйцеклітини внаслідок підвищеного м'язового тону матки імплантуватися. Психологи вважають, що саме цей психосоматичний розлад, зумовлений зростанням афективного напруження в очікуванні викидня або інших патологічних проблем перебігу вагітності, є причиною більшості спонтанних абортів. Для успішного запліднення і виношування дитини необхідно знизити рівень тривожності жінки і допомогти їй позбутися страху невдачі.

Про психогенний характер такої стерильності свідчить можливість чоловіком зачати дитину з будь-якою іншою жінкою. Goldschmidt виокремив дві найбільш поширені особистісні характеристики жінок із психосоматичною стерильністю: перші – психічно незрілі інфантильні жінки, які почувають себе дітьми власних чоловіків, а другі – самостійні жінки, які прагнуть незалежності та підсвідомо уникають відповідальності за іншу істоту.

Говорячи про підсвідоме небажання жінки завагітніти, принагідно згадаємо про свідоме уникання вагітності та приймання протизаплідних засобів. Будь-які протизаплідні засоби мають низку побічних ефектів: пригніченість настрою, депресивні маніфестації, нав'язливі страхи іпохондричного характеру (канцерофобія, страх безпліддя) та інші. Тому, працюючи з пацієнтками, у яких спостерігаються невротичні чи депресивні симптоми, з метою уникнення маніфестації психічного розладу слід рекомендувати їм альтернативні методи контрацепції.

### **Аборт і передчасні пологи**

Вагітність – пологи – материнство – це послідовний процес формування жінки-матері, який умовно можна поділити на три етапи: перший – рухи плоду, перша розмова матері з майбутньою дитиною; другий – коли мати вперше бачить новонародженого, третій – годування. На кожному з них психічні фактори мають дуже вагомий вплив на здоров'я матері і дитини. Та у нашій країні значна частина вагітностей завершуються не народженням дитини, а абортom.

Аборти, як спонтанні (викидні), так і штучні (інструментальні), завжди серйозно впливають на психологічний і фізичний стан жінки. За даними гінекологів, 14–20 % всіх клінічно діагностованих вагітностей закінчуються спонтанними абортами, а їхня загальна кількість ще більша. Оскільки більшість спонтанних абортів відбувається на ранніх термінах вагітності, протягом тривалого періоду наукові дослідження не враховували вплив психогенних факторів. Зараз більшість клініцистів погоджуються з тим, що психогенні фактори відіграють певну роль у виникненні як поодиноких, так і звичних абортів. Причиною спонтанного абортu, ймовірно, можуть стати значні емоційні потрясіння: переляк, тривалі переживання, конфлікти; на користь цього твердження наводять приклади їх провокування викиднів, оснований на психологічному впливі, яке застосовують при небажаній вагітності у деяких малодивілізованих народів. Однак деякі гінекологи не погоджуються з таким твердженням, вважаючи, що у соматично здорової жінки аборт внаслідок впливу психотравмуючих факторів не відбувається.

Аборт для жінки завжди пов'язаний з відчуттям болю та втрати, яку не можна повернути; загибель дитини, яку деякі люди взагалі не вважають за особистість, а трактують як плід, не отримує адекватного переживання, оплакування і прощання, що часто зумовлює виникнення стану депресії. При цьому з'являються туга, втрата апетиту, розлади сну, агресивність щодо сексуального партнера, вагітних жінок, матерів, лікарів, які зробили аборт, а за відсутності лікування – суїцидальні спроби. Жінка після абортu завжди сумнівається, чи зможе вона зберегти наступну дитину або вберегти від смерті власних дітей. Особливо часто такі розлади формуються після штучних абортів. Їх формуванню, звичайно, сприяють і різкі нейроендокринні та метаболічні зміни, які протягом короткого періоду відбуваються у жінки двічі: вперше – при вагітності, а вдруге – після абортu.

Спонтанні аборти, особливо повторні, досить загрозливі щодо формування невроту, тривалої депресії, а також надцінних ідей вагітності, які можуть призвести до виникнення хибної вагітності.

### **Синдром хибної вагітності**

Функціональна психогенна аменорея у жінок відома як психічний розлад дуже давно і формується зазвичай у жінок, одержимих бажанням народити дитину. Незважаючи на дуже невелику кількість пацієнток, у яких спостерігали даний розлад, він як жодне

Інше психосоматичне порушення підтверджує вплив психіки людини на її тіло. Після тривалого періоду стійкого зниження настрою, зумовленого безперерйними думками про бажання завагітніти та народити дитину, у жінки встановлюється стійка аменорея, яку сама жінка, намагаючись трактувати як очікувану вагітність, "підкріплює" іншими ознаками. У таких хворих збільшується об'єм живого, нагрудність молочні залози, виділяється молозиво, з'являються негритисині відчуття в животі та попереку, нудота, блювання, з'являються характерні смуги на животі. Спостерігались випадки, коли на психогенній основі виникають такі явища, як омана в розташуванні діафрагми, в її рухах, в тонусі м'язів живота (ослаблення прямих м'язів, скорочення поперечних м'язів, лордоз хребта). За відсутності адекватного психіатричного лікування хворі вагітність може тривати місяцями і навіть роками і закінчуватися уявними пологами без новонародженого. Найбільш відомий історичний випадок хвороби вагітності з уявними пологами без новонародженого спостерігали у англійської королеви Мері Тюдор (1516–58). Хвороба вагітності частіше спостерігається у самотніх жінок середнього віку, однак поширення версії про вагітність може бути пов'язане з намаганням вирішення соціальних конфліктів і шантажем.

Психокорекційна допомога таким жінкам дуже складна і малорезультативна. Тригале застосування методів арт-терапії, психодрами, тілесно-орієнтованої терапії, танцювальної терапії у поєднанні з медикаментозним лікуванням з часом може дати позитивні результати.

**Психогенні гоніталгії та парестезії** – симптоми гіперестезії, які дуже часто супроводжують перебіг депресії та астенії. Гнекологи відзначають їх майже у половині своїх пацієнтів і називають неврозом гінекологічних хворих. Відчуття свербіння, печіння, поколювання або замівання в ділянці піхви викликають занепокоєння, напруженість, з якими найчастіше приховуються страх, конфлікти, почуття провини, пов'язані з неможливістю отримати сексуальне задоволення без мастурбації. Намагаючись позбутися цих проявів, жінки припиняють мастурбації, що призводить до зостійчих явищ в органах малого таза і зовнішніх статевих органів, які наводяться під впливом психологічного стресу. Іншою причиною занепокоєння пацієнток можуть стати ясні виділення, т. зв. "лібідний флуор", що з'являються в результаті сексуального незадоволення або після еротичних снів, які супроводжувалися мастурбацією. Поява таких виділень часто зумовлює іпохондричні страхи наявності раку або статевих хвороб.

### 3.5.3. Психологічні складові педіатрії

Психосоматичні розлади у дітей багато в чому нагадують психосоматичні розлади у дорослих. У першу чергу це стосується захворювань серцево-судинної, травної систем та органів дихання.

Та водночас у групу дитячих психосоматичних розладів входять такі поведінкові та емоційні розлади: розлади поведінки, емоційні розлади, специфічні для дитячого віку, розлади соціального функціонування, нервові тики і, звичайно, гіперкінетичні розлади.

Якщо звернутися до історії педіатрії, то можна зауважити, що до початку XIX ст. найбільша увага у лікуванні дітей приділялася інфекційним хворобам. На початку XX ст. клініцисти значно розширили межі нозологічних одиниць у педіатрії. Тоді ж відомий педіатр Черні зауважив, що в результаті взаємного впливу фізичних та психічних факторів (у тому числі загрозливих психологічних впливів, помилок виховання) у дітей почали діагностувати "нові" захворювання.

Працюючи з дитиною, хворою чи здоровою, завжди треба брати до уваги ступінь розвитку дитини. Підходи до немовлят, до дітей дошкільного, шкільного віку, підлітків відрізняються між собою. З точки зору лікування необхідно знати, чи відповідає ступінь

розвитку дитини її віку. Частим явищем, яке супроводжує дитячі хвороби, є не тільки зупинка в розвитку, але й повернення до більш ранніх стадій.

Доцільно зупинитися на проблемі гострих і хронічних захворювань у дітей. *Гостре захворювання*, особливо в легкій формі, часто переноситься дитиною вдома, у звичному для неї середовищі. В таких випадках воно не викликає особливих психологічних проблем. Легка застуда, розлад шлунка, як правило, розпізнаються самими батьками, які швидко заспокоюються, якщо їх думка співпала з думкою лікаря. У серйозніших випадках занепокоєність батьків, їх страхи і часом істерична реакція ставлять перед лікарем багато психологічних завдань, які треба вирішувати.

При *хронічному захворюванні* дитини багато залежить від характеру самого захворювання. Повідомлення про важку хворобу дитини, саме усвідомлення її тривалості і хронічного характеру може викликати у батьків хворобливі реакції. Тривалі хвороби дітей зумовлюють у батьків різноманітні емоційні вибухи: плач, відчай, агресивність. У них також може виникнути почуття провини, коли батьки говорять, що погано доглядали дитину, не приділяли їй достатньо уваги. Важливим у такій ситуації є прийняття батьками самого факту захворювання і допомога всій родині пристосуватися до нелегкого життя – це робить терпимими навіть найважчі стани.

**Захворювання органів травлення** – найбільш поширене соматичне захворювання у дітей та підлітків. На думку О. В. Мазуріна, значна частина цих захворювань є психосоматичними (вегетовісцеральними). Психіатричне обстеження цих дітей виявило зміни у психічному та моторному розвитку приблизно у 25 % дітей. Переважно розлади травлення виявлялися у вигляді порушень апетиту, диспепсичних розладів, блюванні, болях у животі, аерофагії, які супроводжувалися симптомами депресії. Для переважної більшості пацієнтів характерними були акцентуовані риси характеру, невротичний розвиток особистості, затримка психічного розвитку та інші невротичні та патопсихоподібні прояви.

Зважаючи на значний відсоток дітей, в основі хвороби яких лежать психічні розлади, слід звертати особливу увагу на психокорекційну та психотерапевтичну (в тому числі антидепресивну) допомогу, яка супроводжує симптоматичне лікування соматичного розладу.

Не менш частими захворюваннями у дітей є різноманітні *шкірні прояви*, які зазвичай виявляються свербінням (переважно у пахових складках та на згинах ліктів і колін), кропивницею, алергічними реакціями та екземою. Патопсихологічне дослідження виявило афективні розлади різного ступеня вираженості практично в усіх пацієнтів. У більшості дітей вони мали форму субдепресивних розладів або дистимії, а також тривожної та астеничної депресії. Науковці вказують на психогенний характер розладів, який підтверджується позитивними результатами, отриманими при застосуванні седативних препаратів, антидепресантів та психокорекційних методик, особливо у пацієнтів з акцентуаціями характеру.

**Розлади серцево-судинної системи** у дітей у більшості випадків представлені кардіалгіями, які часто виступають у поєднанні з міалгіями, артралгіями і абдоміналгіями. Окрім того, у дітей часто спостерігають васкулярний тип вегетосудинної дистонії у вигляді нестійкого короткотривалого незначного підвищення артеріального тиску, яке супроводжується запамороченням, носовими кровоточками, нудотою. У деяких пацієнтів відзначають коливання артеріального тиску з незначними амплітудами підвищення та зниження. На підставі психіатричних досліджень вдалося з'ясувати, що зазвичай у дітей із серцево-судинною патологією відзначаються афективні розлади (переважно у вигляді депресії різного рівня вираженості). У лікуванні таких пацієнтів разом із застосуванням симптоматичної терапії доцільне застосування психокорекційних та психотерапевтичних технік та використання антидепресантів, ноотропів, транквілізаторів, а в окремих випадках – і нейролептиків.

**Респіраторні порушення** у дітей, що мають психологічно підґрунтя, зустрічаються не так часто, як у дорослих. Однак діти шкільного віку досить часто скаржаться на відчуття нестачі повітря, утруднення вдиху, покашлювання, "клубок в горлі", залишки. При цьому діти відчують страх смерті, бояться задихнутися. Приступи психогенної задишки у дітей нагадують приступи бронхіальної астми і часто періодично діагностуються саме як соматичний розлад. Однак при психогенному походженні задишки застосування симптоматичного лікування не дає бажаного результату, і кожен наступний приступ задишки у дитини психологічно сприймається нею важче, ніж попередній. Серед опосередкованих діагностичних критеріїв слід звертати увагу на наявність у дитини інших психосоматичних розладів, таких як дискінезія жовчовивідних шляхів, гастродуоденіт, панкреатит або наявність шкірних алергічних реакцій чи рухових розладів у вигляді тиків або гіперкінезів. Психологічно обтяжені пацієнти з психосоматичними розладами дихання виявляють у них низький рівень адаптованості до стресових ситуацій, неадекватний рівень самооцінки (внаслідок гіперопіки та обожнювання батьками, що суперечить одинці та ставленню оточення). Оскільки в основі виникнення розладу зазвичай лежить астенична депресія, лікування передбачає поєднання симптоматичних препаратів з застосуванням антидепресантів, що мають слабо виражений седативний ефект, та препаратів, що мають активізуючу дію.

#### **Поведінкові та емоційні розлади**

Окрему групу психічних розладів у дітей складають поведінкові та емоційні розлади.

**Гіперкінетичний розлад (F90)** – це група психічних розладів, яка виявляється надмірною активністю поведінки дитини, що супроводжується неуважністю та браком наполегливості у виконанні та особливо завершенні поставлених задач. Розлад зазвичай виникає приблизно у п'ятирічному віці. Серед пацієнтів частіше зустрічаються хлопчики. Схильність дитини поводитися незавершеною одну діяльністю і починати іншу, надмірна активність, небажання докладати копітливих зусиль до виконання поставлених завдань призводять до незадовільного опанування новими знаннями (особливо читанням) та спричиняє часті скарги дорослих на "некерованість" дитини, які відзначаються і не менше ніж у двох різних ситуаціях (дім. школа, повсякденні стосунки). Діти з гіперкінетичними розладами часто виявляють схильність до невваженої, асоціальної або навіть небезпечної поведінки. Діагноз ставлять на підставі гіперактивності та порушень уваги, що утримуються протягом досить тривалого часу.

**Розлади поведінки (F91)** – психічний розлад, що характеризується стійкими повторюваними порушеннями поведінки, які виявляються в асоціальних, небезпечних, агресивних, руйнівних та інших вчинках, не притаманних віковій дитині та небезпечних як для неї самої, так і для оточення. Загалом, поведінка дитини не відповідає актуальній ситуації, ставленню до неї, суперечить побажанням, очікуванням та емоціям оточення. Діти з розладами поведінки часто потрапляють у поле зору співробітників правоохоронних органів.

Серед розладів поведінки виокремлюють несоціалізовані (F91.1) і соціалізовані (F91.2). При соціалізованих розладах виявляється стійка агресивна поведінка, що відзначається у дітей, які достатньо інтегровані у групах ровесників (переважно делінквентного характеру), але не можуть перебувати в адекватних контактах з дорослими та в інших групах ровесників. Несоціалізовані розлади поведінки характеризуються стійкою асоціальною і агресивною поведінкою, що погано поєднується з груповою приналежністю.

**Емоційні розлади з початком, специфічним для дитячого віку (F93)**, можуть виступати предметом зацікавлення медичних психологів та психотерапевтів у зв'язку з частими зверненнями до них батьків, діти яких страждають на фобічні тривожні розлади.

ди, соціальні тривожні розлади та інші емоційні розлади. При фобійних тривожних розладах у дитини постійно і/або періодично виникають приступи страху, який, хоча і відповідає їх віковому рівню і пов'язаний з наявними соціальними умовами, значно перевищує адекватний рівень. Соціальні тривожні розлади виявляються постійною тривогою, що з'являється у дитини при соціальних контактах з будь-якими незнайомими людьми і призводить до порушення соціального функціонування. У зв'язку з обмеженістю соціальних контактів дітей дошкільного віку про наявність даного розладу можна говорити тільки у дітей після шести років.

Група психічних розладів, що починаються в дитячому віці, не обумовлені конституціонально та змінами адекватних умов середовища або позбавлені сприятливого впливу соціуму і поширюються на усі сфери психічного функціонування дитини в МКХ-10, об'єднана в рубрику "Розлади соціального функціонування з початком, специфічним для дитячого і підліткового віку (F94)".

**Елективний мутизм (F94.0)** – психічний розлад, що полягає у стійкому небажанні розмовляти у певній (або у кількох) соціальних ситуаціях. Розлад спостерігають у дітей, які розуміють мову і самі вміють розмовляти, та, ймовірно, в результаті гіперопіки або психічної травми, відмовляються це робити. У деяких дітей також зазвичай відзначають затримку початку мовленнєвої активності, порушення артикуляції, зміни настрою з ознаками агресивності, схильність до компульсивних дій, а також енурез і енкопрез. Більшість дітей розмовляють з рідними та близькими знайомими, але стійко мовчать при зустрічі незнайомих або у великих групах ровесників (дитячий садочок, школа). Застосування сімейної, поведінкової та індивідуальної психокорекції та психотерапії зазвичай дає стійкий позитивний ефект.

**Тикозні розлади (F95)** – мимовільні стереотипні неритмічні моторні рухи або звуки, які несподівано виникають у дітей, в котрих відсутні неврологічні розлади, багаторазово повторюються і не піддаються цілеспрямованому керуванню, хоча у деяких випадках пацієнт може пригнічувати їх за певних умов. При розвитку хвороби дитина може свідомо їх викликати або пригнічувати. Тики можуть виявлятися як у вигляді ізольованого розладу, так і у поєднанні з симптомами навіязливості або іпохондрії. *Прості тики* виявляються у кліпанні, посмикуванні повіки, шиї, плечей або носа; у покашлюванні, шмигання носом, пирканні тощо. *Складні тики* – дотики до себе та різних предметів, жестикуляція, присідання; повторення певних слів або звуків (палілалія), лайка (копролалія) та ін.

Походження розладу пов'язане з порушеннями нейрохімічної регуляції ЦНС, має генетичний характер та може виникати після черепно-мозкової травми, психотравми або стресу.

Найчастіше тики виявляються у формі *транзиторного тикового розладу* і спостерігаються майже у чверті усіх дітей: кліпання, посмикування голови, покусання губ, випинання нижньої щелепи, обертання голови, а також смикання пальців, стискання руки в кулак, смикання ногами, гикавка, позікання, прокашлювання. Розлад виникає зазвичай в результаті впливу психогенних чинників, у багатьох дітей припиняється спонтанно (особливо за умови ігнорування тиків), піддається лікуванню за допомогою поведінкової психотерапії.

При *хронічному руховому або голосовому тиковому розладі* спостерігають множинні тики, які з'являються по чергово майже щоденно і багаторазово. Тривала поведінкова психотерапія діє стійкий позитивний ефект.

Складніший клінічний перебіг спостерігається при *синдромі де ля Туретта* – комбінованому голосовому та множинному тиковому розладі, який має чітку генетичну схильність та виникає внаслідок дифузних порушень функціональної активності у ба-



зальних ядрах та глибоких частках мозку. Різноманітні голосові та рухові тики виникають у дитини щоденно кількаразово, поступіно змінюючи свою локалізацію та інтенсивність. Розлад призводить до підвищення рівня тривожності, агресивності та затримки розвитку дитини. Рекомендована тривала групова, сімейна, поведінкова та індивідуальна психотерапія у поєднанні з застосуванням нейролептиків.

Серед інших емоційних розладів і розладів поведінки, що переважно починаються у дитячому і підлітковому віці (F98), в першу чергу варто пам'ятати про неорганічний енурез, який виявляється у мимовільному сечовипусканні, не пов'язаному з органічними розладами, та втратою контролю за функцією випорожнення. Визначення розладу ймовірно залежить від когнітивних функцій, генетичної схильності та впливу психічної травми. Хворість переважно хлопчики, у дівчаток частіше відзначають денний енурез. Хвороба призводить до формування у дитини зниженої самооцінки, соціальної ізоляції та міжособистісних конфліктів. Терапія меліпроміном, ретельне дотримання гігієнічних вимог, режиму сну та споживання рідини у поєднанні з поведінковою психотерапією дають позитивний ефект у половині випадків. У деяких пацієнтів розлад минає у юнацькому віці спонтанно.

Подібний за етіологією та перебігом неорганічний енкопрез, який виявляється у недержанні калу у поєднанні з труднощами концентрації та утримування уваги, гіперактивністю, розсіяною увагою, іншими емоційними та поведінковими розладами. Інколи розлад можна пов'язати з регресивним розвитком в результаті сильного психотравмуючого чинника або з неспроможністю та небажанням дитини дотримуватися ustalених соціальних норм поведінки. Сімейна, групова та індивідуальна психотерапія у поєднанні з прищепленням гігієнічних навичок у більшості випадків дає швидкий позитивний ефект.

На відміну від двох попередніх розладів, які формуються переважно у 4–6-річному віці, розлад харчування у ранньому дитинстві можна спостерігати у дітей починаючи з 3-місячного віку. Розлад виявляється у соматично здорових немовлят у постійній відмові від їжі, зригуванні, зниженні маси тіла. Походження розладу в першу чергу пов'язують з порушенням стосунків між матір'ю і дитиною, що виникає при нестачі емоційного задоволення дитиною. У дітей, старших за один рік, та у дорослих розлад спосередковано вказує на розумову відсталість. Лікування скероване на подолання ускладнень розладу – дистрофія та зневоднення – у поєднанні з сімейною та індивідуальною психотерапією матері можуть давати позитивний ефект. Однак смертність дітей з розладом харчування становить 25 %.

Майже третина дітей віком до шести років хоча б одноразово виявляла симптоми поїдання неїстівного (пика). Однак коли дитина виявляє спійке прагнення до споживання землі, фарби, фекалій, паперу, волосся та інших неїстих речовин, які вона вже куштувала і переконалася у їхній непридатності до їжі, свідчить про наявність психічного розладу. Переважно розлад виступає як симптом аутизму, шизофренії, олігофренії чи синдрому Кляйна – Левіна. У випадку ізольованого симптому його походження пов'язують з розладами взаємин матері з дитиною, яка намагається у спотвореній формі задовольнити оральну потребу, або про нестачу певних компонентів харчування (крейду їдять при дефіциті кальцію). Сімейна психотерапія, покликана слонувати батьків приділяти дитині більше уваги та задовольняти її емоційні потреби, корегуюча терапія з позитивним підкріпленням, зрідка – негативне підкріплення звичайно дають стійкий позитивний ефект.

Емоційний розлад, з яким найчастіше батьки хворої дитини звертаються не лише до лікарів, а й до медичних психологів – заїкання, виявляється у повторенні (або пролонгації окремих звуків чи слів) складів, слів. Щодо походження розладу єдиної думки не

існує. Фізіологи вважають, що розлад виникає внаслідок порушення спеціалізації мовленнєвих функцій, психологи – що він пов'язаний з незадоволеними потребами, виникає під впливом стресових факторів та підкріплюється повтореннями, кібернетики – порушенням зворотного зв'язку в автоматичному процесі мовлення. Розлад починається з кількаразового повторення перших звуків або складів речення, згодом посилюється і виявляється при намаганні вимовити особливо важливі слова (іменники, дієслова, прикметники) чи у присутності значущих інших. Починаючись у дошкільному віці, заїкання може або повністю припинитися, або посилитися з віком і у підлітковому та дорослому віці призводити до фрустрації, тривожності, репресивності, а також вимушеної заміни "складних" слів, уникання спілкування та нападів балакучості. Психотерапевтичне лікування (окрім гіпнотерапії) неефективне. Позитивний ефект дають психокорекційні методики, скеровані на відволікання уваги та релаксацію, який переважно є нестійким, і приступи заїкання повторюються при значних емоційних та психічних навантаженнях.

*Мовлення захлинаючись* виявляється у порушенні його швидкості та ритму, що може робити його незрозумілим для оточення. У мовленні відзначають безладні неправильно складені фрази, які особливо помітні при сильному психоемоційному реагуванні. Причини формування розладу невідомі, однак те, що вони часто супроводжуються емоційними розладами та корелюють із психотравмуючими ситуаціями, дає підстави думати про психогенну природу розладу. Фрустрація, тривожність, репресивність, порушення соціальної адаптації потребують застосування методів сімейної психотерапії, хоча у більшості випадків розлад спонтанно минає у старшому підлітковому та юнацькому віці.

В окрему групу психічних розладів у дітей об'єднані **патологічні звичні дії**. Зважаючи на те, що ці розлади досить поширені, часто можуть призводити до появи косметичних дефектів чи порушень соціальної адаптації, а також у зв'язку з імовірним впливом на їх формування патопсихологічних чинників, у групу включають: яктіцію, оніхофагію, трихотиломанію, смоктання пальців і/або язика та деякі стереотипії у дітей.

**Трихотиломанію** (нав'язливе прагнення висмикувати власне волосся) (F63.3) розглядають як один із варіантів аутоагресії, розлад імпульсів (компульсію), що ґрунтується на приховуваній тривожності або депресії. Хворі відчувають нездолану потребу торкатися до свого волосся (в т.ч. брів та вій), висмикувати їх і роздряпувати шкіру, вкрити волоссям (Keuthen; Christenson, McKenzie). Перед висмикуванням волосся у дитини відзначається виражена напруженість, яка зникає після висмикування. Від дерматологічних захворювань (наприклад, алопеції) трихотиломанія відрізняється відсутністю зони нестабільності росту волосся (при слабкому посмикуванні поряд із зоною ураження волосся не випадає) і тим, що зона ураження завжди знаходиться в межах легкої досяжності домінантної руки. Неусвідомлюване прагнення торкатися волосся, накручувати його на палець або олівці, що з'являється у моменти відволікання дитини, вказують на схильність до трихотиломанії. Психологи як причину або провокуючий фактор розвитку розладу вказують на вчинки батьків: знущання, побої та приниження дитини, завищені вимоги, перестимуляцію, а також на пияцтво батьків, сварки в сім'ї, розлучення або повторне одруження батьків, переїзд, смерть значущих близьких, народження іншої дитини тощо.

Розлад частіше формується у дівчаток, часто поєднується з оніхофагією. У деяких пацієнтів – продовжується у дорослому віці.

Трихотиломанія може минати спонтанно за умови усунення основного психотравмуючого фактора, а також у юнацькому віці, коли молода людина змінює своє ставлення до нього і зменшує емоційне залучення. Розлад загалом погано піддається лікуванню.

показане застосування транквілізаторів та антидепресантів у поєднанні з поведінковою психотерапією, психоаналізом.

**Онїхофалію** (обрізання нігтів) розглядають як один із різновидів розладів харчування – поїдання неїстівних речей – або як аномальну поведінку при розладі потягів, що виявляється у специфічних звичних рухах. Разом із якталією (розгойдування тулуба та похитування головою) та смоктанням пальця, язика онїхофалія є своєрідним рудиментарним непатологічним прообразом патологічних розладів: органічних ушкоджень головного мозку, депресії, шизофренії, неврастенії. Усі ці звичні дії виконують роль компенсаторного фактора, що забезпечує дитині досягнення комфорту вислідок тактильного контакту, а у немовлят сприяє засиненню (в першу чергу розгойдування тулубом та смоктання пальця або язика). Хоча формуються розлади завичай на тлі органічної церебральної недостатності та конституціональної схильності, безпосереднім приводом для їх виявлення стають психогенні. Психотравмуючими факторами, що передують формуванню патологічних звичних дій, є: емоційна депривація, розлука з матір'ю, сенсорна депривація, конфлікти в оточенні дитини. Варто відзначити й певні особистісні особливості дітей з патологічними звичними діями: млявість, байдужість, боязливість, плаксивість, що поєднуються з: агресивністю, впертістю, конфліктністю, схильністю до істеричних поведінкових реакцій.

Часті патологічні звичні дії (крім трихотиломанії) спостерігають у дітей із затримкою психічного розвитку, а також у виколаних дитячих будинків або у дітей, позбавлених батьківської опіки, догляду та ласки. З віком виявлення (особливо публічне) патологічних звичних дій стає контрольованим і маніфестує лише за умови значного психотравмуючого впливу. Самі ж розлади ймовірно набувають інших форм патологічних розладів поведінки.

#### 3.5.4. Психологічні складові терапії

У терапії дуже часто доводиться зустрічатися з впливом психологічних факторів та формування психотенічних розладів. Відаті терапевти, усвідомлюючи значення впливу психологічних факторів, сприяли розвитку різноманітного підходу до хворого, відповідної поведінки. Справді для більшості терапевтів стало постулатом, що всі їхні знання, поведінка в процесі лікувальної діяльності, та й саме лікування, будуть незадовільними, якщо в основу всього цього не буде закладене цілісне розуміння людського організму у всій складності його фізичних і психічних проявів. Проте б захворювання не йшлося, по-справжньому глибоко зрозуміти його можливо, лише враховуючи всі психічні та фізичні прояви особистості, а також їх зв'язок з конкретними життєвими умовами.

#### Психосоматичні розлади серцево-судинної системи

Найчастішою скаргою, з якою пацієнти звертаються до терапевтів, є біль в ділянці серця. Зважаючи на те, що ці скарги можуть аказувати на прояви різноманітних захворювань, "кардіологічний синдром" досліджує значна кількість фахівців – і терапевтів, і психіатрів, і психологів. Однак і на сьогодні відсутній єдиний погляд на механізм розвитку даного феномену (В. І. Мажокін, Р. Мейзак, О. Ю. Майчук). Проте, більшість фахівців вважає, що виникнення і сприймання болю є процесом багатфакторним і багаторівневим, адже сприймання болюєвих відчуттів залежить не лише від стимулу рецептора, а й від рівня нейровегетативної регуляції, емоційної й когнітивної сфери, від стану власне сприймаючого центру болю. Визнана науковцями концепція Калоту достатньо повно і різноманітно описує механізми формування болю. Згідно з цією концепцією автор виділяє шість рівнів формування болю: I – чуттєвий (сприймання, соматична перцепція), II – нейрофізіологічний (автономно-біохімічний), III – афективно-мотиваційний,

IV – поведінковий (вербально-моторний), V – інтерперсональний, VI – інформаційно-процесуальний (централізований контроль). Заслугує уваги також модель формування болю, запропонована Levental, згідно з якою у виникненні та формуванні механізму болю провідну роль відіграє центральний механізм, а не чуттєвий компонент. Саме цим автор пояснює відчуття болю, що виникає при соматоформних розладах та при фантомних болях.

**Судинна дистонія** під назвою синдрому Да Кости вперше описана ще в кінці XIX ст. лікарями Да Костою та Мак-Ліаном як розлад, що виникає внаслідок стресу і виявляється надмірною втомою, запамороченням, втратами свідомості, тахікардією, кардіалгією, систолічним шумом на верхівці серця, екстрасистолією, а також нетривалими втратами зору, ортостатичними розладами. Спершу розлад пов'язували зі значними психоемоційними перенавантаженнями, однак вже на початку XX ст. П. Вайт та Т. Джонс спостерігали його у 10 % всіх пацієнтів із серцево-судинною патологією, а Т. Левіс – у людей з вираженими невротичними ознаками. П. Вуд запропонував цей розлад розглядати як емоційну реакцію психопатичної особистості (невроз тривоги).

Про психопатологічну природу розладу свідчить обов'язкова наявність у пацієнтів транзиторної гіпер- або гіпотензії (резистентної до терапії), зниження сенсорного сприймання, зміна особистості пацієнта (обмеження професійної та соціальної активності, високий рівень тривожності за ймовірні небезпеки щодо своїх близьких та себе самого, схильність до іпохондрії), ознаки дистимії або депресії, а також вегетативна симптоматика. За даними С. Morris, симптомокомплекс, що відповідає поняттю синдрому Да Коста, відзначають у 21 % усіх людей та у 56 % терапевтичних пацієнтів.

#### **Психогенна артеріальна гіпотензія**

До групи психосоматичних розладів серцево-судинної системи входить патологічна гіпотензія. Особливий інтерес викликають гіпотонічні кризи, що виникають на тлі вираженої астенізації після тривалих хронічних захворювань або в результаті стресу чи психотравми. Синкопальні епізоди, які часто спостерігаються у вигляді короткотривалої втрати свідомості як у побуті, так і під час лікування та обстеження пацієнтів, не стають об'єктом дослідження медичної психології, але можуть виступати як провісники патологічної хронічної артеріальної гіпотензії.

Хронічна психогенна гіпотензія зазвичай формується у астеничних особистостей (переважно у жінок середнього віку), які ведуть малорухливий спосіб життя, педантичні та схильні до надмірного рефлексування. Загальні скарги при хронічній гіпотензії: різноманітні розлади сну, відчуття постійної втоми, що не минає після відпочинку і сну, зниження здатності до концентрації уваги, розлади пам'яті тощо. Специфічні кардіальні скарги – на різного виду та інтенсивності болі в ділянці серця, стійкі тривалі, резистентні до нітрогліцерину, суб'єктивне відчуття "серцебиття" або "випадіння" окремих серцевих ударів, задишка при мінімальному фізичному навантаженні, виражена пастозність або набряки гомілок і стоп, що з'являються наприкінці дня. Обов'язковими є такі церебральні симптоми, як запаморочення (особливо при незначному фізичному навантаженні, тривалому перебуванні у задушливому приміщенні), що супроводжуються вегетативними розладами і значною тривожністю, гіперчутливість до світла, звуку, дотиків, частий або постійний головний біль різноманітної інтенсивності, локалізації, характеру, резистентний до анальгетиків, який минає при необтяжливих фізичних вправах на свіжому повітрі, а також нерізько виражений латентний страх висоти та відкритих просторів, який може супроводжуватися втратою автоматизму ходи. Епігастральні симптоми: спотворення апетиту, печія, нудота, відрижка повітрям, діарея або закрепи.

Оскільки усі перелічені симптоми сприймаються як хворобливі не лише пацієнтами, а й лікарями загального профілю, діагноз зазвичай встановити досить складно. І проводиться лікування, сфокусоване на купірування групи провідних симптомів.

#### **Психогенна артеріальна гіпертензія**

Психосоматичний розлад серцево-судинної системи у вигляді артеріальної гіпертензії – один з найбільш досліджених психологами та клініцистами, які погоджуються з залежністю між підвищенням артеріального тиску та характерологічними особливостями особистості пацієнта, що виявляється у: значній тривожності, підвищеній вразливості і збудливості, афективній нестійкості (особливо на фоні тривалої психотравмуючої ситуації), яка не знаходить емоційного виходу і не зменшується внаслідок позитивних переживань.

Г.Ф. Ланг виокремив основні патогенетичні фактори гіпертонічної хвороби:

- Психічне травмування
- Постійна афективна напруженість
- Триада і неспокій
- Пригнічення гніву та агресивних імпульсів
- Боротьба за визнання
- Підвищене почуття відповідальності та страх не справитись з дорученою справою
- Хронічний брак часу
- Відчуття необхідності, безперервного контролю зовнішніх проявів своїх почуттів.

Серед прерорідних особливостей особистості, що призводять до розвитку лабільної артеріальної гіпертензії, особливо слід звертати увагу на виражену афективну нестійкість (нерідко на тлі тривалої психотравмуючої ситуації), тривожність, підвищену вразливість і збудливість, ригідність у викраєнні неприємних вражень і обмежену здатність до переживання позитивних емоцій (склонність до песимізму, фобій і спастичних явищ, замкнутість, ворожість і підозрливість до оточення). Іпохондрична наладштованість зазвичай формується в емоційно нестабільних особистостях з тенденцією до надмірної фіксації на своєму зорочі. Порушення психічної сфери, що виявляється у: підвищеній драматичності, надмірній чутливості щодо значущих зовнішніх подразників, швидкої емоційності, зниженні працездатності, розладах сну і схильності до вазоконстрикторних реакцій на різні подразники – чітко окреслюються ще в інцидентній стадії захворювання.

Дані спеціальних психологічних досліджень свідчать про те, що хворим з артеріальною гіпертензією притаманна переважно "споживча" поведінка, сфокусована лише на задоволенні власних потреб. У той же час ці хворі відрізняються значно більшою пасивністю в досягненні своїх цілей і ймовірно більш низьким ступенем "самоцінки" порівняно зі здоровими людьми. Неможливість активно реалізувати свої претензії і необхідність постійно контролювати свою поведінку відповідно до вимог суспільства створює постійним джерелом емоційної напруженості хворого. Таким чином, визначений дефект у соціальному вихованні, що обумовлює однобічну, егоїстичну орієнтацію особистості, паляє собою, власне кажучи, один з дуже важливих факторів ризику артеріальної гіпертензії.

У розвитку артеріальної гіпертензії вирішальну роль відіграє постійна або періодична афективна напруженість з домінуючими ангіоспастичними явищами, що спричиняє підвищення загального периферичного опору. Тимчасове підвищення артеріального (переважно систолічного) тиску під впливом афективних переживань або раптовий різкий його підйом – гіпертонічний криз – безпосередньо після впливу психотравмуючих чинників, часто виникає не лише у клініці неворотлих станів і стійкої артеріальної гіпертензії, а й у практично здорових людей. Наростає афективна напруженість на тлі

соматогенної і психогенної астенії обумовлює нерідко трансформацію стійкої артеріальної гіпотензії в лабільну артеріальну гіпертензію, при якій починаються раптові і різкі перепади артеріального тиску, що переносяться особливо важко.

Серед скарг пацієнтів з артеріальною гіпертензією на першій план виступають скарги на головний біль, а також скарги на "неприємні відчуття в голові", запаморочення, озноб, різке похолодіння та заніміння кінцівок, шум у вухах, фотопсії, брах повітря, біль в ділянці серця, що імітує напад стенокардії або інфаркт міокарда. На тлі тривожно-тужливого настрою хворі відзначають неприємні та болісні відчуття в голові (тиск, постукування) і у всіх частинах тіла (стискання, оніміння, поколювання тощо). Характерно, що стійкість, поширеність і розмаїття цих алгій, що зберігаються в деяких хворих і при нормалізації артеріального тиску в процесі гіпотензивної терапії, дозволяють говорити про психогенний характер розладу. Постійний головний біль, який імовірно виникає внаслідок тривалого напруження м'язів обличчя та шиї через необхідність постійного контролю над проявами власних емоцій, образи, ворожості до когось або незадоволенних потреб, у хворих з психогенною артеріальною гіпертензією зникає при застосуванні транквілізаторів, що мають міорелаксуючі властивості, та рефлексотерапії.

Відомо, що в основі численних скарг хворих (давить, смикає, переливається та ін.) переважно є реальні відчуття, викликані судинними розладами, які самі хворі трактують згідно зі своїми уявленнями про хворобу, та потреба в отриманні вторинної вигоди. Специфічні симптоми гіпертензії сприяють активізації фобій, які нерідко на ранніх етапах захворювання набувають виразного пароксизмального характеру і протікають за типом церебрально-судинних або гіпоталамічних кризів, що супроводжуються вітальним страхом, дифузійною тривогою, розгубленістю, почуттям пригніченості і туги, запамороченням, наростаючим головним болем, відчуттям браку повітря і "нудоти", ознобу і похолодання кінцівок, а відтак – роблять уявлення про наближення смерті ще більш переконливим для хворого.

Психопатологічні прояви виявляються не лише у постійному, стійкому нездоланному страху смерті, а й можливих наслідків захворювання, в першу чергу паралічів, психічних розладів, безпорадності та залежності від оточення.

Усе це свідчить, що психогенна артеріальна гіпертензія за своїм походженням та перебігом наближена до неврозів з домінуючою вазоконстрикторною реакцією і повинна лікуватися в першу чергу з цієї позиції.

#### **Психогенна ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда**

Ішемічна хвороба серця (ІХС) виникає внаслідок звуження коронарних артерій, зумовленого їх ураженням атеросклеротичним процесом.

У літературі поширене поняття "коронарної особистості" (Ф. Данбар), яка відзначається агресивно-імпульсивною поведінкою, коли багато зусиль докладається для досягнення успіхів у професійній діяльності та визнання. М. Фрідман і Р. Росенман виокремили особистісні типи хворих на ІХС:

- Тип А – ворожо-суперницький. До якого належать люди, які наполегливою працею намагаються досягти успіху, поставивши перед собою високі, але чіткі та досяжні цілі, водночас інтенсивно конкуруючи з колегами. Через неадекватну оцінку власних можливостей у їх професійній діяльності часто трапляються невдачі, які не лише пригнічують та засмучують їх, а й сприяють формуванню заниженої самооцінки не лише щодо власних професійних якостей, а й загалом до власної особистості. Ці люди потребують високої моторної активності, вони рухливі, нетерплячі, при хворобі у таких пацієнтів виявляють значне підвищення в крові рівня холестерину, ліпопротеїдів, кортикостероїдів.

- Тип Б – пацієнти з ІХС, які теж прагнуть досягнення успіху у житті, але у досягненні своєї цілі не виявляють надмірної наполегливості та агресивності.

Отже, розвитку ішемічної хвороби серця сприяють такі особистісні характеристики людини: прагнення до значних професійних та статусних досягнень, тривалий період "недооцінювання" соціумом їхніх чеснот та досягнень, марнославство, змирення самоцінкі, а також вираження акцентуації характеру, що призводить до конфліктів та хронічного емоційного напруження. Оскільки тривале емоційне напруження призводить до істотної активації фізіологічних та біохімічних процесів (гіпертікемія, гіперхолестеринемія, тромбоцитоз, прокоагулянтні зміни системи зсідання крові), при гіподинамії виникають умови для виникнення розладів гемодинаміки, порушень метаболізму серця та судин, розвитку атеросклерозу, і як наслідок – артеріальної гіпертензії. Для пацієнтів з психогенною ІХС характерна дифузна тривожність, тісний зв'язок між психоемоційним стресом та появою відчуття болю в ділянці серця, а також спонтанне різке покращення самопочуття в результаті усунення психотравмуючих факторів та задоволення основних потреб особистості.

На відміну від класичної ішемічної хвороби серця, яка характеризується гострими несподіваними короткотривалими приступами, що виникають внаслідок надмірного фізичного навантаження і купіруються нітрогліцерином та мають тенденцію до поступового поліпшення стану пацієнта, при психогенній ІХС приступи поступово наростають після психоемоційного навантаження, тривають значно довше, не реагують на нітрогліцерин та не мають тенденції до посилення з часом.

Патофізіологічною основою порушень психічної діяльності при інфаркті міокарда є розлад мозкового кровообігу, який його супроводжує, кисневе голодування, яке супроводжує порушення серцевої діяльності і розпади дихання, розлад некротичних тканин і надходження в кров токсичних продуктів. Особливе значення мають рефлекторні впливи болювих імпульсів на центральну нервову систему. Зумовлені порушеннями функцій вегетативної нервової системи. В картині порушень психічної діяльності велику роль відіграють психологічні компоненти, пов'язані з внутрішньою картиною хвороби у конкретного хворого.

Виділяють кілька етапів у розвитку цих порушень. Препродоманний період характеризується відчуттям "неясної затуманеної голови", меншкім посприйняття оточення, неможливістю зосередитися при розумовій діяльності, головним болем, запамороченням. В емоційній сфері – з'являються відчуття тривоги, небезпеки, туги, інді ейфорія. Це симптоми, які сигналізують про наближення приступу та на які повинен звертати увагу сам пацієнт для того, щоб адекватно на них відреагувати і запобігти їх наростанню.

Основним проявом гострого періоду є больовий синдром, який досить часто супроводжується несвідомим страхом смерті. У такому стані хворі лежать неперушно, дещо відчужені від оточення, або тривожні, рухово неспокійні, метушливі, розгублені. Іноді такий стан наростає і хворі підскакують з ліжка, ходять, говорять, незважаючи на те, що розуміють небезпеку такої поведінки, але не можуть заспокоїтися і легти. Спостерігається певна кореляційна залежність між локалізацією інфаркту міокарда і характером змін психічної діяльності. При інфаркті задньої стінки міокарда спостерігається несвідомий страх смерті, тривога, туга. Ейфорія здебільшого супроводжує інфаркти передньої стінки, а також спостерігається при комбінованих ураженнях. Ейфорія завжди є ознакою важкого ураження серцевого м'яза і глибших психічних порушень. Це ускладнюється ще й тим, що такі хворі у зв'язку з неадекватною оцінкою свого стану порушують п'яувальний режим, наражаючи себе на небезпеку.

Іноді в картині психічних розладів переважають апатія, адинамія. Такі хворі лежать спокійно, не скаждяться і не виявляють інтересу ні до чого. Всі інфарктні хворі стражають

дають на порушення сну і часто бачать сновидіння, в яких відображаються психологічні конфлікти, що непокоять хворого. Таких хворих необхідно розпитувати не тільки про самопочуття, але й про переживання, хвилювання, настрій, сновидіння. Це дозволяє з'ясувати внутрішню картину хвороби і вплинути на неї.

Після закінчення гострого періоду починають наростати слабкість, дратівливість та інші ознаки астенії. Хворих дратує яскраве світло, шум, галас, тактильні контакти, медичні процедури. Астенічні прояви зберігаються на досить тривалий термін, можливе виникнення іпохондричної фіксації на минулих відчуттях, змінюється ставлення до больового синдрому. Після перенесеного інфаркту навіть незначні больові відчуття в ділянці серця викликають реакцію страху. У деяких хворих після інфаркту формується певний стиль поведінки: дотримання особливого щадного режиму, обов'язкове, але формальне дотримання приписів лікаря, обмеження кола своїх обов'язків, зосередження уваги на хворобі, наростає тривожність, знижується почуття товарищескості та щирого ставлення до близьких, з'являється відвертий егоцентризм з акцентом інтересів на самому собі, на власному організмі та його функціях і, нарешті, підсилена з часом тенденція до пильного спостереження за своїм здоров'ям помітно збільшують імовірність формування іпохондричного розвитку особистості.

Усі особистісні зміни, які призвели до формування у пацієнта ІХС та інфаркту міокарда, після маніфестації хвороби різко посилюються, що у свою чергу призводить до погіршення соматичного стану – утворюється так звана "психосоматична спіраль".

Разом із психогенними реакціями особистості на серцеві захворювання у хворих цієї категорії можуть спостерігатися невротоподібні порушення, пов'язані з хворобливим процесом і зміною кровопостачання органів. Так, при вадах серця найчастіше відзначають неврастеніоподібні стани, що супроводжуються підвищеною втомлюваністю при фізичних навантаженнях і психастенічними явищами. Першою ознакою психастенії є виснаження активної уваги, що під час бесіди з лікарем виявляється у реакціях роздратування, сльозливості, відмови від продовження розмови. При погіршенні соматичного стану хворого на зміну дратівливості і збудженню приходять млявість і байдужість. Істотно значення мають порушення сну, який стає поверхневим, з частими прокиданнями і сновидіннями неприємного змісту. В деяких випадках спостерігається виникнення істероформних розладів, які при тривалому перебігу призводять до змін особистості. Для іпохондричних розладів при вадах серця типовим є стійкий сенестопатичний синдром.

### **Психосоматичні розлади органів дихання**

Основною фізіологічною функцією, яку виконують органи дихання, є насичення крові киснем і підтримання кислотно-лужної рівноваги, що спільно з серцево-судинною діяльністю забезпечує реакції пристосування організму. Відомо, що респіраторні прояви є чи не основним способом вираження психоемоційного стану та переживань людини. Обмеження свободи людини ототожнюють з браком повітря, переляк, захоплення, збентеження – зі збільшенням частоти дихання, неможливість вербально виявити свої емоції – з відчуттям спазму в горлі. Отже, при психічній травмі, переляку, тривозі виникають виражені порушення дихання, які вказують на зміни внутрішнього стану людини, зумовлені психогенними чинниками. Навіть такі незначні респіраторні порушення, як зітхання, виникають при потребі людини виявити відчуття смутку та журби – зітхання на висоті вдиху або полегшення – на висоті видиху (E. Straus).

Про ймовірне формування психогенних розладів дихання свідчить синдром морської хвороби.

**Психогенна задишка** – найбільш поширений симптом респіраторних розладів, що виявляється у скаргах на брак повітря, потребу у глибоких вдихах, утруднений вдих і/або



видих, сухий надричний кашель, сухість у горлі, запаморочення, обмеженості дихання через клубок у горлі та відчуття стиснення в грудях (т. зв. дихальний корсет), які виникають при незначних фізичних або емоційних навантаженнях. Водночас хворі відзначають неприємні відчуття та замінина в кінцях, спазми верхньої губи. Розлад переважно формується у дорослих людей молодого та середнього віку. Дослідження свідчать, що причиною появи психогенної задишки зазвичай стає надмірна тривожність.

Хворі часто переживають нездоланну потребу безпричинного збільшення частоти та глибини дихання, яка не лише не дає їм відчуття полегшення, а й супроводжується подальшою нетривалою затримкою дихання, яка наймовірно їх лякає та одразу стає об'єктом індохондричної фіксації. Пацієнти відзначають зв'язок між появою задишки та зміною настрою, тривожними чи депресивними думками, особливо на тлі пригнічення, тривоги, страху (особливо страху смерті від задухи).

При нелікованому розладі спостерігається значне погіршення стану пацієнта. Розлад не піддається лікуванню за допомогою традиційних методів пульмонології, однак за умов адекватної психотерапії, яка призводить до нормалізації афективного статусу, повністю зникає.

**Невротична бронхіальна астма.** У значній частині хворих на бронхіальну астму при психопсихологічному та клінічному дослідженні діагностується т. зв. уявна невротична астма, яка клінічно імітує бронхіальну астму – відзначаються бронхоспазм, подушення сокращі, набряк слизових оболонок, але завжди має психогенну, а не алергічну причину виникнення. На сьогодні немає єдиної точки зору щодо природи формування бронхіальної астми, адже активізувати макрофаги, що призведе до викинення медіаторів, які викликають локальну реакцію у трахеобронхіальному дереві, можуть різні причини – і психологічні (стрес, психотравма), і вплив антигену. Однак зазвичай приводом до появи нападу стає страх пацієнта. На користь психогенного походження також свідчать раптові переходи від рівномірного до прискореного поверхневого дихання і навпаки, залежно від появи чи зникнення психотравмуючого фактора. Клінічно приступ невротичної бронхіальної астми виявляється у стійкій нестачі повітря з затрудненим видихом, але супроводжується специфічними "шумовими ефектами" (стогін, гикавка, зітхання) і завершується патологічною сонливістю і вимушеною гикавкою або проханям.

Деякі науковці вважають, що астматичний стан виникає як умовнорефлекторна відповідь на подразники (стрес, страх, гнів, а також алергени, різкі запахи, інфекції), інші вважають (Ф. Александер), що він пов'язаний з внутрішнім конфліктом через брак материнської любові. До формування цього розладу більш схильні особистості, яких з дитинства примушували до оцінювання результатів власної діяльності та спонукали до пригнічення будь-яких природних проявів власних емоцій, особливо негативних. Даний психотип особистості через страх "осоромитися", постійне намагання приховати власну агресивність, зазвичай також схильний до формування сексуальних дисфункцій. Патопсихологічні дослідження хворих із невротичною астмою також свідчать про високий рівень репресивності, істеричності та низьку самооцінку, зниження соціальних контактів.

### Психосоматичні розлади органів травлення

Загально визнаним фактом є те, що органи травлення майже завжди реагують на значні психоемоційні переживання особистості. Близько 80 % всіх диспепсичних розладів зумовлені емоційними розладами. Відомі експерименти і П. Павлова підтверджують тісний зв'язок нервової системи і органів травлення. Немає необхідності підкреслювати, яке велике значення мають для психіки травлення і харчування. Розвиток дитини тісно пов'язаний з харчуванням материнським молоком, материнською турботою

та доглядом. Для особистості певних людей характерні "особливі звички" щодо харчування. Відома роль чистоти, гігієни, естетичності для запобігання розладів травлення. У скаргах на дисфункцію шлунково-кишкового тракту у дорослої людини часто знаходять відображення наслідки шкідливих впливів, які мало місце ще в дитинстві. На ґрунті негативних психічних впливів можуть сформуватися важкі хронічні розлади ковтання, іноді виникає розширення стравоходу, яке потребує хірургічного втручання. Відчуття "клубка в горлі" виникає при ковтанні і характеризується відчуттям сухості, тиску, напруження.

На думку Аствацатурова М. І., причиною функціональних розладів травлення є не лише гострі або тривалі психотрамуючі ситуації, а й смуток, докори сумління, туга, страх, розчарування, нудьга.

**Виразка дванадцятипалої кишки та шлунка.** Ще 100 років тому Апісгаї вказав на тісний зв'язок між змінами в нервовій системі і виникненням виразки дванадцятипалої кишки. В сучасній літературі дослідники різних шкіл і напрямків надають значну роль властивостям особистості та різноманітним потрясінням в житті хворих у виникненні цієї хвороби. Так, наприклад, психічні фактори виявляють значний вплив на секрецію шлунку. Особливо часто доводиться зустрічатися з виразковою хворобою шлунку у депресивних хворих, а також у людей з вираженою тривожністю, егоцентризмом, тривожно-фобійним синдромом. І все ж стрес і надалі вважають основним етіологічним фактором у формуванні виразкової хвороби.

У численних наукових дослідженнях зроблені спроби виокремити окремі психологічні типи хворих з виразкою. Більшість авторів (Freyberger, Balint, Loch) виокремлюють гіперактивний і пасивний типи, які ґрунтуються на внутрішньому конфлікті, оснований на неможливості поєднати протилежні потреби – у залежності та страху виявити свою залежність. Пацієнти з пасивним типом задоволені своїм залежним становищем і бояться його втратити, а з гіперактивним – уникають залежності, намагаючись зробити залежними інших людей. Overbeck і Biebl пропонують п'ять типів хворих: перший – психічно здорові, у яких виразкова хвороба виникла при значній регресії "Я"; другий – хворі на невроз; третій – хворі з соціопатією, схильні до надмірної залежності; четвертий – психосоматичні хворі, які завжди на психотравми та психічні навантаження реагують соматично; п'ятий – нормопатичні хворі, у яких на тлі хронічного психічного стресу в результаті надмірної орієнтованості на "норму" поведінки формується виразка. Ми ж погоджуємося з твердженням Ф. Александера, що "виразкового типу особистості не існує".

Найчастіше клінічна картина виразкової хвороби маскує приховану депресію, пов'язану з невідредагрованою дитячою психотравмою.

**Синдром подразнення товстої кишки.** Особливої уваги заслуговує зв'язок між діяльністю кишечника і психічним станом людини. Терміном "синдром подразненої товстої кишки", запропонованим Н. Воккус, об'єднують такі розлади: функціональна діарея, нервова діарея, невроз товстої кишки, спастичний коліт та ін. За даними А. Б. Смулевича, синдром подразненої товстої кишки – найпоширеніший психосоматичний розлад, яким страждає кожен п'ятий мешканець планети. Водночас, за даними J. Richter, діагноз синдрому подразненої товстої кишки гастроентерологи ставлять 11% своїх пацієнтів. Загалом можна зауважити певні спільні риси, притаманні пацієнтам із синдромом подразнення товстої кишки: ригідність, педантизм, схильність до фіксації на переживаннях неприємних ситуацій.

Синдром подразнення товстої кишки В. М. Мясіщев вважав маніфестацією тривожних і депресивних розладів, які супроводжуються вираженими вегетативними і алогічними розладами. Да Коста вказував на зв'язок між абдоминальними, діареєю та підвищеною тривожністю, патологічними страхами; це підтверджується тим, що у

стресових ситуаціях разом з гастроентерологічною симптоматикою загострюється і психопатологічна. Існує багато спостережень психічних впливів на діяльність кишечника. Відомі експерименти, коли через свідч спостерігали за впливом різних емоційних подразнень на кровопостачання кишечника. Під впливом подразників стінки його червоношар, судини розширюються. Коліти психічної етіології супроводжуються діареєю, закрепами або тенезмами. Профузна діарея може бути спровокована переживанням страху.

Основними клінічними проявами синдрому подразнення товстої кишки є порушення її моторної функції та абдоміналії. Порушення моторної функції виявляються у вигляді закрепів, діареї та чергуванням закрепів і діареї. У чутливих, сором'язливих людей почуття сорому може викликати тимчасові закрепи, як-от: закрепи у громадських місцях у молодих жінок, "дорожні закрепи". Особливо важливо слідкувати за травленням у людей похилого віку, оскільки розлади дефекації можуть стати у них витоком різноманітних страхів і приводом для занепокоєння. Пацієнти з закрепами після дефекації мають відчуття неповного випорожнення. Психогенна діарея виявляється у вигляді частих рідких випорожнень, загальний об'єм яких не перевищує звичайний. Абдоміналії виявляються приступами спастичного болю, який може змінювати як локалізацію, так і інтенсивність.

Більшість пацієнтів адаптуються до розладу і не звертаються по лікування ні до гастроентерологів, ні до медичних психологів. Систематична робота з медичним психологом може допомогти пацієнтові позбутися патопсихологічних чинників, що призводять до формування розладу. Для пацієнтів із синдромом подразнення товстої кишки характерна перебільшена фіксація на діяльності травної системи, яка призводить до формування надійного іпохондричного симптомокомплексу, що змушує їх кардинально змінювати режим життя та інтереси пацієнта. У таких випадках розлад може призвести не лише до соціальної дезадаптації, а й до інвалідизації пацієнта.

**Розлади харчової поведінки.** У групу поведінкових, пов'язаних з фізіологічними розладами і фізичними факторами, входять розлади прийому їжі, походження яких пов'язане з впливом психогенних чинників.

**Нервова анорексія (F50.0)** переважно виникає у дівчаток 12–18 річного віку, у яких відзначається порушення періоду ідентифікації або депресія пубертатного віку, та виявляється у свідомій відмові від прийому їжі та шлєспрямованих зусиллях, окерованих на схуднення (блювання, прийом послаблюючих препаратів, діуретиків, психостимуляторів, надмірні фізичні вправи). У зв'язку з формуванням надійної ідеї загрози ожиріння, раціональне переконування у нецільності та шкідливості подібних заходів не знаходить у них розуміння. Втрата ваги на 15 % більше за бажану та поява аменореї і затримка пубертатного розвитку переконливо свідчать на користь нервової анорексії. Патопсихологічне дослідження підтверджують у них зниження самооцінки та підвищену репресивність із суїцидальними тенденціями.

Позитивний результат дає антидепресивна терапія у поєднанні з транквілізаторами. Та лише за наявності ефективної психотерапії результат лікування вдасться закріпити. Випадки повторної нервової анорексії складають близько 50 %.

**Нервова булімія (F50.2)** – етіологія розладу подібна до нервової анорексії, хоча у багатьох випадках виступає як захисна функція при підвищеній соціальності. Пацієнти відзначають нездоволений потяг до їжі, задовольнивши який вони намагаються позбутися їжі за допомогою блювання, прийому послаблюючих препаратів, діуретиків, обмежень у їжі).

### 3.5.5. Психологічні складові дерматології

Ряд шкірних захворювань, таких як нейродерміт, псоріаз, екзема та ін., справедливо відносять до психосоматичних захворювань. Ще у XIX ст. Л. Кірін зауважив, що у багатьох хворих з афективними розладами з'являється висип на шкірі та свербіння. L. Brocq і L. Jacquet встановили зв'язок між стресом та екземою. Розумінню механізму формування шкірних захворювань сприяли роботи П. К. Анохіна, котрий вважав, що затримати емоцію неможливо, а внаслідок тривалих негативних емоцій посилюється якийсь вегетативний шлях з появою гіпертензійного стану судин, спастичного стану кишечника або дерматозу. У свою чергу, хвороба сприяє виникненню негативних емоційних реакцій на самий факт її існування, на оточуючих, що ще більше підсилює висип. В основі більшості шкірних захворювань лежить важкий стрес і/або прихована депресія.

Психологічна реакція хворих, які мають захворювання шкіри, зумовлена поширеністю і характером ураження (відкриті ділянки: обличчя, тіло), впливом на професійну діяльність, преморбідними особливостями особистості. У хворих з ураженням відкритих частин тіла відзначається гіпернозогнозична реакція. Вони стають несміливими, сором'язливими, скутими. Можуть виникати надцінні ідеї поведінки під час перебування в громадських місцях. При хронічному перебігу нейродерміту, екземи, псоріазу спостерігається патологічний розвиток особистості: закріплюється схильність до істеричних реакцій, тривожності, депресії; з'являється замкнутість, сором'язливість, сенситивність, непевність у собі. Такі хворі згодні на будь-які процедури та лікувальні заходи, щоб позбутися хвороби. Довге очікування процедури зазвичай викликає погіршення стану. Деякі пацієнти стають дратівливими, демонструють реакції протесту та вибуховість. Може відзначатися загострення інших патохарактерологічних рис. В їхньому виникненні не останню роль відіграє свербіння, яке посилюється вночі і не дає хворому спати. Найбільш виразні реакції на шкірні захворювання спостерігаються у підлітків. Вони призводять до депресивних станів, неадекватних характеру ураження, але сприймаються як катастрофа всіх планів та сподівань.

До складу психогенних шкірних захворювань психологи зараховують розлади, виникнення та перебіг яких зазвичай можна пов'язати зі стресовою ситуацією або пояснити тривалою депресією.

**Кропивниця** – хвороба, що виникає в результаті алергічних, нервових та ендокринних порушень та виявляється нестерпним свербінням та червоним висипом. Значний терапевтичний ефект, що виникає внаслідок застосування гіпнотерапії, дає підстави вважати, що провідним чинником у її формуванні є психологічні фактори. *Вовчак* поєднується з симптомами психопатії, психозу та афективних розладів. Зв'язок виникнення та особливостей перебігу *екземи* зі впливом важких психотравмуючих факторів не викликає сумніву і підтверджується терапевтичним ефектом гіпноугестії та психотерапії. Гострі психотравми виявляють в анамнезі хворих на **склеродермію** та **алопецію**, що супроводжуються зниженням потенції та статевого потягу.

### 3.6. Психічні розлади

Діагностика та лікування психічних розладів належить до компетенції психіатрів. Загалом погоджуючись із таким становищем, вважаємо за потрібне зазначити, що значна частина пацієнтів (10–51 %) загальносоматичних стаціонарів, за даними різних авторів (Л.В. Романенко, Ю.А. Александровський та ін.), страждають на неврози, психогенні розлади, акцентуації характеру та інші пограничні психічні розлади, а отже –

спершу отримують лікування від лікарів іншого профілю. Зважаючи на безумовне зближення сумасної загальної медицини та психіатрії, кожен лікар повинен не лише вміти діагностувати психічний розлад, а й надати фахову медичну допомогу у випадках, які не виходять за межі пограничних психічних розладів. Нині для оцінки психотичних розладів у соматичних пацієнтів залучають психіатра-консультанта, який переводить пацієнта у психіатричне відділення. Очевидно, що переважна більшість пацієнтів з незначними симптомами пограничних психічних розладів надавали і надаватимуть перевагу лікуванню у загальносоматичних, а не у психіатричних відділеннях. Дана ситуація потребує нових організаційних рішень і визначення місця психіатрії у загальномедичних установах. Залучення лікарів-психологів до роботи з пацієнтами загальномедичних установ з пограничними психічними розладами, на нашу думку, є доцільним і раціональним. Беззастережна медична освіта з поглибленим вивченням курсу психіатрії у поєднанні із знаннями медичної та загальної психології, навичками застосування психокорекційних і психотерапевтичних методик дають змогу лікарям-психологам на належному фаховому рівні діагностувати психічні розлади і надавати адекватну медичну допомогу.

Оскільки на даний час організаційно такий порядок лікування пацієнтів з пограничними психічними розладами не узаконений, у компетенцію лікаря-психолога входить діагностика розладу та за угодженням з лікуючим лікарем-психіатром – психокорекційна та психотерапевтична допомога в умовах загальномедичних або психіатричних стаціонарів.

### 3.6.1. Критерії психічного здоров'я

Загальне поняття здоров'я містить дві обов'язкові складові – соматичне та психічне здоров'я, наявність кожної з них необхідна для змалювання повної картини здоров'я особистості.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ критеріями психічного здоров'я вважають:

- Усвідомлення і почуття безперервності, постійності та ідентичності власного фізичного і психічного "Я".
- Почуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях.
- Критичність до себе і власної психічної діяльності та її результатів.
- Адекватність психічних реакцій силі та частоті впливів соціального середовища, соціальним обставинам і ситуаціям.
- Здатність самому управляти своєю поведінкою згідно з соціальними нормами і вимогами та законом.
- Здатність планувати власну життєдіяльність і реалізувати ці плани.
- Здатність змінювати свою поведінку залежно від зміни життєвих ситуацій або обставин.

Загалом до поняття психічного здоров'я входить уся сукупність психічних властивостей особистості, яка дає їй змогу не лише виконувати біологічні і соціальні функції, зумовлені особистісними потребами та інтересами, а й адаптуватися до змін соціального середовища і функціонувати в ньому, задовольняючи потреби соціуму, дотримуючись норм суспільної моралі та адекватно до своїх фізичних і соціальних можливостей. Обов'язковою умовою є адекватне задоволення когнітивних потреб особистості та здатність до самореалізації.

Для розмежування понять психічного здоров'я та психічного розладу науковці застосовують кілька основних підходів. Біологічний підхід передбачає визначення психічного здоров'я на рівні природного функціонування індивідуума. При природно-

науковому підході діагностика психічного розладу проводиться на підставі окремих фізіологічних відхилень, які можуть свідчити про нього. Соціальний підхід передбачає прояви соціальної декомпенсації як ознаку психічного розладу, а експериментально-психологічний – ґрунтується на відхиленнях від норми поведінки особистості та психічних функцій.

Говорячи про психічні розлади, не можна не проаналізувати різні варіанти їх зв'язку з соматичними. Виходячи з американської аналітичної концепції психосоматики (Ф. Александер, Ф. Данбар, А. Вейс, Г. Енжел), німецької філософської концепції (В. Крехль) та на підставі теорії І. П. Павлова, умовно можна виокремити такі варіанти зв'язку психічних та соматичних розладів:

- Виникнення і перебіг соматичної і психічної патології у одного пацієнта не обумовлені взаємним впливом.
- Психічний розлад, що супроводжується невротичною або депресивною реакцією, є симптомом певного соматичного захворювання (навіть якщо воно ще не діагностоване, наприклад, депресії при онкологічних захворюваннях).
- Соматичні та психічні розлади, зумовлені генетично, або такі що виникли внаслідок раннього постнатального ураження мозку.
- Дезінтеграція соматичного функціонування в результаті важкого психічного захворювання.

### 3.6.2. Класифікація і діагностика психічних розладів

#### Класифікація психічних розладів

Для того щоб умовно поділити та класифікувати психічні розлади, прийнято застосовувати такі два основні принципи: співвідношення спадкових факторів і факторів середовища; типологічний принцип. На підставі першого виокремлюють такі психічні розлади: ендогенні (переважно генетично зумовлені), екзогенні (зумовлені переважно впливом середовища) та мультифакторіальні (зумовлені поєднанням впливу спадкових факторів і факторів зовнішнього середовища). Типологічний принцип ґрунтується на розмежуванні розладів згідно з їх вираженістю, ступенем залучення особистості, залежністю від стресу, впливом на поведінку тощо. На його підставі виокремлюють: межові (пограничні) розлади, які зазвичай пов'язані з дією психотравмуючих факторів, не призводять до грубих розладів самосвідомості та не порушують соціального функціонування (неврози і розлади особистості); психотичні розлади, які виявляються яскравою клінічною симптоматикою, призводять до розладів самосвідомості і порушень соціального функціонування (афективні розлади, шизофренія, епілепсія); деменції та розумова відсталість, які зумовлені генетично або ураженнями мозку і порушують самосвідомість та соціальне функціонування.

В Україні у клініці психіатрії поширений нозологічний напрямок класифікації психічних розладів Е. Крепеліна, відображений у міжнародній класифікації захворювань МКХ-10, 1994 (10 перегляд, рубрика F). Для поділу розладів застосовано синдромологічний підхід, етіологічний та психоаналітичну систематику.

В рубрику психічних розладів включені кластери:

F0 – органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади

F1 – психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин

F2 – шизофренія, шизотипічні і маячні розлади

F3 – афективні розлади настрою

F4 – невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади

F5 – поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами

F6 – розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих

F7 – розумова відсталість

F8 – порушення психологічного розвитку

F9 – поведінкові та емоційні розлади, що починаються в дитячому та підлітковому віці

F99 – неуточнений психічний розлад.

### Діагностика психічних розладів

У клінічній практиці для постановки діагнозу зазвичай використовують такі три основні аспекти: врахування факторів спадковості і конституції; органічних проявів прямих або непрямих мозкових ушкоджень; вплив особливостей психічного розвитку і життєвих ситуацій. Однак, зважаючи на складність постановки діагнозу пацієнтам із психічними розладами (що може бути зумовлене стертістю симптоматики внаслідок отримуваного лікування, невиразністю симптомів при дебюті хвороби та ін.), процес діагностики у більшості випадків потребує застосування широкого арсеналу доступних методів та методик.

Для встановлення діагнозу психічно розладу потрібно: зібрати анамнез життя та хвороби (бажано зі слів самого пацієнта і т. зв. об'єктивний анамнез зі слів його близьких), з'ясувати спадкову обтяженість, під час опитування намагатись виявити діагностично значимі для діагностики психічного стану особливості поведінки (жести, міміка, пози, рухи), мовлення, уваги, сприймання, мислення, пам'яті, інтелекту, емоцій, рухових і волевових порушень, здатності орієнтуватися у часі, просторі та у власній особистості, критику і ставлення до власних переживань; провести соматичне обстеження з метою виявлення ймовірності психопатологічних розладів, що виникли на підставі соматичної хвороби, а також для виявлення наявних у психічно хворого пацієнта соматичних розладів, що мають патентний перебіг або ознак травмирування (в т.ч. зумисного самоотравування), слідів ін'єкцій тощо; неврологічне обстеження, необхідне для діагностики органічних розладів, епілепсії; патопсихологічне дослідження психічних функцій; лабораторні обстеження: обов'язковий загальноклінічний аналіз і при потребі: функціональні проби печінки, гормональне дзеркало, електроліти сироватки крові, азот сечовини, рівень креатиніну в крові, рівень метаболіту норадреналіну у добовій сечі, рівень  $\alpha$ -2 адренергічних рецепторів і рівень 5-HT<sub>2A</sub>-рецепторів у тромбоцитах та багато інших; інструментальні: обов'язковий загальноклінічний дослідження і при потребі: рентгенографія кісток черепа, КТ, МРТ, спинномозкова пункція тощо. Після встановлення попереднього діагнозу, враховуючи перебіг хвороби, симптоматику, самопочуття пацієнта, а також дані лабораторного і інструментального дослідження згідно з рубрикацією МКХ-10, встановлюється заключний діагноз пацієнта з психічним розладом.

Деякі автори (В. Г. Страшенбаум) пропонують також застосування багатоаспектної оцінки:

Вісь	Діагностичні оцінки
Клінічні синдроми	Оцінка психічного стану
Розлади особистості і розвитку	Оцінка особистісних розладів
Соматичні і неврологічні хвороби	Оцінка соматоневрологічного статусу
Соціальні та міжособистісні проблеми	Оцінка соціальної і особистісної адаптації
Зниження якості життя загалом	Інтегральна оцінка важкості розладу і ефекту терапії

### 3.6.3. Поняття психічних розладів у психології

На відміну від психіатрів, психологи дещо інакше трактують поведінку та переживання особистості, що відхиляється від норми. Вони шукають у появі психічних розладів у першу чергу психологічні причини. У США прийнято поняття *abnormal psychology*, у Німеччині – розлади досліджує патопсихологія. На відміну від психіатричного поняття психопатології, у патопсихології пропонують континуум між нормальними і патологічними психічними процесами. Психічні розлади є лише прискоренням або гальмуванням нормального психічного процесу, дефекти при них не спостерігаються.

У психологічних науках до середини 1950-х років домінував глибиннопсихологічний підхід до поняття психічного розладу. Згодом його замінив поведінковий підхід, та на підставі психології навчіння Скіннера змінилося саме розуміння психічних розладів: відхилення поведінки не є наслідком дефекту у самій особистості, а результатом прямого впливу несприятливих умов довкілля, що регулюють її поведінку. Айзенк відкидав ототожнення скарг і відхилень з якимось типовим дефектом або хворобою. Шульце вважав, що причини виникнення симптомів та відхилень поведінки слід шукати у конкретних обставинах конкретного випадку. На підставі психологічних досліджень ґрунтувалися і нові методи терапії, які були скеровані не на корекцію певних нозологічних одиниць, а на окремі функції та структури, що регулюють поведінку і переробляють інформацію. Отже, не людина є хворою, а конкретний тип поведінки і конкретні психічні функції виявляють екстремальні відхилення, які як соціум, так і сама особистість визначають як аномальні.

У соціальних науках розвивалися альтернативні точки зору на поняття психічних розладів. Спільне з психологією у них було акцентування соціальних змінних у виникненні і виявах психічних розладів. На думку соціологів, коли здорову людину починають називати психічно хворою, це призводить до появи справжнього розладу психіки. Це відбувається тому, що людина з незначними відхиленнями у поведінці, якщо її називають психічно хворою, несамохіть починає активно входити у роль хворого, і відповідно – почувати себе хворою і поводити себе як хвора. Концепцію шизофренії як хвороби Томас Сас вбачає у міфологізації фактів. На його думку, шизофренія – це соціально неадекватна поведінка, що є наслідком порушення соціалізації. Це типова позиція представників так званої антипсихіатрії, що полягає у визначенні головної умови, яка призводить до виникнення психотичної поведінки в особі суспільства. А отже, центральний дефект знаходиться не в самій особистості, а у соціумі.

Представники гуманістичної психології переважно ігнорували концепцію хвороби. На їхню думку, розлади не відрізняються між собою ні у їх принциповому розумінні, ні щодо умов виникнення, ні стосовно терапії. Вони вважають, що здорова і хвора людина принципово нічим не відрізняються між собою. В основі цього підходу – образ людини, що перебуває у безперервному процесі становлення та самоактуалізації. За умов непорушності цього процесу може з'явитися цілком функціонуюча особистість. Однак процес самореалізації у кожній людині порушується. Перлз за основу бере спільний для всіх процес розвитку як фізичного, так і психічного. Він вважає, що умови довкілля у різній мірі заважають людям задовольняти свої потреби (т. зв. незавершені гештальти), які діють як чужорідні тіла і призводять до формування розладу. Отже, психічні розлади – це розлади психічного або фізичного розвитку. А оскільки жодна людина не досягає ідеального стану цілком функціонуючої особистості, немає відмінності між психічно здоровою і психічно хворою людиною. Люди відрізняються між собою лише за ступенем їх спроможності справлятися з актуальними життєвими проблемами. Останнім часом



усі ці підходи дедалі втрачають свою актуальність, розробляються нові моделі, орієнтовані на конкретний розлад (як-от модель психосоматичних захворювань).

Крім перелічених, слід вказати і на принципово інші варіанти моделей психічних розладів. Це психічні відхилення як екстремальне вираження окремих психічних процесів і функцій; психічні відхилення як вираження неадекватних або порушених процесів у соціальних системах; психічні розлади як наслідок затримки природного процесу росту. Нарешті для соматичних захворювань усе частіше вказують роль психічних та соціальних факторів. Дефект може бути у психічній сфері.

Отже, можна виокремити різні типи психічних розладів. В їх основі лежать розлади, що знаходяться як в середині, так і поза індивідом: порушення в організмі, порушення психіки, порушення процесів біохімічної передачі інформації.

### 3.6.4. Соматоформні розлади

Поширеним у медицині та психології термін "психосоматичний розлад" через неоднозначність його визначення у різних мовах у МКХ-10 не застосовують, а для позначення пов'язання фізичних чи соматичних проявів з психічними розладами застосовують поняття "соматоформний розлад". В МКХ-10 у дану групу включені: соматизований, недиференційований соматоформний та іпохондричний розлади, соматоформна вегетативна дисфункція, хронічний соматоформний больовий розлад.

**Соматоформний розлад** – це зумовлений психологічними причинами (в т.ч. психотравмою) хворобливий стан нездоров'я, при якому пацієнт свідомо не прагне кверти і не організовує симптоми захворювання, котре не має фізіологічних підстав (Carvalho; Martin).

Зважаючи на це, близькими до соматоформних розладів фахівці вважають аграцію, симуляцію і власне психосоматичні розлади.

При соматоформних розладах пацієнти висловлюють постійні скарги на здоров'я, незважаючи на негативні результати медичних обстежень і відсутність патологічного процесу, що пояснював би їх виникнення. Клініка соматоформних розладів включає передусім емоційні порушення, що сформувались внаслідок неусвідомлюваних пацієнтом психотравмуючих подражників (як зовнішніх, так і внутрішніх). Водночас можна відзначити наявність у пацієнтів невротичності, obsesій, компульсій, дисоціативних рухових розладів, пов'язаних із соматичними скаргами, що супроводжуються парестезіями, синестозіями. Внаслідок порушення емоційної і когнітивної сфер у хворих відзначають загальне обмеження афективного життя і фантазії – їм важко усвідомлювати і змальовувати емоції та почуття. Також хворі з соматоформними розладами під впливом стресових факторів виявляють схильність до залеживання (алкоголю, медикаментів, їжі). Усі перелічені симптоми не лише спричиняють значні переживання пацієнта, а й істотно утруднюють його соціалізацію, з одного боку через обмеження комунікативності, пов'язане з фіксацією на некротичному стилі мислення, а з іншого – через надмірну опіку і спленуття від оточення (пацієнти переважно належать до нарцистичного, пасивно-агресивного, пасивно-залежного або унікачного типу особистості). При тривалому перебігу хвороби у них можуть розвинути ларвова депресія зі схильністю до суїциду. Варто відзначити наявність у поведінці пацієнтів певних особливостей, що отримали навіть власні назви – це синдром альбатроса, або залежність пацієнта від певного медичного закладу, та залежність від оперативних втручань і постійне прагнення до їх проведення.

#### Соматизований розлад (45.0)

**Соматизований розлад** (синдром Бріке) – тривалий соматоформний розлад, якому притаманні численні, часто змінювані скарги на нездужання, що не мають фізіо-

логічного підґрунтя. Захворювання як своєрідна істерична схема вперше описане фр. лікарем П'єром Біке (1796–1881) у 1859 р., через що й отримало назву за автором.

Захворювання частіше відзначається у жінок, ніж у чоловіків. Переважно починається в молодому віці (Smith), у жінок буває пов'язане з початком менструацій. Варто відзначити також певну "спадковість" соматизованого розладу – у понад 10 % молодих жінок, матері котрих страждають на даний розлад, відзначаються подібні симптоми (Reiger).

Протягом багатьох років пацієнти з соматизованим розладом висловлюють скарги на болі в різних органах, найчастіше йдеться про головні болі та болі в ділянці живота і в грудній клітці. У більшості пацієнтів у різні періоди захворювання (або практично постійно) можна спостерігати симптоми, пов'язані з розладами шлунково-кишкового тракту – нудота, блювота, регургітація, відрижка, поноси, труднощі при ковтанні, непереносимість певних продуктів, неприємний присмак в роті або незвичайно обкладений язик, відчуття важкості в животі; а також шкірні больові симптоми – поява плям або зміна шкіри обличчя, заніміння, печіння, свербіння (частіше в кінцівках), болі в суглобах. У багатьох пацієнтів також наявні скарги на розлади сечостатевої функції – порушення ерекції, менструального циклу, затримка або почастищення сечовиділення, неприємні відчуття у геніталіях і довкола них, незвичайні і надмірні виділення з піхви; а також скарги на болі в ділянці серця та на задишку, що виникає без навантаження. При ускладненому перебігу захворювання у пацієнтів також спостерігаються неврологічні симптоми – паралічі, парези, нечіткість або подвоєність зору (Yutzy). Майже у всіх пацієнтів відзначається значний рівень тривожності та депресивності (Fink; Fichter).

Хворі з соматизованими розладами роками лікуються у лікарів загального профілю, проходять численні лабораторні та інструментальні обстеження, часто навіть піддаються оперативним втручанням. В результаті симптоми захворювання можуть або змінюватися в межах орган на ті самі органи, або переходити на інші органи. У характері пацієнтів переважає демонстративність, нав'язливість, образливість і схильність до маніпулятивної поведінки.

Перебіг захворювання тривалий і зазвичай призводить до соціальної дезадаптації.

Симптоми захворювання дуже рідко зникають без психотерапевтичного лікування (Smith).

Діагноз соматизованого розладу можна ставити за обов'язкової наявності таких трьох ознак (МКХ-10):

- Наявність у пацієнта різноманітних змінних соматичних скарг, які не мають фізіологічного підґрунтя, тривалістю не менше ніж 2 роки.
- Стала недовіра до висновків, зроблених лікарями загального профілю, та небажання дослухатися до їхніх порад.
- Деяка частина порушень соціального і сімейного функціонування може бути за рахунок природи симптомів і зумовленої ними поведінки.

Диференційну діагностику соматизованого розладу слід проводити з такими захворюваннями (МКХ-10): соматичні захворювання, афективні (депресивні) і тривожні розлади, іпохондричні розлади, маячні розлади (такі як шизофренія з соматичною маячною і депресивні розлади з іпохондричними ідеями).

### **Недиференційований соматоформний розлад (45.1)**

Діагноз недиференційованого соматоформного розладу ставлять хворим, які висловлюють такі самі скарги, як при соматизованому розладі, але менш інтенсивні, не постійні. Соціальна та сімейна дисфункція відсутня. Тривалість захворювання менша, ніж 2 роки.

### **Іпохондричний розлад (45.2)**

**Іпохондричний розлад** – це психічний розлад, при якому хворі через постійний страх захворює на важку хворобу або переконаність у наявності в них одного (у деяких – кількох)

захворювання або дефекту зовнішності, будь-які відхилення в функціонуванні власного організму, симптоми нехочучого інтерпретують на користь уявного захворювання і дуже емоційно на це реагують.

Назва захворювання походить від гр. *hypsicholidia* – підребер'я, оскільки давньогреккарітоси жували цей стан з хворобою печінки (меланхолія – гр. *melas* – чорний, *chole* – жовч).

Хворіють однаково часто і чоловіки, і жінки. Захворювання зазвичай починається у молодому віці, пік припадає на 40–50-річний вік.

До іпохондричного розладу включають (МКХ-10): іпохондрию, дисморфофобію (немаєну), іпохондричний невроз, нозофобію.

При іпохондрії хворі постійно звертаються за консультаціями до лікарів, висловлюють скарги, пов'язані, на їх думку, з наявністю серйозної патології в одному або двох органах чи системах. Скарги на здоров'я дуже детальні, докладні, підкріплені результатами численних обстежень та консультацій, супроводжуються ретельним обговоренням усіх попередніх консультацій у інших спеціалістів, а також даних, отриманих з наукової, науково-популярної літератури та з побутових джерел. На консультації хворі самі називають своє захворювання і намагаються переконати в цьому лікаря, хоча зазвичай вони коливаються між двома "діагнозами" і схилиються то до одного, то до іншого. Не довіряють лікарям, займаються самолікуванням, звертаються за порадами до великої кількості фахівців, до цілителів та парapsихологів.

Часто у хворих неявні симптоми депресії та тривожності. У спілкуванні нав'язливі, монотонні, емоційно невиразні, виявляють задоволеність лише своїм здоров'ям, при цьому схильні до монотонного мовлення і виявляють агресію при намаганні переконати їх в іншій точці зору чи перервати їх. Незважаючи на значні душевні страждання хворих з іпохондричними розладами, захворювання рідко обмежує їх у професійному і соціальному функціонуванні. Прагнення до маніпулювання як в родині, так і в соціальних структурах може призводити до міжособистісних конфліктів.

При дисморфофобії хворі висловлюють скарги на уявні або незначні зміни власної зовнішності, які, на їхню думку, справляють негативне враження на оточення. Зазвичай йдеться про недоліки на обличчі (зморшки, плями тощо), "неправильну" форму і розмір пеняса або грудей, неприємний запах їх тіла (Marks). Хворі звертаються по допомогу до пластичних хірургів (Voweg), намагаються уникати близьких контактів з людьми, обмежують своє соціальне функціонування, роблять суїцидальні спроби (Phillips).

### Соматоформна вегетативна дисфункція (45.3)

**Соматоформна вегетативна дисфункція** – соматоформний розлад, для якого притаманні скарги на розлади тієї системи або органа, які контролюються вегетативною нервовою системою.

Діагностується також як вегетосудинна або нейроциркулярна дистонія, вегетоневроз, неврози органа.

Скарги – пов'язані з діяльністю серцево-судинної, дихальної або травної системи – умовно можна поділити на два типи. Перший – скарги, що відповідають вегетативному збудженню, а другий об'єднує двоєкратні симптоми.

При "неврозі" серця хворі скаржаться на приступи серцебиття, болю в ділянці серця та за грудиною, приливи жовто-червоного, білого, літвого, тремору, виражену втомлюваність при незначному навантаженні. При неврозі системи дихання – на задишку, болю в грудях, кашель, гикавку, брах похитря. При неврозі травної системи – на сухість в роті, відчуття тиску в епігастрії (під ложечкою), відрижку повітрям, гикавку, печіння по ходу стравоходу і в епіга-

стрі, відчуття здуття, нестійкі часті випорожнення, поноси. При неврозі сечостатевої системи – на часте або переривчасте сечовиділення та інші епізодичні сечостатеві розлади.

Неспецифічні симптоми характеризуються скаргами на важкість, здуття, стиснення, переміщення, розтягнення, напруження в органі, з яким пов'язані попередні скарги.

Діагноз ставлять на підставі перелічених скарг та за умови відсутності патологічних змін у представлених пацієнтом органах. Важливим критерієм діагностики також є наполегливе акцентування уваги пацієнта на певному органі як на причині захворювання.

### Хронічний соматоформний больовий розлад (45.4)

**Хронічний соматоформний больовий розлад** – соматоформний розлад, що характеризується постійними, важкими і гнітючими болями, виникнення, тривалість та інтенсивність яких пов'язані з психологічними факторами.

Такий больовий розлад може виникати після важкої тривалої хвороби або травми, що супроводжувались сильними болями і після одужання пацієнта продовжуються самі по собі. Іншою причиною появи розладу вважають прагнення хворого добитися любові, підтримки та уваги оточення або ж уникнути покарання чи спокутувати провину.

Хворий висловлює скарги на постійні болі, що не мають фізіологічного підґрунтя і не відповідають зонам іннервації. Найчастіше це болі в спині, шиї, головні болі, що реагують не на анальгетики, а на нейтральні ліки – плацебо. Починаються болі несподівано, за кілька тижнів наростають настільки, що істотно обмежують повсякденну діяльність хворого. Зазвичай виникнення болю можна пов'язати з прогресуванням міжособистісного або внутріособистісного конфлікту, що супроводжується вторинними депресивними проявами – ангедонією, зниженням лібідо, порушенням сну і дратівливістю.

Діагноз "хронічний соматоформний больовий розлад" ставлять, коли болі не зумовлені соматичним захворюванням, не відповідають іннервації, тісно пов'язані з конфліктом.

Тривалість перебігу залежить від можливості отримувати вторинну вигоду. Характерна відмінність соматоформних розладів – особлива стійкість перед медикаментозним лікуванням і виражена тенденція до хронізації. Намагаючись виявити описати клінічну картину соматоформних розладів, не слід забувати про такі явища як агравація (*aggravate* – посилювати важкість, лат.) – мимовільна спроба посилити симптоматику захворювання, та симуляція (*simulatio* – прикидання, лат.) – зумисне зображення певної хвороби, нерідко за допомогою медикаментозних засобів, що притаманне пацієнтам із соматоформними розладами дещо в більшій мірі, ніж іншим пацієнтам психіатричних, і, особливо соматичних відділень. Загалом терміном "соматизація" у сучасній медичній та психологічній практиці позначають процес реальних органічних змін, що виникають в результаті впливу певних стресів, з якими неможливо справитися на психологічному рівні.

### 3.6.5. Етіологія і патогенез невротичних та соматоформних розладів

В літературі описані різноманітні теорії етіології та патогенезу невротичних та соматоформних розладів: фізіологічна, еволюційна, етологічна, біохімічна, нейрофізіологічна, інформаційна та численні психологічні.

У вітчизняній літературі одним із провідних підходів, що пояснює виникнення соматоформних розладів, є концепція нервізму та умовних рефлексів (І. П. Павлов), згідно з якою невроз – це результат суперечливих стимулів, що дають можливість для виникнення визначеної рефлекторної відповіді, отже, соматоформні розлади можна пояс-

нити активізацією нервово-вісцеральних зв'язків, які включають соматизацію неврозу. Оскільки в основі функціональних розладів знаходиться умовний рефлекс, можна пояснити загальні механізми формування розладів функцій усіх органних систем (К. М. Биков). Кортико-вісцеральна теорія Бикова – Курдіна розглядає вісцеральну патологію як результат порушення кортикальних функцій. Вплив кори головного мозку на внутрішні органи розглядають як складні структуровані рефлекси, що відповідають основній схемі умовного рефлексу та опосередковуються лімбіко-ретикулярною, вегетативною й ендокринною системами. В подальшому фізіологи запропонували певний центральний механізм соматоформних розладів, в парціальність відповіді на подразник пояснили обмеженням інтероцептивного подразнення (В. Н. Чернівецький, М. М. Хананашвілі). На думку В. Д. Тополянського та М. В. Струковської, при психогенних неврозах вибір органів ураження можна пояснити не так його вразливістю, як певною наладованістю центральної нервової системи дати відповідь саме через цей орган.

Еволюційно-етологічне пояснення ґрунтується на подібності в реагуванні людей і тварин на певні стимули на підставі вроджених особливостей. Психологічні ж стимули призводять до невизначеності у виборі типу реагування. Біохімічна теорія пояснює хворобу надлишком або дефіцитом гормонів та нейромедіаторів, а нейрофізіологічна – органічними змінами, що виявляються специфічними пароксизмами. Інформаційна пов'язує розлади з невідповідною кількістю та якістю інформації, якою володіє людина.

Та найбільш численними і різноманітними є психологічні та психотерапевтичні теорії. Біхевіористи запропонували пояснення неврозу, що призводить до формування соматоформних реакцій, як закріплення даних нових патологічних рефлекторних відповідей, що виникли як результат неправильного навчання на реагування. Екзистенційні психологи вважають, що невроз – це втрата сенсу життя, що призводить до відчуття покинутості, яке потребує задоволення через надмірну увагу та опіку до "соматичного" хворого. Окрім того, оскільки вони відчують незадоволення через неможливість вибору життєвого плану, зростає ризик формування спотвореного варіанту цього плану – важкої хвороби, що обмежує можливість активності й унеможливає будь-які зміни та потребує безперервної уваги до себе і концентрації на процесі лікування (в екзистенційному сенсі – виживання).

Ґрунтовні пояснення природи соматоформних та психосоматичних захворювань дали психоаналітичні школи. Згідно з їх теоріями, неврози, що призводять до виникнення соматоформних розладів, формуються внаслідок фіксації людини на конкретному механізмі психологічного захисту. В першу чергу йдеться про досвід, отриманий у ранньому дитинстві, коли невідрадовані потреби ліддо переключаються на внутрішні органи.

Поняття **соматизація** запровадив учень З. Фрейда В. Штекель у 1943 р. для позначення конверсійних розладів – істероформних соматичних порушень, котрі у психоаналізі розглядають як символічне вираження несвідомого конфлікту (зазвичай прихованого сексуального).

Серед факторів розвитку соматоформних розладів вони виділяють дві групи: внутрішні та зовнішні. F. Creed отримав переконливі емпіричні дані, що підтверджують зв'язок між несприятливими (стресовими) ситуаціями в житті людини і появою функціональних соматичних змін, у першу чергу в серцево-судинній, дихальній та травній системах. Психотравмуючі ситуації зазвичай були спровоковані переважно зовнішніми негативними впливами: міжособистісними конфліктами (професійні та сімейні), загрози втрати значущої близької людини тощо.

Вальтер Кеннон виявив, що екстремальна ситуація викликає у людини реакцію боротьби або втечі, що супроводжується певними емоційними і тілесними проявами.

При тривалій загрозі для цілісності та життєдіяльності організму захисні механізми: нейрогуморальні, вісцеральні, рухові – теж вимушено зберігають свою активність, а отже, виникає високий ступінь ймовірності появи у задіяних органах та системах функціональних, а згодом і органічних розладів.

Г. Сельє, описуючи патогенез стресу, доповнив вчення Кіннона поясненням неспецифічної реакції організму, яку назвав "адаптаційним синдромом". Адаптаційно-гуморальному синдрому притаманні такі три послідовні фази: тривога, спротив та виснаження. Тривога, що виникла у першій фазі, у фазі спротиву призводить до власне адаптації організму, яке завершується виснаженням нейрогуморальних механізмів, що супроводжуються незворотними соматичними наслідками – "дистрес".

В межах психоцентричного підходу була сформульована концепція соматизації як базисного механізму реакції людини на стрес. D. P. Goldberg соматизацію визначає як "вираження особистісного або соціального дистресу в ідіомі тілесних скарг з вимаганням медичної допомоги". Продовжуючи дослідження попереднього автора, Lipowski Z. J. виділяє три основні компоненти соматизації: власне тілесних відчуттів; когнітивний – усвідомлення, обдумування та інтерпретація пацієнтом наявних у нього симптомів з ракурсу загрози власному здоров'ю; поведінковий – поведінка та вчинки хворого, що сформувалися в результаті другого компоненту. A. J. De Leon серед факторів, які сприяють виникненню соматичних реакцій, вказав на наявність виражених істеричних рис характеру хворого. В. Райх також пов'язував механізми конверсії з особливостями істероїдного характеру, а різні форми спротиву – зі специфічними м'язовими затискуваннями. Нині конверсійними (істеріформними) називають рухові і чуттєві псевдоневрологічні розлади, при котрих симптоми не відповідають очікуваній локалізації, є символічними і дають змогу пацієнтові отримати "вторинну вигоду". Зважаючи на це, Гольдберг усі функціональні порушення та больові синдроми інтерпретує як прояви особистісних, тривожно-фобічних, ефективних розладів запропонував поняття особистостей, які соматизуються, а також соматизованої депресії та соматизованої тривоги.

Ф. Данбар, вказуючи на зв'язок кожної хвороби з певним особистісним типом, описала вісім таких типів, що відповідають восьми психосоматичним хворобам і безпосередньо пов'язує їх виникнення та перебіг хвороби з особистісною та сімейною історією пацієнта.

На думку Z. J. Lipowski, соматизація зазвичай виникає як своєрідний фізіологічний результат емоційного подразника і водночас є істотною складовою психічного розладу. Дж. Браун вказує на роль невідрагованих емоцій у розвитку психосоматичних розладів: "При есенціальній гіпертонії підвищений кров'яний тиск підтримується під впливом стримування і ніколи не звільняється повністю емоцій, подібний до тимчасового стану здорових людей під впливом вільно вираженої злості. Емоційні впливи на регуляторні механізми вуглеводного метаболізму вчезають відіграють визначну роль при діабеті. Хронічно підвищено м'язове напруження, викликане тривалими агресивними імпульсами, виявляється патогенним фактором при ревматоїдному артриті. Вплив цього типу емоцій на ендокринні функції можна спостерігати при тиреотоксикозі. Реакції судин на емоційне напруження відіграють важливу роль при деяких формах головного болю. У всіх цих прикладах певні фази вегетативної підготовки до зосередженої дії хронічно затримуються через те, що мотиваційні сили, що лежать у їхній основі, невротично припинюються і не вивільнюються у відповідному вчинку".

Ф. Александер запропонував вектор-у теорію, що ґрунтується на спільних напрямках конфліктних імпульсів, закладених у самому захворюванні. Він описав три вектори: бажання отримати, прийняти (за К. Абрахамом відповідав орально-смактовий стадії, задоволення лібідозну потребу); прагнення включити, усунути, напастити, ашкодити (відпо-

кідає орально-садистичній стадії); намагання зберегти, накопичити (відповідає анальній стадії). На думку Александера, через конфлікт між переліченими векторами формується стає порушення соматичних функцій організму. Так, згідно з конверсійними синдромами Фрейда та клінічною картиною неврозу певного органа, він запропонував поняття вегетоневрозу, симптоми якого не символізують пригнічених почуттів, а є фізіологічним відображенням певних емоційних станів. Александер наголошував на тому, що невідредагована агресія призводить до тривалого збудження симпатоадреналової системи, а незадоволене очікування допомоги перенапружує парасимпатичну систему. За відсутності скерованої назовні дії, що скидає напруження, функціональні розлади переходять у незворотні органічні зміни. Причиною блокування вчинків виступають ситуації, в котрих актуалізуються специфічні конфлікти із превербального життя пацієнта. Александр виокремив 7 інтрапсихічних конфліктів, що відповідають семи психосоматичним хворобам.

Загалом усі автори погоджуються з умовним поділом факторів ризику виникнення соматоформних розладів на внутрішні та зовнішні. До внутрішніх, що регулюються центрами підкірки, зараховують усі варіанти емоційного реагування на дистрес. У зовнішні об'єднують мікро- та мікросоціальні фактори, а також культурно-етнічні.

Основною патогенетичною теорією формування соматоформних розладів нині вважають нейропсихологічну концепцію, що ґрунтується на наявності значного зниження порогу переносимості дискомфорту (сприймання його як болю) певними групами людей.

### 3.6.6. Невротичні розлади

За пазок соматичних та психогенних захворювань, що характеризуються збереженою здатністю до критичної оцінки свого стану, подій, що відбуваються, керувати своїми вчинками та діями (неврозів), зазвичай виявляється у вигляді вегетативних соматомоторних та емоційних порушень.

До виникнення неврозів переважно призводить тривале емоційне перенапруження внаслідок психотравмуючої ситуації, сила, тривалість і очікуваність (чи неочікуваність) котрої чинять істотний вплив на розвиток і перебіг соматичної патології. Астенізація пацієнта у поєднанні з афективними розладами та вегетативними дисфункціями призводить до формування психосоматичних порушень.

Загалом при всіх неврозах спостерігається астенічна симптоматика: зниження працездатності, підвищена втомлюваність, вегетосудинна і емоційна лабільність.

**Неврози** – зворотні психічні розлади, що виявляються емоційними і соматовегетативними розладами, виникнення яких зазвичай пов'язане з психологічними причинами та зовнішніми факторами, та протікають з усвідомленням хвороби.

3. Фрейд виокремлював **трансфертні неврози** (истерія страху, конверсійна істерія, невроз нав'язливих станів) і **актуальні неврози** (невроз страху, неврастенія, іпохондрія). В МКБ-10 в зв'язку з історично усталеною концепцією неврозу та залежністю від психологічних чинників, невротичні розлади об'єднані у рубриці F40-F43 з розладами, пов'язаними з: стресом, та соматоформними розладами. Теорії етіології та патогенезу невротичних розладів описані у розділі "Соматоформні розлади".

**Тривожно-фобійні розлади (F40)** Групе психічних розладів, при яких людина внаслідок впливу зовнішніх об'єктів, які, на думку оточення, не є для неї загрозливими, переживає почуття тривоги (страху), що супроводжується вегетативною дисфункцією. За даними статистики, поширеність розладу значна – понад 1% населення, а поодинокі приступи переживає до 20%. У більшості пацієнтів тривожно-фобійні розлади пов'язані з депресією, що пояснює патогенез розладу. Із психологічної точки зору, формування тривожно-фобійних розладів починається з появи відчуття страху, що має об'єктивні причини, який згодом перетворюється на нав'язливий спогад, і з наявності реальних

чи уявних загроз виникнення подібних ситуацій призводить до приступів. Психоаналітична концепція пояснює виникнення розладу як захисного механізму при небезпеці травматичних уявлень пацієнта.

**Агорафобія** (F40.0) характеризується ознаками тривожно-фобійного розладу. Згідно з класифікацією DSM-IV, підставою для встановлення діагнозу "агорафобія" є, по-перше, наявність тривоги або страху опинитися у ситуації, вихід з котрої буде пов'язаним із зовнішніми труднощами або внутрішнім неспокоєм, або ситуації, в якій людина не отримає допомоги, коли у неї виникне паніка, а по-друге, наявність у житті людини ситуацій, яких вона цілеспрямовано уникає і може зносити перебування у них лише у присутності компаньйона, на якого може покластися та який надасть їй необхідну допомогу та підтримку. За даними статистики, у різному ступені на агорафобію страждає 2–4 % населення, жінки хворіють удвічі частіше за чоловіків (Marek, Eaton).

**Агорафобія** (гр. *agora* – площа, зібрання людей; *phobos* – страх) – тривожно-фобійний психічний розлад, що виявляється у вигляді стійкого страху перед відкритими просторами (особливо безлюдними) та перед людьми, з якими там можна зустрітися. На сьогодні термін "агорафобія" застосовують у значно ширшому розумінні: в першу чергу йдеться про страх перед появою без супроводу у громадських місцях, страх виходити з власного дому (або віддалятися від нього на значну відстань, звідки важко буде в разі небезпеки швидко повернутися), страх поїздки у літаках, метро, автобусах.

Захворювання переважно формується у 20–30-річному віці після депресивних епізодів, часто починається з панічної атаки у громадському місці. Психоаналітики вважають, що розлад пов'язаний із страхом агресії або звинувачення від оточення.

При потрапленні у загрозову для людини ситуацію (вихід з дому, оточення юрбою, неможливість негайно дістатися виходу з приміщення, самостійне перебування на відкритих просторах або у закритих приміщеннях, особливо в оточенні сторонніх людей) з'являється запаморочення, нудота, страх втрати контролю над функцією сечового пухирця або прямої кишки. В результаті у людини виникає страх повторення приступу, який згодом реалізується в загрозових ситуаціях. Формується т. зв. фобійне поведінка з униканням ситуацій, що можуть спровокувати приступ, тобто людина безвільно втрачає соціальні контакти і стає добровільним в'язнем у власному домі, що призводить до втрати працездатності. Часто приєднуються депресивні симптоми з суїцидальними тенденціями, психосоматичні розлади. Багато хворих зловживають заспокойливими засобами і алкоголем.

Хвороба має хвилеподібний перебіг з тенденцією до хронізації.

При активних та неадекватних приступах паніки (т. зв. панічних атаках), що полягають у спробах негайно повернутися додому або вийти з місця перебування ставиться діагноз панічного розладу з агорафобією (Povard).

**Соціальні фобії** (F40.1) – група психічних розладів, які виявляються сильними, стійкими та необґрунтованими психологічними, поведінковими та вегетативними симптомами тривоги, обмеженої певними соціальними ситуаціями та стійким намаганням уникання таких ситуацій. Зазвичай виникають у підлітковому і юнацькому віці. Ядром розладу є страх у присутності порівняно невеликої кількості (не юрби) сторонніх людей публічно зробити щось недовголене, непристойне (*контрастні потяги*) і просто стати об'єктом уваги. Соціофобії можуть бути специфічними (зольованими): страх публічних виступів (*логофобія*), зашарітися на людях (*аритрофобія*), страх не втримати кишковий газ в громадському місці, блювання за столом, неможливість випорожнюватися в громадському туалеті, страх несподівано безпідставно вдарити близьку людину та ін., а також дифузними – страх будь-яких проявів неадекватної поведінки на людях (Norton).



Хлібно соціофобії виявляються у спіремії шкіри, треморі, відчутті клубка в горлі, болях у животі, нудоті (часом з блювотою), імперативних позивах до сечовипускання та дефекації, тахікардії, задимінні. Часті випадки поєднання соціофобії з агорафобією.

Розлад виникає у підлітковому та юнацькому віці з однаковою частотою у представників обох статей, у більшості людей з віком інтенсивність симптомів зменшується.

Соціальні фобії у значній мірі обмежують професійне та особисте життя людини через формування специфічної уникаючої поведінки (Stein, Liebowitz).

Психоаналітична теорія походження фобії полягає у формуванні у дитини низької самооцінки внаслідок суворого виховання, відсутності позитивного одобрення, похвали і заохочення, що з віком все сильніше вимагає схвалення та визнання оточення у поєднанні зі страхом не лише не отримати їх, а й піддатися критиці та висміюванню.

**Специфічні (ізолювані) фобії (F40.2)** – це група психічних розладів, які виявляються у формі стійкого страху щодо специфічного об'єкту або ситуації (за винятком ситуацій, що призводять до агорафобії та соціофобії). Найбільш поширеними є страх комах, тварин, висоти, замкнених приміщень, грози, темряви, крові, хвороби тощо.

Симптоматика така ж, як при соціофобії; виникає лише за умов потрапляння або потенційної ймовірності потрапляння у ситуацію конкретної загрози. У хворих відзначають підвищену дратівливість, коливання настрою з тенденцією до його зниження, зменшення рухової та ідеаторної активності. Перебіг хвороби хронічний, можливі спонтанні ремісії. До найважливіших страхів часто предуються "захисні" ритуали: психооглядно зрозумілі, обґрунтовані, конкретні символічні дії пасивно-захисного характеру (наприклад, нав'язливе миття рук при мізофобії). Зазвичай зберігається критичність до нав'язливих страхів. У важких випадках при тривалому перебігу розладу можливі випадки приєднання до специфічної фобії фобій іншого змісту, obsesii і компульсії, а також патологічний розвиток особистості.

Фобогенним фактором може виступати кожен об'єкт або ситуація нашого буденного життя, тому назви фобій мають грецькі корені: клаустрофобія – страх замкнених просторів, пісо- або акрофонія – страх висоти, гідрофобія – страх води, ніктофобія – страх ночі (темряви), мізофобія – страх забруднення, акрофобія – страх польотів, тонітрофобія – страх грози, арахнофобія – страх павуків, кінофобія – страх собак, офідіофобія – страх змії та багато інших. Також виокремлюють ряд нозофобій (нозофобічних) – таких як кардіофобія, канцерофобія, опідофобія, радіофобія, алієнофобія (страх божевільня), ганатофобія тощо.

Розлад частіше формується у дитячому або підлітковому віці і досить часто має тенденцію до зменшення або зникнення. Фобії, що сформувалися у зрілому віці, без спеціального лікування зберігаються. Переважна більшість людей, що страждають на специфічні фобії, не звертаються за лікуванням до фахівця, а намагаються уникати загрозових ситуацій (Regier).

**Панічний розлад, епізодична пароксизмальна тривога (F41.0)** – психічний розлад, що виявляється у повторних приступах паніки (панічних атак), які неможливо передбачити і які не обмежені конкретною ситуацією. Назва хвороби походить від імені грецького бога Пана, поява котрого жалаха все живе. Люди, яких охоплює панічний приступ, не контролюють свої вчинки і, ймовірно, відчувають можливість негайної загибелі та намагаються якомога швидше втекти з місця, де трапився приступ, метушаться, благають про допомогу. Приступи досягають максимуму за кілька хвилин та упродовжуються тахікардією, задишкою, приливами жару або крижаного колючу, сильним потовиділенням, тремором, задишкою, болем у грудній клітці та животі, нудотою, парестезіями, запамороченням і явищами дереалізації, деперсоналізації. З'являється

DSM-IV для встановлення діагнозу "панічний розлад", окрім наявності самого приступу, необхідна наявність дисфункціональних змін, що тривають не менше ніж місяць після панічного приступу. Значна частина хворих також описують епізоди паніки під час сну, які не пов'язані ні з фазою швидкого сну, ні зі сновидіннями. Після приступу людина оцінює свою поведінку як неадекватну і нерациональну, однак відчуває тривогу як щодо причини виникнення приступу, так і від очікування повторення приступу, і намагання приховувати свій страх від оточення.

За даними статистики, близько 2,5 % населення страждають на панічний розлад, майже половина – одужує спонтанно (Weissman, Kessler), у 30 % хворих панічний розлад ускладнюється депресією з суїцидальними тенденціями, виникає залежність від психоактивних речовин, у 20 % приступи паніки повторюються (В. П. Самохвалов).

Приступи паніки часто стають причиною виникнення агорафобії, тоді йдеться про панічний розлад з агорафобією (Beck, Weishaar, Gulsman).

У походженні панічного розладу явні відзначають певну генетичну схильність, особливо у однопляцевих близнюків (Zilidstein). Біологічна модель формування панічного розладу, сформульована після виявлення ефективності антидепресантів у їх лікуванні (Klein), ґрунтується на гіпотезі, що панічні атаки пов'язані зі змінами активності норадренергичного та блуждаючого нервів мозку (Redmond), яка сигналізує до мигдалика мозку і запускає емоційні реакції. Та біологічна модель не пояснює причини виникнення самих панічних приступів. Прихильники когнітивної теорії вважають, що люди, у яких підвищений рівень чутливості до тілесних відчуттів, інтерпретують їх як симптоми серйозної хвороби (Ehlers). При потрапленні у стресову ситуацію поява задишки чи тахикардії сприймається ними як ознака загрози для життя, в результаті чого виникає паніка (Margraf). Психодинамічна школа розглядає панічний розлад як результат безуспішного необхідного захисту від деструктивних імпульсів, що викликають тривогу.

**Генералізований тривожний розлад** (F41.1) – психічний розлад, що виявляється у постійному відчутті надмірної тривоги з приводу різних реальних, очікуваних та вигаданих причин, який триває понад шість місяців і супроводжується неспокоем, швидкою втомлюваністю, дратівливістю, розладами сну, м'язовим напруженням, неспроможністю розслабитися, а також вегетативною гіперактивністю. Хворим важко зосередитися, вони періодично скаржаться на "порожнечу" в голові, їм важко заснути через тривогу і стурбованість. Частина хворих вважають психічний компонент розладу особливістю прояву характеру.

3. Фрейд описав цей розлад під назвою "вільно плаваюча тривога".

Виникає у різному віці, частіше у дитячому, підлітковому або юнацькому. Перебіг хвилеподібний, хронічний, його не завжди легко відрізнити від затяжних субдепресивних, obsesивно-компульсивних, фобічних тривожних та панічних розладів.

**Obsesивно-компульсивний розлад** (F42) – психічний розлад, що виявляється у наявності повторюваних болісних небажаних нав'язливих стереотипних думок (obsesії, лат. *obsessio* – облога), які викликають тривогу, або у потребі здійснювати повторювані небажані рухи (компульсії, лат. *compulsio* – змушує), щоб знизити рівень тривоги. Хворі сприймають свої симптоми як недоцільні, надмірні та нездоланні, усвідомлюють, що вони є продуктом їх власної психіки, і розуміють їхню безпідставність. Якщо пацієнти намагаються загальмувати компульсивні дії, напруження і тривога досягають такої сили, що вони більше не можуть їм протистояти. Хворі усвідомлюють беззмістовність та неадекватність obsesій та компульсій, сприймають їх як болісні та обтяжливі, однак самотужки позбутися не можуть.

Захворювання виникає переважно у дитячому та юнацькому віці, часто починається з появи фобій, до яких приєднуються компульсивні, а згодом – obsesивні розлади.

Зміни на ЕЕГ, представлені домінуючою швидкою активністю, низькоамплітудним і маловираженим  $\alpha$ -ритмом, що відзначають у пацієнтів з обсесивно-компульсивними розладами, дають підстави думати про біологічний фактор його походження, в першу чергу йдеться про пологові травми та генетичну схильність. Однак прослідковується зв'язок між формуванням розладу та психогенними факторами. Зважаючи на те, що у пацієнтів відзначається завищена самооцінка в моральній і діловій сфері, занижена – в інтимно-особистій, психоаналіз розглядає компульси та обсесії у зв'язку з фіксацією на анально-садистичній фазі розвитку особистості. Стереотипні думки або рухи можуть маскувати агресію, скеровану на близьких, або лібідозні імпульси, скеровані на невідповідний об'єкт, чи зменшувати рівень тривожності.

**Переважно нав'язливі думки або роздуми (розумова жуйка) (F42.0)** – суб'єктивно неприємні нав'язливі думки, ідеї, психічні образи, роздуми, що не призводять до логічного завершення чи вирішення, водночас створюючи перешкоди для природного вирішення буденних рутинних проблем. Розлад супроводжується депресивними симптомами. Найчастіше основні теми думок хворих пов'язані з брудом, насиллям, агресією, сексом, роздумів – з вірою, гріховністю, хворобами; зміст – відображає ганебну або недоречну поведінку хворого. Характерні страхи на кшталт малочисності мислення, що ці ув'язнення або думки можуть мати фатальні наслідки, особливо для близьких людей, та страх можливого реального їх втілення у життя. Також відзначається нав'язливе безплідне мудрування, т.зв. квазіфілософські роздуми. Як результат нав'язливих ідей виникають нав'язливі дії (Pato).

Окремим варіантом розладу є *нав'язливі сумніви у своїх діях*, що супроводжуються компульсивною перевіркою: чи зачинені двері, чи вимкнений газ тощо. У пацієнтів з цим розладом відзначається перфекціонізм (прагнення до довершеності), педантизм, прагнення симетрично розташовувати предмети, нав'язлива лічба, схильність до зберігання непотрібних речей.

**Переважно компульсивні дії (обсесивні ритуали) (F42.1)** – нав'язливі дії, що виконуються пацієнтом для безперервного контролю за запобіганням потенційно небезпечній ситуації або за порядком та акуратністю. Часто супроводжуються розладами мислення, порушеннями поведінки. Найчастіше зустрічається *нав'язливе миття рук*, пов'язано зі страхом забруднити їх фізіологічними виділеннями або брудом, торкнутися чогось інфекційного. Усвідомлюючи безпідставність та надмірність такої поведінки, хворі "вимушені" уникати торкатися "небезпечних" об'єктів і годинами мити руки після контакту з ними (на відміну від мізофобії, розлад виникає і за відсутності педібних об'єктів). Цей варіант розладу переважно виникає у жінок і набуває форми "синдрому домогосподарки", коли замість миття рук відбувається практично безперервне ритуальне прибирання квартири.

**Неврастенія (F48.0)** – психічний розлад, що виявляється симптомами підвищеної збудливості у поєднанні зі швидкою втомлюваністю і виснаженням. Причини пов'язують з тривалим психоемоційним перемагненням, астенизацією. Психодинамічна теорія розладу ґрунтується на формуванні первинного захисту від неусвідомлюваного або нерозв'язаного внутрішнього конфлікту, а також на прагненні отримати вторинну вигоду.

Хворі висловлюють скарги на стійке і болісне почуття зниження розумової продуктивності після незначних інтелектуальних зусиль, гострі і хронічні м'язові болі, стагуючі головні болі ("шолом неврастенка"), неспроможність розслабитися, порушення сну, а також на підвищену чутливість до звуків та світла, труднощі при намаганні за-

свої нову інформацію, зосередитися чи виконати якусь дрібну точну дію (наприклад, всадити нитку у голку). Водночас хворі відзначають дратівливість, яка несподівано з'являється при незначному подразнику (збо й без нього) і раптово спонтанно минає. Симптоми зміни, однак не минають після сну та відпочинку. Пацієнти відзначають, що незважаючи на погане самопочуття вранці, якщо вони виконують звичну роботу та перебувають у колективі, протягом дня симптоми значно слабшають, однак увечері – наростають знову. Аналізуючи власні симптоми, пацієнти часто "виявляють ознаки" серйозного захворювання. Зазвичай симптомами неврівноваженості починається дебют іншого психогенного або соматичного захворювання, або ж вони формуються в результаті цих захворювань і "завершують" їх.

### 3.6.7. Афективні розлади настрою (F3)

У житті людини постійно відбуваються коливання настрою. Переважно незначні підйоми та зниження настрою тривають не надто довго і не мають негативного впливу на активність людини. Коли ж ідеться про зміну настрою, яка зберігається протягом тривалого періоду часу і змінює життя людини, її здатність до професійного, соціального та особистісного функціонування – слід думати про афективні зміни настрою, що потребують корекції та лікування.

**Афективні розлади** – психічні стани, що характеризуються емоційними розладами у формі приступів, між якими відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до хвороби, то після яких не настають зміни особистості незалежно від кількості пережитих приступів.

Основні зміни настрою – пригнічення (депресія) та підвищення (манія). Оскільки емоції виявляються не лише у сприйманні, а й у мисленні, поведінці, соціальних контактах при досягненні ступеня афекту зростає ймовірність агресивних та аутоагресивних вчинків, що є загрозливим для безпеки та життя як самого пацієнта, так і його оточення.

У зв'язку з тим, що афективні розлади виявляються у вигляді депресії, манії або змішаних розладів, у МКБ-10 в розділ F30-F39 включені маніакальний епізод, біполярний афективний розлад, депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, циклотимія, дистимія.

Типовий афективний синдром містить обов'язкову триаду симптомів (В. Г. Страшенбаум): розлад емоцій, волі та перебігу асоціативного процесу, а також додаткові симптоми: порушення самооцінки, потягів, тенденцій і поведінки.

Маніакальний епізод (F30) може виявлятися у трьох ступенях важкості гіпоманії, а також манії з психотичними симптомами або без них.

#### Варіанти перебігу афективних розладів (за Л.М. Юр'євою)

Варіант перебігу	Характеристика
Біполярний перебіг	Притаманий лише для афективного розладу та циклотимії. Виявляється у чергуванні депресивних та маніакальних фаз
Монополярний (уніполярний) перебіг	Найбільш поширений варіант перебігу афективних розладів. Характерний тільки для рекурентного депресивного розладу, рекурентного короткого депресивного розладу та дистимії. Наявні лише депресивні фази

Альтеруючий перебіг	Притаманий для біполярного афективного розладу та циклотимії. Парабіг у вигляді подовжених фаз без періодів ремісії (манія змінює депресію і навпаки).
Континуальний перебіг	Притаманий для біполярного афективного розладу, рекурентного депресивного розладу, циклотимії та дистимії. Афективні розлади протікають практично без ремісії.

**Гіпоманія** (F30.0) – легкий ступінь манії, що виявляється тривалими ейфорією, гіпербулією, прискоренням темпу мислення, відволіканням уваги, підвищеною контактністю, підвищеною сексуальністю, підвищеною фізичною і психічною продуктивністю діяльності людини (Silverstone, Hunt). Водночас відзначаються: зменшення потреби у сні та відпочинку, підвищений рівень відволікання уваги, схильність до непристаманих людських вчинків (часто асоціальних), підвищення статевого потягу (аж до німфоманії), схильність до бунтів.

**Манія без психотичних симптомів** (F30.1) – психічний розлад, що виявляється підвищеною активністю, балакучістю, прискоренням темпу мислення та значними відволіканнями і непродуктивністю мислення аж до скачки ідей (ментизм), завищеною самооцінкою (до маячних ідей величі та всезагального захоплення і любові), ідеями власних надприродних здібностей, шляхетного походження, підвищенням статевого потягу (з частими випадковими статевими контактами), вираженою ейфорією, яка супроводжується необачною або розв'язною поведінкою зі схильністю до азартних ігор, недоцільним витрачанням грошей. Водночас у хворого знижується здатність адекватно оцінювати та контролювати власну поведінку, зменшується потреба у сні. Для встановлення діагнозу у хворого протягом тижня повинні виразно відзначитися 3–4 з перелічених симптомів. Хворі з манією виявляють схильність (особливо вранці) до тривалих телефонних розмов; а у зв'язку з порушеннями сприймання (кольору, звуків, фактури) – яскравого екстравагантного одягу та прикрас. Хворі переконані у доцільності своїх імпульсивних вчинків, мають безліч ідей та планів, жоден з яких не реалізують остаточно. При деяких манакальних епізодах переважає роздратований, гнівливий і підозріливий настрій.

**Манія з психотичними симптомами** (F30.2). Клінічна картина розладу виявляється манакальним збудженням, а також переважанням маячних ідей величі, переслідування або ревнощів, протекторату (високої підтримки), знатного походження, супроводжується постійними конфліктами. Окрім того, спостерігається маячня з манією переслідування, у поєднанні з галюцинаціями та псевдогалюцинаціями (частіше "інформаційні" голоси), онейроїдними розладами, а також манакально-параноїдний, манакально-кататонічний і манакально-гебесфренічний синдроми. Хворі не відчувають потреби у дотриманні власної гієни, мало їдять. Мова прискорена, розірвана, часто з недоречними висловлюваннями, що відповідають галюциаторним епізодам. Емоційне збудження призводить до значних переважань хворого, що може спровокувати до агресії та насильства.

**Біполярний афективний розлад** (F31) – ендогенний психічний розлад, який раніше називали манакально-депресивним психозом (МДП), що характеризується чергуванням позитивних (не менше ніж двох) епізодів значних порушень настрою (депресія та манія або гіпоманія) та активності хворого. Для біполярного афективного розладу характерна відсутність змін особистості у ремісії. Епізоди починаються різко, тривають протягом 1–6 місяців (депресивні зрідка – довше), тривалість ремісій різна. Переважно перші епізоди виникають у 15–45-річному віці, та відомі випадки й значно більш пізніх дебютів захворювання. Хвороба з однаковою частотою зустрічається у жінок і чоловіків та в

різних соціальних, культурних і етнічних групах (*Messman*). Варто відзначити сезонність приступів, зазвичай пов'язану з осінньо-весняним періодом, хоча у значній частині хворих ритмічність індивідуальна, а часом навіть залежна від психотравмуючих ситуацій.

Походження маній пов'язують з багатьма факторами. Найбільш відомою є біохімічна теорія, згідно з якою при депресіях відбувається зниження кількості серотоніну та катехоламінів, а при манії – їх збільшення. Поширена також генетична теорія, згідно з якою існує зв'язок між біполярними розладами і генами X-хромосоми, а також генами 11, 18, 4, 6, 13 і 15 хромосом, що ймовірно свідчить про те, що схильність до маній успадковується (*G. Winokur, Blehar*) в результаті різних комбінацій хромосомних аберацій, що дає підстави вважати, що існують домінуючі, рецесивні й полігенні форми біполярного розладу. Окрім того, клініцисти пов'язують наявність маній з високою активністю норадреналіну та з порушеннями у процесі переносу іонів натрію з зовнішнього боку мембрани нейрона на внутрішній і навпаки (*P. Комер*), а депресію – з порушеннями ритму роботи організму внаслідок збоїв у ритмічності викиду мелатоніну і релінінових гормонів при порушеннях функціонування гіпофізарно-гіпофізарної, лімбічної системи та гіпофіза (*В. П. Самохвалов*).

Існують також численні психодинамічні теорії походження біполярних розладів. *К. Абрахам* віднає у депресивних пацієнтів надцінне почуття провини і відчуження, що виникає на тлі несвідомої ворожості щодо їхніх померлих близьких. *З. Фрейд* відзначив, що у депресивних пацієнтів туга за померлими трансформується у почуття власної провини, а у манаїкальних – у маячню. Об'єкт-теорія *Мелані Кляйн* пояснює депресивне регування як інфантильний механізм. *Г. Аммон* вважає депресію регресивним нарцистичним проявом, що виникає через небажання людини контактувати з власним несвідомим. Психосоціальна теорія *Д. Левінсона* та *Л. Селімана* ґрунтується на процесі залежності зниження настрою від зменшення зовнішньої позитивної стимуляції та неспроможності контролювати власне життя і пов'язані зі впливом стресів. Останнім часом значне поширення отримала когнітивно-біхевіоральна теорія *Аарона Бека*, що ґрунтується на формуванні біполярного (особливо у депресивній фазі) розладу під впливом спотвореної оцінки оточення, самого себе та впливом стонення на особистість, а також своїх перспектив на майбутнє.

**Депресивний епізод (F32)** – психічний розлад, що виявляється у пригніченому, тужливому настрої (особливо вранці), песимістичному погляді на майбутнє, зникненні самоцінки і впевненості у собі, ідеях самоприниження і винуватості, думках і вчинках, що можуть призвести до суїциду, зниженій здатності до зосередженості та уваги, психомоторній загальмованості, порушеннях сну (переважно раннє прокидання), апатії, зникненні апетиту та статевого потягу. Для встановлення діагнозу не менше ніж протягом двох тижнів повинні спостерігатися хоча б чотири з перелічених симптомів. Усвідомлюючи наявність у себе вказаних симптомів, хворий зазвичай прагне до соціальної ізоляції, що дає йому змогу менше звертати увагу на себе як на особистість, що, у свою чергу, призводить до проявів депресивної деперсоналізації та дераціоналізації.

На виникненні депресії впливають різні біологічні, психологічні та соціокультурні фактори, описані вище. Окрім того, науковці стверджують, що значну роль у виникненні депресії відіграють психотравмуючі стресові події (*Brown, Harris, Herworth*).

**Легкий депресивний епізод (F32.0)**. Основними симптомами легкого депресивного епізоду є: знижений (депресивний) настрій, зниження активності та зменшені інтереси до діяльності. Додаткові симптоми перелічені вище. Якщо у хворого протягом двох тижнів можна спостерігати по два симптоми з обох груп, є підстави для встановлення діагнозу "легкий депресивний епізод".

*В. Г. Страшенбаум* вказує, що при легкому депресивному епізоді також можна спостерігати атипові субдепресивні симптоми – астенодепресивний нероха туга, надмірна емоційна і психічна чутливість зі сльозливістю, емоційна лабільність, адина-

*мйна субдепресія:* байдужість, млявість, апатія, соціальність; *апостотична субдепресія:* байдужа туга, втрата почуттів (особливо любові) до близьких; гіпобулія, тривого, деперсоналізація-дереалізація.

Спостерігаючи за хворим, на фоні досить жвавої мимики та модульованої мови можна відзначити сумний вираз обличчя та тужливі інтонації у голосі, що з'являються час від часу та ситуативно зникають або змінюються.

Оскільки вираженість симптомів є незначною, самі хворі та їх оточення сприймають стан людини як своєрідну замріяність, екзистенційну замисленість, філософські роздуми та навіть нудьгу, спровоковану психотравмуючим впливом. Хворі з легким депресивним епізодом, зберігаючи критичне ставлення до стану свого здоров'я та ситуації, дуже рідко звертаються по медичну та психотерапевтичну допомогу, оскільки за умови зменшення впливу психотравмуючих факторів можуть самотужки намагатися подолати прояви розпаду, продовжуючи виконувати професійні та інші соціальні функції.

**Помірний депресивний епізод (F32.1).** При наявності двох симптомів з групи основних та трьох-чотирьох – з додаткової є підстави для встановлення діагнозу "помірний депресивний епізод". Окрім перелічених симптомів, при цьому розладі самі хворі висловлюють скарги на неможливість належного соціального функціонування, тривожність, млявість, неприсміяні відчуття в тілі. Вираз обличчя хворого та його поза наче відлюють тужливість та смуток: опущені плечі, винуватий погляд (часом посмішка), погляд скорованій донизу, на джерело світла або у простір, зітхання, сльозливість. Власний стан та ситуацію вважає безнадійними, не бачить шляхів та перспективи одужання. Відволікти хворого від його думок вкрай важко.

Говорячи про помірний депресивний епізод, варто згадати про такий атипичний депресивний синдром, як ларвова депресія. Зважаючи на те, що у деяких пацієнтів на перший план у симптоматиці виходять соматовегетативні розлади, вони лікуються у соматичних відділеннях. Оскільки скарги пацієнтів численні, стійкі та не вкладаються вужлітку соматичних захворювань, а обстеження не виявляють соматичних захворювань, можна вважати їх різновидом помірних депресивних розладів. На наявність депресії впершу чергу вказує погіршення самопочуття хворих вранці та атипична тривожність. А. В. Рустанович відзначає, що початок ларвованої депресії не пов'язаний з впливом психогенних, соматогенних і акзогенно-органічних факторів, перебіг з добовими коливаннями настрою і самопочуття супроводжується розладами сну, анорексією, зниженням лібдо та зниженням настрою з суїцидальними думками, а позитивний ефект при лікуванні антидепресантами свідчить про наявність прихованої депресії. У клініці ларвованої депресії зустрічаються у астено-сенестопатичному, вегетовісцаральному, дисомнічному варіантах, а у вигляді депресивних еквівалентів: obsesивно-фобічний варіант і періодична імпотенція.

**Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F32.2).** Важкий депресивний епізод (непсихотичний) характеризується різкою виразною тугою, відчаєм, безнадією, ажитованістю або вираженим неспосом, відчуттям нестерпності життя, стійкими суїцидальними думками та намірами, соматовегетативними симптомами.

У хворих характерний вираз обличчя, т. зв. "маска скорботи" – видовжене обличчя, опущені кутики уст, очі налівазалижені, колір обличчя блідий з шанотичним відтінком, губи сухі, кліпає дуже рідко. Мова монотонна, тиха, часто – нерозбірливий шепіт або беззвучне жорудіння губами. Хворий сидить згорблений, похолопавши голову та списнувши коліна і притиснувши лікті до тулуба.

Діагноз встановлюють на підставі наявності у хворого протягом двох тижнів усіх основних симптомів депресії та більше, ніж чотирьох додаткових симптомів.

Зважаючи на істотне зниження соціальної активності та значку ймовірність суїциду, таких пацієнтів доцільно госпіталізувати у психіатричні стаціонари:

**Важкий депресивний епізод із психотичними симптомами (F32.3).** У клінічній картині важкого депресивного епізоду до стійкої вираженої туги з ангедонією, песимістичної оцінки свого минулого, теперішнього і майбутнього, апатії (з неспроможністю плакати), типової депресивної тріади: вираженої гіпобулії, гіпохондрії та сповільнення темпу мислення, приєднуються депресивний ступор, зумовлені депресивним афектом гюколі (брадичий запах гниття та смороду) й слухові (образливі і обвинувачувальні) галюцинації та маячня. Характерні ідеї провини, гріховності, самознищення, хвороби (гіпохондрична або ніплістична маячня – переконаність у відсутності або атрофії внутрішніх органів чи їхніх функцій), банкрутства, пераслідування, ставлення (загального поганого ставлення до хворого) з суїцидальними тенденціями.

Водночас можуть спостерігатися: ажитація, анорексія або пперфогія з втратою смаку їжі, безсоння або сонливість, аменорея, відсутність лібідю.

**Рекурентний депресивний розлад (F33).** Повторюваний психічний розлад, що характеризується чітким циклічним (сезонним або індивідуальним) перебігом з повним відновленням до попереднього стану (звичай норми) в інтермісії. Клінічно кожен епізод відповідає ендогенним депресіям. Тривалість епізодів – від трьох місяців до року, з віком тривалість і частота депресивних епізодів збільшується. Повторний приступ хвороби переважно виникає через кілька місяців. Ризик рецидиву зростає при подібній депресії, коли приступ виникає на фоні дистимії.

**Хронічні (ефективні) розлади настрою (F34).** Розлад настрою, що виявляється у неглибоких хронічних повторюваних епізодах розладів настрою, які виникають при незначних психотравмуючих ситуаціях. Хвороба триває зазвичай протягом усього життя. Хворіють частіше люди, близькі родичі яких страждають на ефективні розлади, та ті, хто живе в родині, яка сприймає життя перебільшено оптимістично або песимістично.

**Циклотимія (F34.0).** Розлад настрою, який клінічно відповідає біполярному, але у значно зниженому ступені проявів. Зазвичай коливання настрою, що виникають у дитячому або підлітковому віці та виявляються у численних періодах незначного пригнічення або підвищення настрою. Зміну настрою людина пов'язує з природними періодами творчості, захоплення, наснаги та розчарування й втоми. Через незначні прояви хвороби до лікарів пацієнти з циклотимією звертаються вкрай рідко. Частішими є звернення до психотерапевтичну та психокорекційну допомогу, особливо в депресивному періоді.

**Дистимія (F34.1).** Розлад настрою, субдепресія з переважанням сумного настрою, адинамії, нерідко з нав'язливими думками і сенестопатично-гіпохондричними проявами, що триває постійно або періодично повторюється не менше ніж два роки з нетривалими періодами стабільного настрою. Виникає зазвичай у відповідь на незначну психотравмуючу ситуацію. Зниження настрою хворі переважно пов'язують не з конфліктом, а з соматичним станом.

У період депресії спостерігають такі симптоми: зниження активності, головний біль вранці, розлади сну (безсоння, труднощі засинання, тривожне прокидання), неапевненість у собі та нервувість, знижена самооцінка, труднощі у концентрації уваги, плаксивість з ідеями несправедливого ставлення до себе, зниження статевого потягу, зменшення або відсутність задоволення від діяльності, що раніше його давала, відсуття безнадії, соціальна ізоляція, а також стійка гіпотонія, састичний коліт. Нерідко відзначається компульсивне оживлення психоматричних речовин, що, враховуючи особистісні особливості хворого, може призводити до розвитку наркоманії та алкоголізму.



### 3.6.8. Статеві (сексуальні) дисфункції

У групу статевих (сексуальних) дисфункцій, не зумовлених органічними розладами або хворобою (F52), включають психічні розлади, при яких люди, які не страждають ні органічними, ні соматичними розладами, не можуть здійснювати повноцінний статевий акт, не отримують задоволення від сексу, відзначають труднощі при сексуальній взаємодії або не виявляють природних сексуальних реакцій (відсутність статевого потягу, сексуальна відраза), що призводить до виникнення почуття провини, зниження самооцінки, фрустрації, проблем у міжособистісному спілкуванні.

Отже, сексуальні дисфункції – психічні розлади, при яких людина не здатна нормально функціонувати у певних фазах сексуального реагування. Сексуальне реагування складається з чотирьох фаз.

1 фаза – *потяг*, включає мотивацію і спонуки до занять сексом, сексуальний потяг та сексуальні фантазії, пов'язані з особливостями особистості. Сексуальне бажання (лібідо в медичному сенсі слова) складається з інстинктивного (ендогенне збудження і зростання сексуальної привабливості потенційних сексуальних об'єктів) та усвідомленого компонентів. У першій фазі, зумовленій психофізіологічним стимулюючим впливом, зростає сексуальне напруження і готовність до статевого акту. У жінок набрякають малі статеві губи, розширюються судини піхви, виділяється слизовий секрет, набрякає і збільшується клітор, напружуються соски. У чоловіків внаслідок збільшення наповнення кров'ю кавернозних тіл відбувається збільшення і ущільнення головки пенісу (ерекція), калитка скорочується, яєчка підтягуються, парауретральними і бульбоуретральними залозами виділяється секрет, напружуються соски молочних залоз. Ці фізіологічні зміни виражені зазвичай у значній мірі й наростають під час другої фази сексуального реагування. За умов її відсутності вони зменшуються або зникають.

**Відсутність або втрата статевого потягу (F52.0)** у чоловіків в медицині ототожнюють з імпотенцією. Вторинна імпотенція зазвичай зумовлена психічними розладами, в першу чергу, депресією і шизофренією, одним із провідних симптомів яких є ангедонія. Первинна – відсутність статевого потягу, що не пов'язана з органічними причинами. Послаблення сексуального потягу може виникати внаслідок різних психологічних, біологічних та соціокультурних факторів, які його зумовляють. Порушення функцій на фазі потягу спостерігається у вигляді зниження сексуального потягу, відсутності сексуального задоволення, відрази до сексуальних контактів, вагінізму. Серед біологічних причин найважливішу роль відіграють гормональні порушення, в першу чергу підвищення рівня пролактину, зниження рівня тестостерону та зміна рівня естрогену. Також на сексуальний потяг впливають як астенизація, больовий і депресивний симптоми, пов'язані з соматичними хворобами, так і прийом наркотичних, знеболюючих і психотропних препаратів. Істотно впливають на зниження сексуального потягу неадекватні прохосексуальні реакції на критику або розлука з партнером, боротьба за домінування у стосунках, перенос на партнера неадекватного гніву на батька, емоційна близькість (чи її відсутність), розподіл відповідальності.

Зниження статевого потягу не обов'язково призводить до відмови від сексу, який у багатьох випадках приносить сексуальне задоволення. Йдеться про небажання ініціювати статеві контакти, про відсутність у людини сексуальних фантазій або пошуку фантазій, що блокують сексуальне реагування (неприємні спогади, тривоги, активізація неприємних рис партнера), а також про зниження сексуальної активності (бажання займатися сексом виникає рідше ніж раз на два тижні), що у відкритих опитуваннях відзначають близько 35 % жінок та 15 % чоловіків, у закритих опитуваннях – близько 40 % людей обох статей (більшість з них одружені або мають тривалі стабільні стосунки), як зазначається на психогоризонтальному доповіді (Rosen, Leiblum). Частіше розлад відзначається у пацієнтів старше 45 років.

Зниження сексуального потягу може бути частковим – так звана гіпоалбідемія (гіпоактивний, пригнічений сексуальний потяг) і повним – албідемія, т. зв. ангедонія або сексуальна анорексія, а також абсолютним (генералізованим) та вибіркоким, що виявляється лише з деякими партнерами або за певних умов. Пригнічує сексуальний потяг також зневажливе або поблажливе ставлення до партнера.

**Сексуальна відрaza (сексуальна аверсія) і відсутність сексуального задоволення (F52.1)** виявляється не лише у свідомому ухилянні від сексу у зв'язку з почуттям відрazi до статевих актів (чи окремих його елементів, наприклад, введення пеніса у вагіну), а й тактильній аверсії до сексуальних стимулів (дотиків, поцілунків), що переважно пов'язано з антипатією до партнера або специфічними психосексуальними травмами. Цей розлад частіше спостерігається у жінок. Пусковим механізмом для сексуальної відрazi (F52.10) зазвичай виступають моменти, пов'язані з сексуальним конфліктом (брутальність при фізичній близькості, агресія, небажано або принизливе генітально стимулювання, передчасна еякуляція, неприйнятні сексуальні вимоги, трактування статевих близькості як "виконання подружнього обов'язку" тощо.

**Відсутність сексуального задоволення (F52.11)** діагностують за наявності значущих сексуальних реакцій (включаючи оргазми), що не супроводжуються відчуттям задоволення і призводять до формування неврозу внаслідок пригнічення, почуття відрazi до партнера, до сексу або почуття провини за "неправильний" статевий акт. Трапляються випадки, коли відрaza до гетеросексуальних контактів виникає у чоловіків з неусвідомлюваними гомосексуальними схильностями.

Незважаючи на сучасний достатньо високий рівень сексуальної культури, соціокультурні фактори часто стають причиною зниження сексуального потягу. Відсутність потягу до людини, яку "поважаєш", чи до жінки, у якій є діти, стераотипи сексуальної привабливості, нав'язані громадською думкою, сексуальна необізнаність та егоїзм, дотримання загальноприйнятих норм сексуальної поведінки без врахування особистісних потреб партнера, релігійні та культурні установки – далеко не повний перелік факторів, які є вирішальними у формуванні психічного розладу у пацієнта, що звернувся по психотерапевтичну допомогу. Та найбільше значення, звичайно, мають ті психологічні фактори, серед яких перше місце посідають тривожність і страх, особливо коли йдеться про страх втратити контроль над собою (Beck, Vozman). Люди, які перебувають у стресовому або постстресовому стані чи ті, які мають проблеми у стосунках, особливо при ролєвій неузгодженості, при домінуванні одного із партнерів, при потребі у більшому особистісному просторі зазвичай відчують зникнення сексуального потягу. Більш тривале та складне щодо лікування формування статевих відрazi у жертв сексуального насильства у пацієнтів з фобіями та нав'язливими станами через неможливість будь-якого фізичного контакту.

2-фаза – **збудження**, супроводжується наростанням фізичного збудження і супутніми фізіологічними проявами, а також підвищенням артеріального тиску, збільшенням частоти серцебиття та дихання, підвищенням тонуусу м'язів, посиленням гіперемії шкіри. У жінок у зовнішній третині лізми формується т. зв. оргазмічна манжетка, збільшується лубрикація, виникає набухання статевих губ, ерекція клітора і сосків, розкриття входу у піхву. У чоловіків збільшується ерекція, яка виникає внаслідок психологічної, фізіологічної або механічної стимуляції, а також підтягуються і набрикають яєчка. У 2-й фазі можна виокремити стадію *главо*, яка триває протягом кількох хвилин, під час котрої може спостерігатися ереактивність, а у жінок – відсутність лубрикації та зменшення розміру клітора, диспарейнія, у чоловіків – зменшення ерекції.

Дисфункції, що виникають у другій фазі, – це **відсутність генітальної реакції (F52.2)**, так звана психогенна імпотенція, яка у жінок (за умови достатньої стимуляції ерогенних зон та відсутності органічних причин) пов'язана зі зменшенням лубрикації та

інших фізіологічних змін в органах таза, та з розладами ерекції у чоловіків, становлять суттєву проблему в особистому житті людей, адже з'являються майже у 10 % населення і часто призводять до формування інших сексуальних дисфункцій, наприклад аноргазмії. У чоловіків при цьому розладі відзначається повна або часткова ерекція (часто небажана) у фазі статевого потягу, чи навіть за відсутності фізичного або психологічного стимулювання, чи з іншими партнерами, яке зникає при статевому акті.

Причинами дисфункцій у другій фазі теж виступають біологічні, психологічні та соціально-психологічні фактори. Серед біологічних факторів, як для чоловіків, так і для жінок, окрім гормональних змін (особливо при діабеті), до дисфункції можуть призводити захворювання головного і спинного мозку (травматичні, судинні, онкологічні), патологія хребта і нирок та інші соматогенні розлади, що призводять до астенії, у жінок також слід пам'ятати про можливість менопаузи або інфекційного ураження бартолінових залоз, а у чоловіків – про серцево-судинні захворювання, хвороби статевих органів (простати, уретри), судинні порушення кровопостачання статевого члена та анатомічні особливості (коротка вудечка, гіпоспадія), що можуть призводити до порушень ерекції, а також про вплив на рівень потенції солей важких металів, алкоголю та деяких медикаментозних препаратів (Dupont, Leiblum, Segraves).

Про наявність у чоловіка органічних причин розладу ерекції, крім інструментально-лабораторних методів обстеження, свідчить також рівень NPT (нічного збудження пеніса), який вимірюють під час сну за допомогою розривного манометра (Mohr, Beutler). У здорових чоловіків протягом ночі ерекція виникає 2–5 разів, при органічних порушеннях холостерігається її повна відсутність або незначна сила та кількість ерекцій.

Та значно частіше причинами порушень фази збудження виступають психологічні та соціальні чинники. Хронічний стрес, знизжена самооцінка, тривога, пов'язана з відчуттям сексуальної неповноцінності, установки, що обмежують свободу статевих стосунків і відчуттів партнерів, відмова від психологічної та фізичної стимуляції під час сексу, пригнічення допоміжних еротичних фантазій, релігійні та соціокультурні установки, низький рівень сексуальної культури пригнічують фізіологічні процеси, що виникають у фазі збудження, і призводять до виникнення дисфункцій. Вільям Мастерс і В'єрджинія Джонсон розробили когнітивну теорію розладів ерекції, ґрунтуючись на впливовій трижонності, що виникає під час статевого акту у чоловіків, який уже має досвід її порушення. Немоżliвість досягти ерекції виникає через намагання чоловіка постійно контролювати свої дії та спостерігати за фізіологічними змінами, що відбуваються у його власному тілі та у тілі сексуального партнера, і по мірі зростання ступеня контролю знижується рівень ерекції, а кожен наступний сексуальний досвід перебуває під ще прискіпливішим контролем і знову призводить до порушення ерекції. Так формується механізм "турбота про успіх – тривожне самоспостереження – очікування невдачі". З кожною ніччю невдалою сексуальною спробою підвищується рівень тривожності і знижується впевненість у собі.

3-тя фаза – оргазм: кульмінація сексуального задоволення, що поєднується зі зменшенням сексуального напруження та ритмічними скороченнями м'язів промажнини і внутрішніх статевих органів, часто супроводжується обнулінняцією (легким оглушенням) або короткочасною втратою свідомості. У деяких людей у фазі оргазму спостерігається міотонія – напістастичне скорочення лицевих і абдомінальних м'язів, мимовільне ритмічне скорочення анального сфінктера, а також тахікардія, гіпертонія і тахіпное. Оргазм триває від 3 до 15 секунд. Науковці дослідили, що у пари, яка отримала значне задоволення від першого статевого акту і продовжувала його отримувати в подальшому, прямо пропорційно зростає ймовірність досягнення оргазму при тривалих гармонійних стосунках, зберігаючи при цьому захоплення тілом партнера (Heimdal).

У жінок у фазі оргазму можна виокремити три стадії: замирення, пов'язана з концентрованою приємних відчуттів у генітальній зоні; поширення цих відчуттів по всьому тілу; ритмічні скорочення м'язів піхви (оргазмичної манжетки) та інших м'язів тазових органів з інтервалом приблизно 0,8 сек., що завершується різким падінням психічного і м'язового напруження (розрядка). Залежно від видів стимуляції, що викликає оргазм, у жінок виокремлюють каторний і вагінальний типи оргазму, а також їх поєднання. У зв'язку з тим, що у жінок зазвичай ерогенні зони знаходяться на різних ділянках тіла, їх потенційна здатність до оргазму вища, й досягти оргазму можна, стимулюючи ці зони. Окрім того, жінки можуть переживати багаторазові оргазми протягом одного статевого акту, причому кожен наступний – сильніший за попередній. Наростання збудження під час коitusу переривається і швидко може регресувати при невідповідній очікуванню поведінці партнера і навіть виникненні сторонніх думок. Жінки, більш вибірково підходячи до статевих стосунків, частіше мають підстави до формування дисфункцій під впливом психологічних чинників.

Близько 10 % жінок відзначають **конституційну (первинну) ригідність**, яка завжди супроводжується аноргазмією. Більш поширена **ретардаційна фригідність** (лат. *retardatio* – затримка), пов'язана з загальною або психосексуальною незрілістю, пуританським антисексуальним вихованням, сексуальними травмами у минулому (перешкоди у дитинстві), а також за відсутності ефективного сексуальної стимуляції. **Вторинна**, в т.ч. **психогенна фригідність** при аноргазмія формується у вигляді психологічного захисту від почуттів, пов'язаних з нерозв'язною емоційною фрустрацією.

Діагностику проводять за допомогою опитника Фрідмана, з'ясовуючи ставлення пацієнтки до сексуальності, власної статевої ролі, до чоловіка, до сексуального партнера, до члена сім'ї та про попередній сексуальний досвід. Обов'язково намагаються чітко визначити, чого пацієнтка очікує від сексу загалом і конкретно від свого партнера.

У чоловіків під час оргазму відбувається ритмічне скорочення (з інтервалом приблизно 0,8 сек.) *m. bulbosavernosus*, *m. ischioavernosus* і глибоких м'язів попереку, кількість цих скорочень індивідуальна, залежить від ступеня статевого збудження та супроводжується еякуляцією, котра відбувається за участю симпатичної нервової системи і характеризується 2–4 скороченнями сім'яних пухирців, яєчка, простати і уретри, що призводить до викинення еякуляту з переддихурової частини сечового каналу у сечовий канал статевого члена, де ритмічні скорочення борознистої мускулатури біля основи пеніса з просуванням сім'яної рідини через уретру супроводжуються відчуттям власне оргазму та викидають еякулят назовні. Під час еякуляції виділяється приблизно 2,5 мл сім'яної рідини, котра в середньому містить 120 млн сперматозоїдів. Оскільки у більшості чоловіків ерогенні зони сконцентровані в ділянці статевих органів, оргазм досягається лише їх стимуляцією. Наростання збудження відбувається по безперерній висхідній, і неможливість досягнення оргазму призводить до формування дисфункцій.

Дисфункції, що виникають у цій фазі: аноргазмія, передчасна і затримана еякуляція.

4 фаза – **розрешення**: загальне розслаблення, почуття задоволення та благополуччя. У жінок відбувається зворотний розвиток усіх фізіологічних змін. У чоловіків – повертаються до попередніх показники величини артеріального тиску, пульсу, дихання, зникає ерекція. На певний час настає рефрактерний період повної статевої неспроможності. Зрідка можуть спостерігатися розлади у вигляді посткоїтальної дисфорії з головним болем, запамороченням, свербінням.

У четвертій фазі дисфункції не виникають.

Загалом, говорячи про **походження сексуальних дисфункцій**, важко чітко розділити психологічні причини, що призводять до формування розладу у певній фазі сексуального реагування. Частіше слід з'ясувати, чи є вони вродженими, чи набутими, генералізованими чи ситуативними, психогенними чи зумовленими соматичними хвороба-

ми, ліками чи психокорективними речовинами, визначити, чи є у людини попередній страх статевого акту, надмірна сексуальна орієнтація на статевий акт, негативна установка щодо сексу, зумовлена попереднім досвідом, конфліктами або раціональними факторами, та як впливають на людину попередні сексуальні невдачі й відмови. Адаже вторинні невротичні реакції: тривога (особливо в очікуванні відмови та невдачі), та пов'язане з "виконанням" статевого акту, що виявляється у страху перед "неадекватними" діями, надмірне напруження під час сексу, нав'язливе самоспостереження і зосередженість на власних сексуальних діях та підвищена сприйнятливість до відповідних реакцій сексуального партнера, призводять до сексуальних дисфункцій, які, у свою чергу, посилюють розвиток невротичних реакцій, що обмежують і без того порушені сексуальні функції. В результаті утворюється порочне коло, що призводить до сексуального уникання і гальмує лібідо.

### Статеві дисфункції у жінок

**Організмічна дисфункція (F52.3)**, при якій жінка рідко переживає оргазм (деякі жінки – ніколи) або для отримання оргазму жінці потрібен тривалий час. Подираність і важливість цього розладу часто недооцінюють, хоча жінки зі скаргами на відсутність оргазму звертаються до психотерапевтичної допомоги в 4 рази частіше, ніж хворі з усіма іншими сексуальними розладами. За даними Rosen і Leiblum, цей розлад відзначається більше ніж у 20 % жінок і в кожній третій жінки після менопаузи, а 10–15 % жінок ніколи не відчували оргазму ні під час коїтусу, ні при мастурбації, ще 10 % – відчують оргазм лише зрідка. Аноргазмію на початку статевого життя називають фізіологічним дефіцитом оргазму і вважають проявом психосексуальної незрілості, а з віком майже у половини жінок вона змінюється олгооргазмією. Цікаво, що для деяких жінок, щоб у них з'явилася здатність до переживання оргазму, потрібен значний досвід регулярного статевого життя, народження і виховування дитини.

Статеві акти, що не завершуються оргазмом, часто призводять до формування невротичного розладу, зниження самооцінки, конфліктів з партнером. Спільною рисою для більшості жінок з аноргазмією є недостатня вираженість еротичних фантазій. Деякі жінки говорять, що легко досягають оргазму мастурбуючи і зовсім не можуть досягти його під час статевого акту, але зазвичай вони імітують оргазми, уникаючи призначатися партнерові, що їхній оргазм має кліторне походження. Часом жінки відзначають оргазми уей сні та під час мастурбації, уявляючи гомосексуальну партнерку (що загалом більш притаманне чоловікам). Жінки, у котрих сексуальна реакція зумичається на фазі плато, залишаються напруженими після коїтусу, причому у них довго зберігається переповнення кров'ю статевих органів малого таза, що призводить до відчуття болю внизу живота, головного болю, безсоння, дратівливості. У випадку соматизації реакції зменшується любрикація, через сухість статевих органів виникають неприємні відчуття і біль при коїтусі. Якщо ці больові відчуття фіксуються у вигляді фобійних очікувань, може розвинутися інший розлад – диспарейдія.

Як і при всіх статевих дисфункціях, у виникненні аноргазмії беруть участь біологічні, психологічні та соціально-психологічні чинники. Серед фізіологічних причин не можна не згадати цукровий діабет, при якому не лише порушується фаза збудження, а й зменшується любрикація. В період після менопаузи змінюється чутливість статевих органів. Впливають на формування аноргазмії і нервові розлади, особливо розсіяний склероз. Аноргазмія є одним із симптомів ендогенних психічних розладів, у першу чергу депресії і шизофренії. Відносно жіночий оргазм призначають антидепресанти та препарати з антихолінергічною дією (прозерин, оксазил, фосфаксил).

Серед психологічних причин найважливіше місце посідає страх втрати самоконтролю над м'язами власного сексуального потягу або перед можливістю відштовхнути партнера,

продемонструвавши неестетичну, агресивну чи деструктивну поведінку. Окрім того, до аноргазмі призводять: почуття провини і сорому за сексуальні імпульси; страх можливого болю, зараження венеричними захворюваннями чи приниження; страх penetрації (лат. *penetrare* – проникати); страх і ворожість до чоловіків. Через небажання завагітніти деякі пари, що не користуються контрацептивами, застроюють порерваний статевий акт (екстравагінальну еякуляцію), при якій жінка зазвичай залишається незадоволеною і при подальших статевих актах трактує їх як обов'язок, а себе сприймає як використаний об'єкт і перестав відчувати оргазм. Істотною причиною формування аноргазмі, вважають також пуританське виховання, суворі обмеження стосунків з хлопцями та деспотичний вплив батьків, котрі з дитинства визначають межі моральних заборон, які важко подолати у дорослому житті. Найбільш серйозною психотравмою, що призводить до аноргазмі є зґвалтування, особливо коли йдеться про зґвалтування або розбещення у дитиноті та інцест.

Відомі більш легкі, поверхневі, тимчасові причини фригідності, пов'язані з несприятливими побутовими умовами. Причина оргазмічної дисфункції часом приховується в недостатньо тактовній поведінці чоловіка, яка є результатом його незрілості. Це спостерігається саме тоді, коли чоловік не враховує емоційних запитів жінки та необхідності створення емоційної гармонії.

Жінки з оргазмічною дисфункцією часто намагаються звести безрадісність статевих актів до уявних захворювань статевих органів, але не роблять спроб знайти причини в емоційній сфері власної особистості, їм дуже важко зізнатися в цьому не лише лікареві, але й самим собі.

Дуже цікавим у цій сфері є дослід Бліта і його послідовників. Вони описали три типи жінок, схильних до оргазмічної дисфункції.

1. Тип "шотландці" – це жінки, які своєю ворожою ставленням до статевого життя прикривають наївність та невміння. Разом з недостатніми уявленнями про статево життя вони ще й бояться вагітності і полога, їх необізнаність неможливо усунути шляхом просвіти, бо вона виконує функцію глибокого захисного механізму особистості.
2. Тип "Брунгільди" – це агресивні жінки, які тероризують чоловіків і своєю поведінкою можуть навіть призвести до їхньої імпотенції. Статеве життя вони перетворюють на поле бою і постійно тримають чоловіків у напрузі.
3. Тип "бджолиної матки"; метою життя жінок цього типу є народження дитини, після чого вони вважать своє призначення виконаним. Звичайно такі жінки навіть згодні на штучне запліднення задля досягнення своєї мети і намагаються уникнути статевого життя.

**Вагінізм неорганічного походження (F52.5)** – дисфункція, що полягає у мимовільному судомному стисканні паравагінальними та вагінальними м'язами зовнішньої третини вагіни і болями, що іррадіюють у м'язи стегна, яка виникає при спробі введення статевого члена, але зазвичай відсутня при мастурбації фалопітатором.

Серед біологічних факторів, що призводять до вагінізму, слід пам'ятати про біль, який виникає при коїтусі у жінок, в яких є вагінальна інфекція, інфекція сечовивідних шляхів, герпес чи гінекологічні хвороби, а також конверсійні розлади. Однак ці фактори рідко призводять до формування тривалого розладу, і з одуханням жінки минається біль при введенні статевого члена і зникають симптоми вагінізму.

Психологічні фактори формування психогенно зумовленого розладу ґрунтуються на почутті страху, завищеного морального самоконтролю або виникають в результаті зґвалтування чи важкої психотравми. Інтенсивний страх сексу, що виражається у запобіганні статевому акту, формується у жінок, які внаслідок пуританського виховання вважають його недостойним ("брудним"). Жінки, які були зґвал-

товані чи їх попередній сексуальний досвід з невмілим партнером завдав їм болю, остерігаються, що їм це зашкодить або знову буде боляче і принизливо, відвідомо уникають проникнення пеніса у вагіну. Також серед хворих з вагінізмом трапляються жінки, сексуальний партнер яких їм емоційно неприсмний або це пасивна і залежна особистість зі слабкою ерекцією і передчасною еякуляцією.

**Диспарейнія неорганічного походження (F52.6)** – дисфункція, що виявляється гострим болем у статевих органах та в малому тазі під час коїтусу, за умови, що всі інші фази сексуального розгубання для жінки присмні. Біль може бути лише при введенні статевого члена, при його глибокому введенні або протягом усього статевого акту.

Ознаки розладу хоча б один раз у житті відзначають практично у всіх жінок, однак це не призводить до формування диспарейнії. Періодичні скарги висловлює близько 10 % усіх пацієнток гінекологів.

Серед фізіологічних причин на першому місці знаходяться гінекологічні хірургічні втручання та ускладнення після пологів. Спровокувати біль можуть також вагінальні інфекції, пухлики, кісти, алергічна реакція на вагінальні контрацептиви або ліки, на склад гуми презерватива та багато інших.

Психологічні чинники мають незначний вплив на формування диспарейнії. Симптоматика розладу зустрічається досить часто у демонстративних жінок, особливо якщо вони не задоволені своїм сексуальним партнером та уникають близькості з ним. Однак трапляються випадки диспарейнії, що сформувалися внаслідок тривалого психологічного стресу, пов'язаного зазвичай з внутріособистісним конфліктом, що виник в результаті незадоволення статевими стосунками (наприклад, через низьку сексуальну культуру чоловік обмежується проникненням у піхву і активними фрикційними рухами), про яке жінка не наважується сказати.

#### **Статеві дисфункції у чоловіків**

Більше ніж половина чоловіків, котрі лікуються з приводу сексуальних розладів, основною скаргою визначають слабкість ерекції (проблеми, що виникають у її появі та утримуванні), тобто у фазі пробудження у них відзначається відсутність фізіологічних реакцій, необхідних для ефективного сексуального взаємодії – **відсутність генітальної реакції** (F52.2). У клініці виокремлюють первинне, вторинне порушення (імпотенція і т. зв. псевдоімпотенція). Вторинні порушення потенції виникають внаслідок захворювань ендокринної, нервової, серцево-судинної системи або є специфічними симптомами сексуальних переверзій. Про псевдоімпотенцію йдеться у пацієнтів, які мають хибні уявлення про сексуальні можливості чоловіків і доходять до висновку про власну неспроможність, що часто призводить до формування психологічно зумовленого зниження потенції. Далі існувати первинне порушення потенції можна у тих випадках, коли зниження потенції виникає після тривалого утримання від сексуальних стосунків (абстинентна форма) внаслідок специфічних нейрогуморальних розладів; при конституційно зумовленому зниженні потенції; при порушеннях потенції, що виникли в результаті частих пролонгованих або перерваних статевих актів (дисрегуляторна форма); і, врешті, порушення потенції, що сформувалися за тилом невротичної фіксації (паторефлекторна форма), які є об'єктом психотерапевтичного впливу.

Оскільки сексуальна реакція – це психосоматичний процес, у формування сексуальної дисфункції залучені як психологічні, так і психічні процеси. Найчастіше часті біологічні та психологічні причини порушень потенції у чоловіків описані вище. Сексологологи серед психологічних причин формування паторефлекторної форми дисфункції зазвичай вказують на: значне емоційне напруження, яке пояснюється різними причинами

ми – установкаю на власну неспроможність до статевого акту з партнером (у т.ч. викликану "шкідливістю" колишніх чи теперішніх мастурбацій), страх перед партнером (особливо при його ідеалізації), страх зробити партнерові боляче, страх бути побаченим сторонніми людьми, страх негативної оцінки партнером його зовнішності чи сексуальних умінь, страх зараження венеричними чи інфекційними хворобами; неадекватною прикладом статевому акту; очікуванням "невдачі", яке зростає при кожному наступному статевому акті, під час якого були ознаки (часто уявні) ослаблення ерекції. Усі ці причини призводять не лише до послаблення ерекції, а й до зниження сексуального потягу, яке, у свою чергу, теж послаблює ерекцію.

За даними літератури (Feldman) еректильний розлад спостерігається у 10 % чоловіків. Зважаючи на те, що більшість чоловіків отождоюють поняття мужності (чоловічості), впевненості у собі зі "статевою силою", що, на їх думку, виявляється вираженістю і тривалістю ерекції, легкістю її виникнення і можливістю не зв'язати на перешкоди, а також тривалістю коїтусу, ослаблення ерекції стає не лише частою причиною подружніх конфліктів і розлучень, а й призводить до невротизації, алкоголізму, подружніх конфліктів, розлучень, реактивної депресії і навіть самогубства.

Відзначають два вікові піки у частоті появи розладів ерекції: близько 20 і в 40–50 років. У молодих пацієнтів відсутність генітальної реакції частіше формується через невпевненість у собі та внаслідок незначного сексуального досвіду і нездатності адекватно оцінювати фізіологічний потенціал організму. У зрілих (особливо одружених) чоловіків ерекцію знижує стерестильність і монотонність статевих стосунків, охолодження до сексуальної партнерки через зменшення з віком її сексуальної привабливості, через конфлікти та сімейні проблеми.

Порушення потенції частіше виникають у акцентуїзованих, психопатичних та похондричних особистостей, у яких є труднощі в соціальних і емоційних контактах. Окрему групу складають пацієнти, порушення потенції у котрих виникає внаслідок гальмуючого впливу девіантних сексуальних потягів.

**Передчасна еякуляція** (F52.4) – дисфункція, при якій чоловік досягає оргазму та еякулює за час, недостатній для отримання задоволення обома партнерами статевого акту (насто навіть без ерекції чи перед або одразу після введення пеніса). Коли еякуляція настає перед або під час іміції статевого члена, говорять про еякуляцію антепорτας або інтрапорτας (всередині присянку піхви). Якщо тривалість статевого акту недостатня для сексуального задоволення жінки, говорять про відносно передчасну еякуляцію. Laumann вказує, що на передчасну еякуляцію скаржаться близько 40 % чоловіків, які звертаються до лікаря з приводу сексуальної дисфункції, і понад 25 % усіх чоловіків; частіше це чоловіки віком до 30 років, які не мають достатнього сексуального досвіду і не можуть контролювати своє збудження, або займаються сексом лише зрідка.

У незначній кількості пацієнтів причиною передчасної еякуляції може бути біль внаслідок подразнення при короткій вузденці статевого члена, підвищена сексуальна подразливість при хронічному простатиті, енурез у дитинстві. Ці випадки легко діагностуються і лікуються.

Та у більшості випадків причини виникнення дисфункції психогенні. Психологи вважають, що передчасна еякуляція настає при надмірній тривожності чоловіка: при підвищеній сексуальній збудливості після тривалого статевого утримання; внаслідок страху бути покараним, який він переживав у дитинстві під час мастурбування. Пов'язують її з надмірним прагненням задовольнити сексуального партнера, з тривожністю, викликовою між- і внутрішніми конфліктами; ustalеними стереотипами про неймовірну чоловічу "втривалість"; з тривожністю, пов'язаною з передчасною ея-



куляцією у минулому, впливом на швидкість еякуляції алкоголю та психотропних препаратів. Однак численні теорії походження передчасної еякуляції не мають підтверджень у практичних дослідженнях, і на сьогодні остаточної думки щодо причин розладу немає. Та, незважаючи на відсутність єдиного бачення етіології розладу, всі погоджуються, що фексове психотерапевтична допомога у більшості випадків дає позитивний результат, що свідчить про його психогенне походження.

Говорячи про передчасну еякуляцію, яка знаходиться у рубриці психічних розладів як окрема нозологічна одиниця, слід згадати й про інший розлад, пов'язаний з розладом еякуляції – **загальмований (ретардований) оргазм і еякуляція**. Чоловіки з таким розладом або взагалі не досягають еякуляції, або вона настає через дуже тривалий час після адекватного сексуального збудження та значної кількості фрикцій, що часто є обтяжливим для сексуального партнера. Водночас слід зазначити, що у більшості випадків повноцінна фаза оргазму приносить лише відчуття полегшення, а не задоволення, отже, не настає оргазм. Розлад трапляється у 5 % чоловіків.

Серед біологічних чинників, що можуть призводити до загальмування еякуляції, в першу чергу треба пам'ятати про можливе зниження рівня тестостерону, побічну дію гіпотензивних препаратів, антидепресантів, препаратів, що зменшують тривожність, а також алкоголю. Однак більш вагомим є психологічний чинник. Тривожність, пов'язана зі статевим актом, табуїзоване ставлення до людських виділень, інцестуозні бажання з почуттям провини, неусвідомлювана ворожість до конкретного партнера (конкретного типуажу чи взагалі до осіб цієї статі), небажання вагітності партнерки, зниження статевого потягу через втрату привабливості сексуального партнера або його агресивність та тиск у сексі і багато інших. Та найбільш імовірною видається теорія про фіксацію чоловіка на ролі спостерігача і пов'язана з його прагненням до гіперконтролю.

Г. С. і А. С. Кончарян виокремлюють т. зв. **синдром очікування сексуальної невдачі**. Сексуальна невдача призводить до прагнення гіперконтролю над інтимним зближенням, внаслідок чого зникає автоматизм сексуальної функції. Намагаючись подолати ситуацію, тобто уникнути думок про можливу невдачу, люди часто ще більше загострюють на ній свою увагу, що призводить до остаточного формування і стабілізації синдрому. Подальше напруження синдрому пов'язане з боротьбою амбівалентних (різноскерованих) стратегій: чим більше залучаються механізми подолання, тим сильніше діють механізми захисту. Наг'язливий страх та переконаність у власній сексуальній некомпетентності настільки збільшують тривогу, що сексуальні контакти стають неможливими. Механізмами психологічного захисту людина обирає або уникання статевих контактів через сублімацію (робота, хобі), заміщення (алкоголь, наркотики, переїдання), девальвацію (аскетизм), раціоналізм (обґрунтування причин відмови від статевого життя), компенсацію (заміну сексуальних стосунків платонічними, переважно з уявним або недосяжним об'єктом), символічне задоволення (вихвалювання уявними сексуальними діями, часто навіть перед самим собою), відволікання (надмірні фізичні навантаження) та несексуальну розрадку (сварки і образи перед можливим статевим актом), або намагаючись вплинути на сексуальну поведінку партнера чи передаючи йому ініціативу, заздалегідь відмовляючись від відповідальності за невдачу.

### Обстеження хворих зі статевими дисфункціями

Медичне обстеження скероване на визначення ймовірності впливу на виникнення сексуальної дисфункції медикаментозних препаратів і соматичних захворювань, у

першу чергу – нейроендокринних розладів, урологічних і гinekологічних захворювань, зловживання алкоголем і наркотичними засобами, психотропними і гіпотензивними препаратами, статевими гормонами.

*Психологічне обстеження* покликане з'ясувати природу психопатології у кожного з партнерів, оцінити роль дисфункції у динаміці інтимних стосунків, визначити тип партнерських стосунків, причини конфліктів, проаналізувати психосексуальний розвиток пацієнта, виявити його пригнічені бажання і страхи.

### 3.6.9. Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F6)

#### Розлади статевої ідентифікації (F64.0)

**Статева ідентифікація** – це внутрішнє відчуття приналежності до певної статі, яке формується у дітей до 7 років і виявляється у поведінці, іграх, одязі. На підставі статевої ідентифікації починаючи з 7–10 років починається публічна демонстрація статевої ролі.

**Розлад статевої ідентифікації** – це стійкий стан дискомфорту та неадекватності, пов'язаний з власною статевою приналежністю, почуттям невідповідності статевої ролі самовідчуттю, прагненням сприйматися (постійно або тимчасово) як особа протилежної статі.

#### Транссексуалізм (64.0)

Розлад статевої ідентифікації, що виявляється у формі стійкого бажання позбутися власних первинних і вторинних статевих ознак та набути статевих ознак протилежної статі, а також жити і бути сприйнятим оточенням як людина протилежної статі. У пацієнтів відзначають порушення диференціації мозкових структур, істотне зменшення розміру опорного ядра гіпоталамуса, що відповідає за статево поведінку, яку пов'язують з імовірними гормональними розладами в період вагітності. Більш поширений серед чоловіків (2 : 1), у яких в дитинстві, можливо, було фізичне і сексуальне насильство. В дитинстві відзначається прагнення до поведінки, притаманної протилежній статі, а також трансвестизм – переодягання в одяг іншої статі, який допомагає подолати негативні переживання, пов'язані з порушенням гендерної ідентифікації. Починаючи з підліткового віку у зв'язку зі статевим потягом до осіб фізіологічно своєї статі (яких людина психологічно сприймає як протилежну) можуть формуватися пограничні розлади особистості, депресивні розлади з вираженими суїцидальними тенденціями (Bradley), спроби самокалічення статевих органів. У деяких випадках у підлітковому або юнацькому віці при зміні оточення можлива зміна ставлення до власної статі та прийняття її.

Транссексуали можуть протягом тривалого часу поводитися відповідно до вимог фізіологічної статі (щоправда, виявляючи схильність до діяльності, притаманної іншій статі), і перші демонстративні ознаки розладу та суб'єктивні відчуття гендерної невідповідності з'являються лише у середньому віці.

Встановлення діагнозу у більшості країн світу є підставою для отримання дозволу на проведення оперативного втручання із зміни статі. Лікування включає розглядання показань та протипоказань для хірургічної зміни статі, на які нерідко імпульсивно зважуються пацієнти у стані кожного дистресу або сильної тривоги. Після випробувального терміну, що триває 1–2 роки, вони отримують гормональне лікування (екстрадіол і прогестерон у чоловіків і тестостерон у жінок) та намагаються жити так, як це притаманно для осіб бажаної статі. Адаптацію до нової статевої ролі полегшує підтримувана поведінкова психотерапія.

#### Трансвестизм подвійної ролі (64.1)

Розлад виявляється у бажанні носити одяг протилежної статі, що не дає сексуального задоволення, а створює підґрунтя для фантазій та уявлень про власну приналеж-



одж нестерпного прагнення заволодіти фетишем люди можуть здійснювати асоціальні вчинки (переважно крадіжки). Звернення до психотерапевтичної допомоги пацієнтів із фетишизмом пов'язане з їх бажанням змінити інтенсивність впливу фетиша та нормалізувати сексуальні стосунки з партнером. Застосування методів психоаналізу, біхевіоральної психотерапії дають стійкий позитивний ефект.

**Фетишистський трансвестизм (F65.1).** На відміну від транссексуалів, які носять одяг протилежної статі для підтвердження власної гендерної відповідності, трансвестити-фетишисти отримують від цього задоволення (в т.ч. сексуальне). Розлад зазвичай формується у дітей, у яких в дитинстві не було моделі статевої поведінки, шквалі (зазвичай матері, бабусі) заохочували поведінку, притаманну іншій статі, отворюючи таким чином хибні статево-рольові установки, або, у тих хто в дитинстві зазнав фізичного чи сексуального насилля. Переважна більшість пацієнтів – чоловіки.

У підлітковому та юнацькому віці з'являються інтенсивні сексуальні імпульси, фантазії та поведінка, що виявляються у прагненні одягатися в одяг людей протилежної статі, переживаючи при цьому значне сексуальне збудження. Після досягнення оргазму виникає бажання зняти одяг протилежної статі і одягти – своєї. В дорослому житті це виявляється у різних формах: переодягання у жіночий одяг перед своїми сексуальними партнерами, постійне або періодичне носіння окремих елементів жіночого одягу (зазвичай білизни та панчік), постійне або періодичне переодягання у жіночий одяг для появи (анонімної) на публіці, користування косметикою тощо. У буденному житті трансвестити-фетишисти поводять себе згідно з вимогами до осіб власної статі. Стійкий позитивний ефект дає застосування психоаналізу та поведінкової психотерапії.

**Експібіціонізм (F65.2)** – парафілія, при якій у людини з'являються сексуальні імпульси при уваленні, як вона показує свої статеві органи іншій людині (зазвичай протилежної статі), а у багатьох випадках виникає нездоланна компульсивна потреба здійснити це не вступаючи в подальшому у сексуальний контакт з цією людиною, у деяких випадках мастурбуючи та еякуючи.

Походження парафії пов'язують із прагненням до самоствердження, що виникає у людей із заниженою самооцінкою, особливо у чоловіків із статевиими дисфункціями (Blair, Laloun). Експібіціонізм також виступає як симптом гебефренічної шизофренії, органічних уражень головного мозку. Як і при інших парафіліях, для лікування застосовують психоаналіз, поведінкову психотерапію, гіпнотерапію.

**Вуаєризм (візюнізм, сколофілія) (F65.3)** – парафілія, при якій для сексуального збудження людині необхідно підглядати (або спостерігати) за оголеними людьми, людьми, які роздягаються, або які здійснюють статевий акт (варіант – таємний секс по телефону) не виявляючи бажання вступити з ними у статевий контакт та мастурбуючи. Походження розпаду представники різних психотерапевтичних напрямків пов'язують із: наслідками набутого у дитинстві досвіду підглядання, прагненням отримати уяву владу над іншими людьми, намаганням компенсувати сексуальну або соціальну сором'язливість, страхом кастрації і т.д. – узагальнені думки поки що не існують. У чоловіків часто спостерігається при статеви дисфункції. Терапія – як у попередніх варіантах парафії.

**Педофілія (F65.4)** – сексуальна перверсія, що виявляється у статевому потягу до дітей, які не досягли статевої зрілості (переважно 12–13-річного віку), як варіант у осіб з гомосексуальною орієнтацією спостерігають еребофілію – потяг до підлітків. Сексуальні фантазії щодо дітей спонукають хворого намагатися торкатися дітей, нести їх, вступати з ними у статевий контакт. Походження розпаду пов'язують з імовірним сексуальним та фізичним насиллям, якого людина зазнала у дитинстві (McCormack) та з намаганням досягти влади над іншими. Спостерігають переважно у чоловіків, об'єктами педофії у 75 % випадків стають дівчатка (Koss, Heslet). Нав'язливий сексуальний потяг до дітей, який хворий намагається контролювати вольовими зусиллями, зазвичай при-

зводиться до формування депресії, алкоголізації чи наркотизації – або до агресивності та втілення фантазій у життя. Педофілія – найчастіша причина здійснення сексуальних злочинів. За даними американських психотерапевтів, стійкий позитивний ефект дає застосування терапії, сфокусованої на вироблення стійкої відрази до дитини як сексуального об'єкта та організаційне переорієнтування. Когнітивно-біхевіоральні тренінги з попередження рецидивів педофільії дають понад 90 % позитивних результатів (Pithers).

**Садомазохізм** (F65.5) – сексуальна перверсія, яка характеризується тим, що сексуальне збудження настає при брутальному інтенсивному фізичному або психологічному впливі або принижанні партнера чи від партнера. Причини формування перверсії різні психотерапевтичні та клінічні школи тлумачать по-різному. Клініцисти вважають, що розлад формується внаслідок порушень ендокринної системи, психотерапевти пов'язують з потребою інтенсивного відреагування відчуття тривоги, провини або прагнення до домінування щодо сексуального об'єкта, що уособлює образ домінуючого дорослого, з яким пов'язані інцестуозні переживання. Пацієнти зі схильністю до садизму отримують сексуальне задоволення, змушуючи страждати свого сексуального партнера: принижують його, б'ють, душать, ріжуть, навіть калічать або вбивають, а також – уявляючи це або згадуючи. Пациенти зі схильністю до мазохізму отримують сексуальне задоволення від того, що їхній сексуальний партнер примушує їх страждати: принижуює, б'є, катує, а також згадуючи це або уявляючи. У деяких пацієнтів спостерігається почергова зміна прагнень до садистичної та мазохічної поведінки. Частина людей зі схильністю до садомазохізму для задоволення своїх сексуальних потреб шукають постійного партнера, який має подібні потреби. Інші – задовольняють їх з випадковими партнерами, зазвичай примусово. Патерн поведінки хворих формується у ранній молодості, зберігається протягом тривалого часу, часто з віком набуваючи дуже жорстоких та небезпечних форм. При сексуальному мазохізмі можливе часткове задоволення сексуальних потреб без участі партнера – хворі калічать себе, ріжуть тощо. Однією із найнебезпечніших форм садомазохізму є гіпоксифілія – стримування (задушення) і використання аноксії (кисневого голодування) для посилення статевого збудження. Реакція на психотерапевтичний вплив у хворих із садомазохізмом незначна і нестійка. Однак описані випадки зрочного покращення стану пацієнтів в результаті тривалих занять психотерапією (Culpling, Vailant).

**Інші розлади статевої переваги** (F65.8). У цю групу перверсій входять численні і дуже різноманітні розлади, які умовно можна поділити на дві групи. Перші – пов'язані зі збоченими способами отримання сексуального задоволення: уролагія – статеве збудження пов'язане з актом сечовиділення; копрофілія – статеве збудження стимулюється актом дефекації (варіант – копролалія, телефонна скачологія – непристойні розмови, а тому числі і по телефону); фроттеризм – статеве збудження і задоволення досягаються тертям статевих органів об стегна, сідниці чи інші частини тіла одягненої сторонньої людини, з якою вона планує мати статевий акт. Другі – пов'язані зі збоченим сексуальним об'єктом: зоофілія – статеві зносини з тваринами (трапляється за відсутності адекватних об'єктів для традиційних статевих контактів); некрофілія – статевий потяг до трупа, часто поєднується з гоміцидоманією; нарцисизм (*аутофілія, аутоеротизм*) – статевий потяг до власного тіла; що виникає при розгляданні його у дзеркалі, переважно поєднується з нав'язливою мастурбацією, а також може супроводжуватись введенням у піхву, пряму кишку чи сечовий канал статевого члена сторонніх предметів; а також статевий потяг до людей похилого віку або до людей, які мають певні анатомічні аномалії (ампутовані кінцівки, карликовість, патологічне ожиріння тощо).

Говорячи про перверсії, слід зазначити, що за відсутності прийнятних сексуальних об'єктів можуть спостерігатися т. зв. несправні, тобто ситуативно зумовлені або

транзиторні порушення, які поновлюються при виникненні подібної ситуації (усамітнення, ув'язнення, ізоляція тощо). На сьогодні сексуальні перверсії, крім педофільї, вважаються розладами, які істотно не впливають на психічний стан особистості і не потребують лікування. Лише при добровільному зверненні людини з сексуальною перверсією їй надають психотерапевтичну допомогу.

**Сексуальна аддикція** виявляється у неспроможності контролювати власні сексуальні імпульси, які людина намагається задовольнити у найбільш прийнятний для себе спосіб, незважаючи на бажання сексуального партнера. Зазвичай сексуальна аддикція формується у людей, які не можуть адекватно відреагувати образу чи приниження або позбутися тривожності чи пригніченості.

Ц. П. Короленко і Н. В. Дмитрієва виокремили чотири стадії розвитку сексуальної аддикції:

- обсесяєна стадія з фіксацією на сексуальній тематиці;
- стадія ритуалізації з розробкою і реалізацією схем аддиктивної поведінки;
- стадія компульсивної сексуальної поведінки з епізодами втрати контролю;
- етап відчаю з суїцидальними тенденціями.

Сексуальна аддикція у жінок – міфomanія – виявляється у частих небезпечних статевих контактах з незнайомими людьми. Сатириаз у чоловіків виявляється у надмірному збільшенні частоти статевих контактів, який змушує їх постійно шукати сексуальних партнерів, може призвести до промісцитету – т. зв. сексуальної розпущеності, яка полягає не лише у частій зміні сексуальних партнерів, а й імпульсивному мастурбуванні, гомосексуальності, сексуальному насиллі та інцесті. Сексуальна аддикція переважно є симптомом психопатії або маніакальної стадії біполярного афективного розладу. Оскільки втілення сексуальних фантазій дає змогу відчувати дуже значне сексуальне задоволення у поєднанні зі зниженням рівня тривожності, самотужки позбутися аддикції неможливо.

**Інцест** – сексуальний контакт між близькими кривними родичами. В усіх цивілізованих країнах інцест вважають протиправним вчинком. Інцест між дорослими людьми рідко стає предметом судових позовів, хоча може призводити до формування у них різноманітних психічних розладів. Однак дуже часто в інцестуальні стосунки бувають залучені діти. Дослідження виявили, що найчастіше такі стосунки виникають між рідними або двоюрідними братами і сестрами (Salavall, Finkelhor), які зазвичай не вважають їх неприродними, і не викликають відчуття психологічного дискомфорту аж до періоду завершення статевого дозрівання або першого почуття закоханості. Найбільш істотний психотравмуючий вплив на дитину справляють інцестуозні стосунки з батьком (вітчимом або іншим дорослим родичем), які нерідко починаються раніше, ніж дитина починає розуміти їхнє справжнє значення. Спершу вони мають ознаки гри, що начебто підкреслює любов до дитини – поцілунки, постоци, дотики, які згодом поширюються на генеталі дитини і переходять у їх оральну та мануальну стимуляцію і статевий акт. У переважній більшості випадків дорослий не застосовує до дитини фізичного насилля, а лише покладається на власний авторитет та емоційну близькість. З часом, коли дитина починає розуміти, що насправді відбувається, у неї формується один із типових варіантів сприйняття: відчуття власної "виділеності" з-поміж інших осіб жіночої статі (мати, сестри), яке у поєднанні з необхідністю приховувати ці стосунки від усіх інших призводить до стійкої самоізоляції та спотвореної самооцінки; відчуття безпорадності та беззахисності (особливо якщо мати здогадується про інцест і не перешкоджає йому) сприяє зниженню самооцінки дитини, втраті довіри до близьких і прагненню відсторонитися від реального світу, що призводить до надмірного фантазування або девіантної поведінки, намагаючись уникнути оприлюднення інформації про інцестуальні стосунки, що призведе до значного суспільного резонансу, суперечок або розлучення батьків, фі-

нансових проблем, осуду оточення, дитина приховує їх від усіх, очікуючи власного до-  
рослішання, яке дасть їй змогу піти з дому і забути про все або помститися кривдничко-  
ві – подібна стратегія призводить до формування стійких психічних розладів.

Коли йдеться про інцестуозне фізичне або сексуальне насилля – аб'юз – у дитини  
фіксується зв'язок між ставовим збудженням, заборонаю і болем, що призводить до  
формування захисної поведінки, що заперечує любов. Наприклад, необхідною умовою  
отримання чутливої насолоди став завдання болу собі або партнерові, наявність у нього  
дефекту, насилля, оплата сексу або злодійство, дистанцювання за допомогою спо-  
стереження збоку (секс утрьох – тріолозі).

Загалом, коли йдеться про стан психічного здоров'я людей, які зазнали сексуаль-  
ного насилля у дитинстві, то практично усі вони, окрім різних психічних розладів страж-  
дають від статевих дисфункцій – виявляють схильність до насилля, до садомазохіст-  
ських стосунків і практично втрачають спроможність переживати оргазм (Becker).

**Розлади звичок і потягів (F63)** – психічні розлади, що виявляються у повторю-  
ваних вчинках, які не мають зрозумілої мотивації, суперечать бажанням і потребам як  
оточення, так і самого пацієнта. Причини формування розладу не з'ясовані, однак, зва-  
жаючи на кореляцію між розладами звичок та потягів і афективними розладами, дають  
підстави вважати їх компульсивними похідними.

**Патологічна схильність до азартних ігор (людоманія, гемблінг) (F63.0)** вияв-  
ляється у повторюваних епізодах участі в азартних іграх, які змушують людину істо-  
тно обмежувати усі інші види соціальної, а також професійну та особистісну діяльність.  
За даними літератури (Buckley), від азартних ігор залежить 1–3 % дорослого населення  
і понад 3 % підлітків. *Непатологічний гемблінг* – гра в азартні гри з метою отримання ви-  
грашу, що невизначеністю перспективи загрожує втратою матеріальних цінностей грав-  
цем, який не втрачає самоконтролю і здатен сам її припинити. Такі гравці називають  
*соціалізованими азартними гравцями (Social Gamblers)*. При *патологічному гемблінгу*  
гравець самоконтроль втрачає, що спричиняє руйнування його соціального, професій-  
ного та особистого життя. В МКХ-10 вказано, що діагностувати розлад можна за умови  
повторюваних епізодів участі в азартних іграх протягом року, участь у них незалежно від  
матеріальної вигоди, розлади соціальної і професійної адаптації, неможливість контро-  
лювати потяг до гри і припинити її вольовим зусиллям, постійна фіксація на азартній грі.  
При неможливості грати у людини підвищується рівень тривожності, з'являється від-  
чуття безпорадності та покинутості. Гемблінг у багатьох випадках сприяє формуванню  
залежного розладу особистості. Застосування НЛП, транзактного аналізу дає нестійкий  
позитивний ефект; застосування комплексу когнітивних і поведінкових технік дає змогу  
гравцям ефективніше контролювати свої вчинки (Vijoid); створені групи самопомогли –  
"анонімні гравці", які працюють за тим самим принципом, що й "анонімні алкоголіки".

**Патологічні підпали (піроманія) (F63.1)** – свідомі неодноразові підпали, які здійс-  
нює людина, усвідомлюючи ймовірну небезпеку для себе та оточення, а також небезпеку  
покарання. Пацієнти відзначають у себе підвищену цікавість до вогню, часто уявляють  
його та похлюбують вогню, демонструючи регрес до первісного ставлення до стихії  
(вогню). Серед варіантів похлювання піроманії найбільш ймовірними видаються: прихо-  
ване агресія, прагнення підвищити власну самооцінку (як "повелитель стихії"), а також  
прагнення знизити рівень тривожності, значне підвищення якої пацієнти відзначають  
перед підпалом. Поведінкова психотерапія у багатьох випадках дає відносно стійкий по-  
зитивний ефект. Для лікування застосовують також психоаналіз, групову психотерапію.

**Патологічні крадіжки (клетоманія) (F63.2)** – психічний розлад, що характе-  
ризується стійким повторюваним прагненням щось вкрасти, незважаючи на ймовірність

бути улюбленим і покараним. Формування розладу пов'язується із прихованим прагненням до домінування у людей, які зазнають істотного психологічного пригнічення з боку значущих близьких, а також – з мазохістичним прагненням бути покараним за "поганий вчинок". Пацієнти відзначають значне підвищення рівня тривожності, який зменшується обрідно після крадіжки, а також відчуття "органічного" задоволення в момент її здійснення. Поведінкова та групова психотерапія дають неспійкий позитивний ефект.

### Питання для контролю та самоконтролю

1. Назвіть основні принципи розмежування психологічних феноменів і психологічних симптомів.
2. У чому полягає феноменологія клінічних проявів?
3. Поясніть суть поняття "внутрішньої картини здоров'я".
4. У чому полягають особливості оцінки та самооцінки здоров'я?
5. У чому полягає суть поняття позитивної саморегуляції та психічного самоуправління?
6. Назвіть основні концепції виникнення психічних розладів.
7. Психічні, соматичні та психосоматичні розлади – назвіть основні чинники, що впливають на їх формування. (Генетичні фактори. Біохімічні аспекти. Нейрофізіологічні аспекти. Психофізіологічні аспекти. Психологічні фактори. Соціально-психологічні аспекти. Соціальні аспекти).
8. Дайте визначення поняття психічної та соматичної хвороби.
9. Назвіть основні причини виникнення психічних захворювань і психічних порушень та їх поширеність.
10. Що таке стрес та дистрес?
11. Назвіть ознаки та причини стресового напруження.
12. Назвіть основні когнітивні механізми для опанування стресу.
13. Назвіть причини виникнення, основні симптоми, принципи діагностики та лікування пов'язаних зі стресом та дисоціативних розладів.
14. Перелічіть основні ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
15. Яка роль психологічного фактора у виникненні та перебігу соматичних захворювань?
16. Як змінюються психічні стани особистості та їх властивості при різних соматичних захворюваннях?
17. У чому полягають психологічні особливості соматичних захворювань на різних етапах онтогенезу людини?
18. У чому полягають особливості психічної діяльності при хронічних соматичних захворюваннях?
19. Назвіть причини соматизації.
20. У чому полягають особливості етіології та патогенезу психосоматичних захворювань?
21. У чому полягає вплив психіки на функціонування організму людини?
22. Вкажіть особливості виникнення, перебігу та лікування психосоматичної гіпертонічної хвороби, бронхіальної астми, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, ревматоїдного артриту, нейродерміту.
23. Дайте визначення поняття невротичного розладу, неврозу.
24. Перелічіть тривожно-фобійні розлади. Дайте коротку клінічну та патопсихологічну характеристику кожного з них.
25. Поясніть поняття генералізованого тривожного розладу.
26. Поясніть поняття агорафобії як невротичного розладу.
27. Дайте визначення та коротко охарактеризуйте соціальні і специфічні розлади.
28. У чому полягає особливість виникнення обсесивно-компульсивних розладів?
29. У чому полягає сутність невротичності та її відмінність від неврозу?



30. На чому ґрунтується діагностика невротичних розладів?
31. Дайте визначення поняття психосексуального розладу.
32. Класифікація психосексуальних розладів.
33. Перелічіть та охарактеризуйте фази сексуальної реакції в нормі.
34. Перелічіть та охарактеризуйте сексуальні дисфункції у жінок.
35. Перелічіть та охарактеризуйте сексуальні дисфункції у чоловіків.
36. Поясніть походження сексуальних дисфункцій.
37. На чому ґрунтується діагностика психосексуальних розладів?
38. Як методи медико-психологічного впливу на пацієнтів з психосоціальними розладами ефективні при кожному з них?

### Список використаної та рекомендованої літератури

1. Абабков В. А. Защитные психологические механизмы и копинг: Анализ взаимоотношений // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Материалы научно-практической конференции Ананьевские чтения 2004 / Под ред. Л. А. Цветковой, Г. М. Яковлева. – СПб: Издательство С.-Петербургского университета, 2004. – 305 с.
2. Абрамов В. В. Интеграция иммунной и нервной систем. – Новосибирск: Наука, 1991.
3. Аведисова А. С., Чахava В. О., Люпова Н. В. Плацебо-эффект в психиатрии. – Российский психиатрический журнал, 2003, № 3, – С. 65–70
4. Аверьянов Г. Г., Курлатов А. В. По ту сторону вегетососудистой дистонии: пособие для врачей общей практики. – СПб: Издательство ВМедА, 2002. – 124 с.
5. Аджар А. Понять природу человека. – СПб: Академический проект, 1997.
6. Айдаралиев А. А., Максимов А. Л. Адаптация человека к экстремальным условиям: опыт прогнозирования. – Л., 1988.
7. Акмеев И. Г. Нейроиммуноэндокринные взаимодействия: их роль в дисрегуляторной патологии // Пат. физиол. – 2001, – № 4, – С. 3–10.
8. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2001. – 336 с.
9. Александров А. А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб: Речь, 2000. – 240 с.
10. Александров А. А., Исурин Г. Л., Кайданова Е. В., Чехлатый Е. М. Психологические аспекты неврозов // кн. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб, изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под общ. ред. М. М. Кабанова, 1994. – 238 с.
11. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
12. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация: // Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Наука, 1976.
13. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства – особая группа невротически и соматоформных нарушений. // XII съезд психиатров России (материалы съезда). – М.: 1995. – С. 142-144.
14. Антропов Ю. Ф., Шелянко Ю. С. Психосоматические расстройства у детей. – М., 2000. – 320 с.
15. Араколова Г. Г., Шмидкова Н. Р. Тревожность, методы ее диагностики и коррекции. // Вест. Моск. ун-та. Серия 14 – Психология. – № 1. – 1996.
16. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. – М., 1992.
17. Бачериков Н. Н. и др. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. – Харьков: Основа, 1995.

18. Бейкер П. Голос внутри: Практическое руководство по приспособлению к голосам. – К. – Амстердам, 1966.
19. Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова О. П. Психогигиеническая саморегуляция. – Л.: Наука, 1977.
20. Бернар К. Курс общей физиологии. Свойства живых тканей, (Перев. под ред. Соловьева). – СПб, 1867.
21. Бехтерев В. М. Психологическое определение личности. – Психология личности... Хрестоматия. – СПб: Питер, 2000. – С.15–17.
22. Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. – К.: Вища школа, 1978.
23. Блонский П. П. Очерк научной психологии // Блонский П.П. Избр. психол. произв. – М.: Просвещение, 1964. – С. 33–131.
24. Боев И. В. Пограничная аномальная личность. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 1999.
25. Борневассер Стресс в условиях труда // Психические состояния. Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб: Изд-во "Питер", 2001. – С. 454–469.
26. Боснак Р. В мире сновидений. – М., 1991.
27. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции, т. 1–2. – М., 1950.
28. Бочарова С. П., Кисль Г. С. Природа взаємодій психологічного і фізіологічного в структурі особистості. // Матеріали других міжнародних психологічних читань "Актуальні проблеми сучасної психології" – Харків. Ун-т внутрішніх справ, 1995. – С. 20–22.
29. Братусь Б. С. К проблеме человека в психологии. // Вопр. психологии. – № 5. 1997. – С. 3–19.
30. Братусь Б. С., Зейгарник Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности. – М.: Изд-во МГУ, 1980.
31. Бульер Ф. Старение и старость. – М.: Просвещение, 1962.
32. Бурлачук Л. Ф. Главные направления развития современной медицинской психологии в Украине. // Психология и медицина: Тезисы докладов I Украинского семинара медицинских психологов, 21–22 января 1994 г. – Харків, Київ, Париж, 1994. – С. 3–5.
33. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии на основе метода Роршаха. – Киев, 1979.
34. Бурлачук Л. Ф., Грабская И. А., Кочарян А. С. Основы психотерапии. – К.: Ника-центр, 2001.
35. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – К., 1989.
36. Быков К. М., Курцин И. Т. Кортико-висцеральная патология. – Л., 1960. – 576 с.
37. Вальдман А. В., Пошивалов В. П. Фармакологическая регуляция эмоций. – М.: Медицина, 1984.
38. Вартамян Г. А., Петров Е. С. Эмоции и поведение. – Л.: Наука, 1996.
39. Варшавовская Е. Б., Исурина Г. Л., Кайданова Е. В., и др. Психологические аспекты неврозов // кн.: Теория и практика медицинской психологии и психотерапии (к 100-летию со дня рождения В. Н. Мясищева). – т. 133. – СПб, изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под общей редакцией М. М. Кабанова, 1994, – 238 с.
40. Васильева О. С. Экзистенциальный смысл экстремальной ситуации // Экстремальные ситуации и предельные возможности человека. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Ростов-на-Дону, 2001. – С. 7–10.
41. Васильченко Г. С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом течении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
42. Василюк Ф. Е. Психология переживания. – М.: МГУ, 1984.
43. Вейн А. М. Вегетативная нервная система: Краткий анатомо-физиологический очерк // Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А. М. Вейна. – М.: МИА, 2003. – С. 14–43.

44. Вейнмангер О. Пол и характер. – М.: Терра, 1999.
45. Виллонас В. К. Основные проблемы психологической терапии эмоций. // Психология эмоций. Тексты // Под ред. В. К. Виллонаса и др. – М.: МГУ, 1984. – С. 3–26.
46. Витт Н. В. Эмоциональная регуляция речевого поведения. // Вопр. психол. – 1981. № 4. – С. 60–69.
47. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія. – К.: Здоров'я, 1994.
48. Воробчик-Блакитна О. О., Гарнець О. М., Зеленський О. В. Психологія особливості переживання підлітками складних життєвих ситуацій. // Психологія: Республіканський науково-методичний збірник. – К., 1990. Вип. 36. – С. 56–62.
49. Воложин Л. И., Субботин Ю. К. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления. – М.: Медицина, 1998.
50. Воронцов М. Психосоматика: Практическое руководство. – К.: Ника-Центр, 2004. – 256 с.
51. Горасименко В. Н., Тихостов А. Ш. Реабилитация онкологических больных. – М.: Медицина, 1988.
52. Глидикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
53. Глидикин В. Я. Лексикон малой психиатрии. – М., 1997.
54. Голянд Я. Г. Лечение нарушения психосексуальной ориентаций // Частная сексологическая Рук-водля для врачей / Под ред. Г. С. Василенко. – М., 1983. – Т. 2.
55. Гончар П. С. Некоторые проблемы психокоррекции постстрессовых состояний // Сучасна психологія в єдиному вимірі: Мат. 3-х Костюківських читань. – К., 1994. – Т. 2.
56. Губинев Ю. М. Психосоматические отношения при ИБС и некоторых нервно-психических заболеваниях. Автореф. докт. психол. наук. – Л., 1973.
57. Гурвич А. М. Постреанимационные нарушения сознания и некоторые морально-этические и правовые проблемы реаниматологии. // Мозг и разум. – М.: Наука, 1994. – С. 161.
58. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М., 1996.
59. Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. Вопросы диагностики и терапии: Сб. науч. тр. – М.: Медицина, 1984. – 180 с.
60. Дождево Т. В., Майчук Е. Ю. Кардиалгический синдром при сердечно-сосудистых заболеваниях различного генеза. Клинические, психопатологические, терапевтические аспекты. – РМЖ, Т. 9, № 25, 2001.
61. Зайцев В. П., Храменко В. В. Психологический подход к вторичной профилактике ишемической болезни сердца: значение и основные принципы // Кардиология. – 1987. Т. 28. – № 5.
62. Зайчик А. Ш., Чурилов Л. П. Стресс: интегральный неспецифический нейроэндокринный ответ // Основы общей патологии. – СПб: ЭЛБИ, 1999. – Ч. 1. – С. 490–514.
63. Заларожек А. В. Основные проблемы онтогенеза психики // Избр. психол. труды. – М.: Педагогика, 1986. – С. 223–258.
64. Захаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: механизмы специфичности психоэмоционального аффекта. – СПб: Наука, 1993. – 177 с.
65. Зачалицкий Р. А. О патогенетической психотерапии при неврозах. // Психотерапия при неврозах и психических заболеваниях. – Изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под общ. ред. М. М. Касанова, – Л.: 1974. – 215 с.
66. Зейгарник Б. В. и др. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журнал. – 1989. – № 2. – С. 122–132.
67. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1986.
68. Иконников М., Смирнова Н. Понять и помочь. Беседы психиатра с родственниками больных. – К., 1966.

69. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб: Речь, 2005. – 400 с.
70. *Исаев Д. Н.* Детская медицинская психология: Психологическая педиатрия. – СПб: Речь, 2004. – 381 с.
71. *Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб, 1996. – 454 с.
72. *Истаманова Т. С.* Функциональные расстройства внутренних органов при невростении. – М.: Медгиз, 1958. – 262 с.
73. *Исурина Г. Л.* Задачи и механизмы лечебного действия личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели // из книги: Клиническая психология / Сост. и общая редакция Н. В. Тарабриной. – СПб: Питер, 2000. – 250–261 с. – (Серия "Хрестоматия по психологии").
74. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – М.: Медицина, 1983.
75. *Казинс Н.* Анатомия болезни. – М., 1991.
76. *Казинс Н.* Анатомия болезни. – М., 1991.
77. *Калиновский П.* Переход: последняя болезнь, смерть и после. – М., 1991.
78. *Кан М.* Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. – СПб: Б.С.К., 1997.
79. *Кандинский В. Х.* О псевдогаллюцинациях. – М.: Медицинская книга, 2001.
80. *Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия в 2-х т. – М., 1994.
81. *Карвасарский Б. Д.* Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. – Л.: Медицина, 1969. – 192 с.
82. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.
83. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. – М.: Медицина, – 1990. – 576 с.
84. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
85. *Каштан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия. Т.1. – М.: Медицина, 1998. – 672 с.
86. *Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г.* Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
87. *Кемпински А.* Психопатология неврозов. – Варшава: Польское мед. изд-во, 1975.
88. *Кернберг О.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. – М.: Класс, 1998. – 368 с.
89. *Киршбаум Э. И., Еремеева А. И.* Фрустрация // Психические состояния. Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб: Питер, 2001. – С.388–393.
90. *Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э.* Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. – М.: Медицина, 1995
91. *Китаев-Смык Л. А.* Психология стресса. – М., 1983.
92. *Клиническая психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского.* – СПб: Питер, 2006. – 959 с.
93. *Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна.* – СПб: Питер, 2002.
94. *Клиническая психология в социальной работе: Учеб. пособие / Под ред. Б.А. Маршина.* – М.: Академия, 2002. – 219 с.
95. *Ковалев В. В.* Личность и нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М.: Медицина, 1972. – С. 102–114.
96. *Ковалев В. В.* Личность и нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М.: Медицина, 1972. – С. 102–114.
97. *Ковалев В. В.* Психические нарушения при пороках сердца. – М.: Медицина, 1974. – 190 с.
98. *Коммер Р.* Клиническая психология. – СПб: Питер, 2002.
99. *Коркина М. В. и др.* К вопросу о депрессивных состояниях при соматических заболеваниях // Материалы сов.-финлянд. симп. по пробл. депрессий. – М., 1983. – С. 43–48.
100. *Коркина М. В.* Психиатрия. – М.: МЕДпресс-информ. 2004. – 576 с.

101. Корсакова Н. К., Москвитин-Уте Л. И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. – М.: Медицина, 1985.
102. Крафт-Эбинг Р. Половая психология. – М., 1966.
103. Краткий курс психиатрии. Под ред. проф. В. П. Самохвалова. – Симферополь: СОНАТ, 2000. – 342.
104. Кройндлер А. Астенический невроз. – Бухарест, 1963. – 410 с.
105. Кушир В. В. Психотерапия. // В кн.: Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней. – К.: Здоров'я, 1995.
106. Лакосина Н. Д. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
107. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – М., 1994.
108. Лернштейн А. Н. Проблемы развития психики. – М., 1981.
109. Лижко А. Е. Психопатия и акцентуация характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 255 с.
110. Лоуэн А. Депрессия и тело. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 384 с.
111. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
112. Лурия А. Р., Зейгарник Б. В., Поляков Ю. В. О применении психологических тестов в клинической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1974. – № 12. – С. 171–183.
113. Максименко С. Д. Генетическая психология. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2000. – 319 с.
114. Максименко С. Д. Загальна психологія. – К.: Форум, 2000.
115. Максименко С. Д. Психологія в соціалній та педагогічній практиці. – К.: Наукова думка, 1999.
116. Манойлов А. Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики: Учебное пособие. – Челябинск: УГМАДО, 2004. – 24 с.
117. Маслоу А. Психология бытия. – М., – К.: Рефл-бук, Ваклер, 1997. – 300 с.
118. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – К: Сфера, 2005. – 306 с.
119. Мей Р. Искусство психологического консультирования. – М.: Апрель-пресс, ЭКСМО-пресс, 2001. – 252 с.
120. Мей Р. Становлення екзистенційної психології. – Гуманістичні підходи в західній психології ХХ ст. – К.: Пульсари, 2001. – С. 124–164.
121. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Мадпресс, 1999. – 592 с.
122. Мечников И. И. Эпюды о природе человека. М., Издательство АН СССР 1961
123. Михайлова Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине. – Харьков, 1999.
124. Михайлова Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О. та ін. Стратегія шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 4. – С. 99–102.
125. Милков И. Ф. и др. Медицинская психология: пропедевтический курс. – М.: Логос, 2003. – 320 с.
126. Мисищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях становления его здоровья / Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под общ. ред. М. М. Кабанова. – Л.: 1974. – 215 с.
127. Мисищев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.
128. Мисищев В. Н. Методологическое значение медицинской психологии. – В кн. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1969. – с. 219–316.
129. Нагоренко О. К. Психиатрія. – К.: Здоров'я, 2001. – 574 с.

130. Насонова В. А., Остапенко М. Е. Клиническая ревматология: Руководство для врачей / АМН СССР. – М.: Медицина, 1989. – 592 с.
131. Наталевич Э. С., Королев В. Д. Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика, лечение. – Минск: Наука и техника, 1968. – 135 с.
132. Нервно-психические расстройства экзогенно-органической природы / Под ред. Р.Г. Голодец. – М., 1975. – 595 с.
133. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Медицина, 1987. – 168 с.
134. Общая психодиагностика: основы психодиагностики, немедицинской психотерапии и психологического консультирования. / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Изд-во МГУ, 1987.
135. Оржеховська В. М. Методика позбавлення неповолітніх наркогенних звичок: Методичний посібник. – К.: ІСДО, 1995.
136. Павлов И. П. Избр. труды. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1951. – 438 с.
137. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
138. Печери А. Человеческие качества. – М.: Прогресс, 1985. – 312 с.
139. Пиже Ж. Избр. психол. труды. – М.: Прогресс, 1969. – 659 с.
140. Пизова Н. В., Шилкина Н. П., Сирич Н. Н. Иммуные повреждения нервной системы при некоторых формах ревматических заболеваний // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 2005. – № 2. – С. 73–77.
141. Подвисоцкий В. В. Основы общей патологии, руководство к изучению физиологии больного человека, в 2-х т. – Кассель, 1895.
142. Психические состояния / Под ред. Л.В. Куликова. – СПб: Питер, 2000. – 512 с.
143. Психіатрія. (Клініко-діагностичний алгоритм). Посібник для лікарів-інтернів. / За ред. Л.М. Юр'євої. – Дніпропетровськ, 2001.
144. Психология смерти и умирания. / Сост. К.С. Сельченко. – Минск, 1998.
145. Психология / За ред. Костюка Г.С. – К.: Радянська школа, 1968. – 572 с.
146. Репрев О. В. Как организм защищается от болезней. – Харків, 1923;
147. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. – Психология личности... Хрестоматия. – СПб: Питер, 2000. – С. 224–233.
148. Рожанец Р.В. Психологические проблемы в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. – Вып. 2. – М., 1987.
149. Рудестам К. Групповая психотерапия, психокоррекционные группы: теория и практика. – М.: Прогресс, 1993.
150. Салоровская В. Д. Социальный интеллект и совладающее (копинг) поведение личности // Материалы юбилейной конференции, посвященной 30-летию ИП РАН и 75-летию со дня рождения Б. Ф. Ломова. Современная психология: состояние и перспективы. – М.: Изд-во ИП РАН, 2002. Т. 1. – С. 131–133.
151. Святош А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 368 с.
152. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1979. – 124 с.
153. Семке В.Я. Ипохондрические состояния в общесоматической практике. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1991. – 168 с.
154. Сеченов И.М. Избранные произведения – М.: Изд-во АН СССР, 1952. – Т. 1. – 771 с.
155. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. – М., 1961.
156. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. В 2-х т. – М., 2000.
157. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
158. Смулевич А.Б., Антидепрессанты в общемедицинской практике, – Consilium medicum, т. 04, № 5, 2002.

159. Смулевич А. В., Покостов А. Ш., Сыркин А. Л. и др. Клинические и психические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1997. Т. 97, № 2, С. 4–9.
160. Соколова Е. Т., Николаева В. В., Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: Агрус, 1995. – 359 с.
161. Тодд Дж., Богарт А. К. Основы клинической и консультативной психологии. – СПб, 2001.
162. Стромминбаум В. Г. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Высшая школа психологии, 2003. – 366 с.
163. Тополянский В. Д., Струкраскал М. В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
164. Ушакова Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
165. Франкл В. Психотерапия на практике. – СПб: Ювента, 1999.
166. Фройд А., Фройд З. детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. – СПб: В.-Е. Институт психоанализа, 1997. – 337 с.
167. Фройд З. Основные принципы психоанализа. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 1998. – 284 с.
168. Фройд З. Основные психологические теории в психоанализе. – СПб: Алетейя, 1996. – 251 с.
169. Фройд З. Психология бессознательного. – М., 1989.
170. Фройд З. Разделение психической личности. – Психология личности... Хрестоматия. – СПб: Питер, 2000. – С. 10–30.
171. Харди Г. Врач, сестра, больной. – София, 1983.
172. Ходни К. Невротическая личность нашего времени. Саманализ. – М., 1993.
173. Царегородцев Г. И. Диалектический материализм и медицина. – М., 1966.
174. Целибева Б. А. Психические нарушения при соматогенных заболеваниях. – М.: Медицина, 1972. – 280 с.
175. Шулценбургер А. А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) // Вопр. психологии. – 1990. – № 5.
176. Юнг К.-Г. Лыдо, ее метаморфозы и символы // Избранные произведения по аналитической психологии. – Т. II. Цюрих, 1939. – 531 с.
177. Юнг К.-Г. Воспоминания, сновидения, размышления. – К., 1994.
178. Юнг К.-Г. Приближаясь к бессознательному // Глобальные проблемы и общечеловеческие ценности. – М.: Прогресс, 1990. – С. 351–436.
179. Юнг К.-Г. Психизм и его содержание. – СПб: Питер, 1990.
180. Юнг К.-Г. Психологические типы. – М.: Университетская книга, 1997.
181. Ялом И. Психотерапевтические истории. – М., 1994.
182. Яньшин Л. В. Практикум по клинической психологии: Методы исследования личности. – СПб: Питер, 2004. – 331 с.
183. Яценко Т. С. Психология: основы групповой психокоррекции: науч. пособие. – К.: Льбидь, 1996.
184. Abou-G.G. (1989). Paraphilias. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
185. Abou-Saleh, M. T. (1992). Lithium. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
186. Abraham, K. (1911). Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In *Selected papers on psychoanalysis* (p. 137–156). New York: Basic Books, 1950.
187. Abraham, K. (1916). The first pregenital stage of the libido. In *Selected papers on psychoanalysis* (p. 248–279). New York: Basic Books, 1960.

188. *Akiskal, H. S.* (1989). The classification of mental disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
189. *Alexander, B.* (1981). Behavioral approaches to the treatment of bronchial asthma. In C. K. Prokop & L. A. Bradley (Eds.), *Medical psychology: Contribution to behavioral medicine*. New York: Academic Press.
190. *Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M.* (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser & R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
191. *Andersen, A. E.* (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: Johns Hopkins UP.
192. *Andersen, A. E.* (1995). Sequencing treatment decisions: Cooperation or conflict between therapist and patient. In G. Szmukier, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
193. *Areti, S., & Bemporad, J.* (1978). *Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach*. New York: Basic Books.
194. *Bancroft, J.* (1989). *Human sexuality and its problems*. New York: Churchill-Livingstone.
195. *Bandura, A.* (1971). Psychotherapy based upon modeling principles. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
196. *Bandura, A.* (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. In R. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement*. New York: Academic Press.
197. *Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C.* (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham, England: Open University Press.
198. *Barondes, S. H.* (1993). *Molecules and mental illness*. New York: Scientific American Library.
199. *Battin, M. P.* (1982). *Ethical issues in suicide*. Engle-wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
200. *Beck, A. T., Resnik, H., Eettieri, D.* (Eds.). (1974). *The prediction of suicide*. Philadelphia: The Charles Press.
201. *Beck, A. T. & Weishaar, M. E.* (1995). *Cognitive therapy*. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.
202. *Beck, A. T.* (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
203. *Beck, A. T.* (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
204. *Bednar, R. L. & Kaul, T. J.* (1994). Experiential group research: Can the canon fire? In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
205. *Bellinger, D. L., Madden, K. S., Felten, S. Y., & Felten, D. L.* (1994). Neural and endocrine links between the brain and the immune system. In C. S. Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *The psychoimmunology of cancer: Mind and body in the fight for survival*. Oxford: Oxford University Press.
206. *Bergler, E.* (1951). *Neurotic counterfeit sex*. New York: Grune & Stratton.
207. *Berk, S. N., & Efran, J. S.* (1983). Some recent developments in the treatment of neurosis. In C. E. Walker et al. (Eds.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice* (Vol. 2). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
208. *Bersoff, D. N.* (Ed.). (1995). *Ethical conflicts in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
209. *Biazer, D. G., George, L. K. & Hughes, D.* (1991). The epidemiology of anxiety disorders: An age comparison. In C. Salzman & B. D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly*. New York: Springer.



210. Bloom, R. L. (1984). Community mental health: A general introduction (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
211. Boudewyns, P. A. (1996). Posttraumatic stress disorder: Conceptualization and treatment. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Vol. 30. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
212. Bowlby, J. (1969). *Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
213. Braun, D. L., Sunday, S. R., & Holmi, K. A. (1995). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.*
214. Brems, C. (1995). Women and depression: A comprehensive analysis. In W. Beckham & W. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.). New York: Guilford.
215. Brismar, J. (1992). Bulimia in the older adolescent: An analytic perspective to a behavioral problem. In J. D. O'Brien, D. J. Plowsky, & D. W. Lewis (Eds.), *Psychotherapies with children and adolescents: Adapting the psycho/dynamic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
216. Brown, G. L., Linnoila, M. I., & Goodwin, F. K. (1992). Impulsivity, aggression, and associated affects: Relationship to self-destructive behavior and suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.
217. Bulfinch, E. (1993). *Eating disorders: Personal construct therapy and change*. Chichester, England: Wiley.
218. Cacioppo, J. T., Bernston, G. G., Larsen, J. T., Fiehlmann, K. M., & Ito, T. A. (2000). The psychophysiology of emotion. In M. Lewis & R. J. M. Haviland Jones (Eds.), *The handbook of emotions* (2d ed.; pp. 173–191). New York: Guilford Press.
219. Carey, M. P., Wincze, J. P., & Meisler, A. W. (1993). Sexual dysfunction: Male erectile disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
220. Carr, A. T. (1979). The psychopathology of fear. In W. Sluckin (Ed.), *Fear in animals and man*. New York: Van Nostrand Reinhold.
221. Classen, C., Hermanson, K. S., & Spiegel, D. (1994). Psychotherapy, stress, and survival in breast cancer. In C. E. Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *The psychoimmunology of cancer*. Oxford: Oxford University Press.
222. Costello, C. G. (1996). The advantages of focusing on the personality characteristics of the personality disordered. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
223. Dunbar F. Character and symptom formation – Some Preliminary Notes with Special Reference to Patients with Hypertensive, Rheumatic and Coronary Disease. *Psychoanal* 1948; 8: 16.
224. Emmelkamp, P. M. (1992). Phobic and obsessive-compulsive disorders. New York: Plenum Press.
225. Fichter M. M. (Ed.). *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Chichester, England: Wiley, 1995.
226. Freud, S. (1960). *The psychopathology of everyday life*. [Ed. James Strachey]. New York: W.W.Norton.
227. Gabbard, G. D. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
228. Goldberg D. P., Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. // *J. Psychosom. Res.* – 1988. – V. 32. – P. 137–144.
229. Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia*. Cambridge: Basil Blackwell.
230. Hedaya, R. J. (1996). *Understanding biological psychiatry*. New York: Norton.
231. Hugdahl, K. (1995). *Psychophysiology: The mind-body perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
232. Juster, H. R., Heimberg, R. G., & Holt, C. S. (1990). Social phobia: Diagnostic issues and

- review of cognitive behavioral treatment strategies. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 30). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
233. Kahn, A. P. & Fawcett, J. (1993). *The encyclopedia of mental health*. New York: Facts on File.
234. King, N. J. (1993). Simple and social phobias. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 15). New York: Plenum Press.
235. Kobasa, S. C. (1990). Stress resistant personality. In R. E. Ornstein, & C. Swencionis (Eds.), *The healing brain: A scientific reader*. Oxford: Pergamon Press.
236. Kolodny, R., Masters, W. H., & Johnson, J. (1979). *Textbook of sexual medicine*. Boston: Little, Brown.
237. Lipowski Z.J. Chronic idiopathic pain syndrome. // *Ann. Med.* – 1990. – V. 22. – P. 213 – 217.
238. LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1987). Sexual function, dysfunction, and counseling in gynecological practice. In Z. Rosenwaks, F. Benjamin, & M. L. Stone (Eds.), *Gynecology*. New York: Macmillan.
239. Mondimore, F. M. (1993). *Depression, the mood disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
240. Paykel, E. S. (1991). Stress and life events. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Risk factors for youth suicide*. New York: Hemisphere.
241. Sheras, P., & Worchel, S. (1979). *Clinical psychology: A social psychological approach*. New York: Van Nostrand.
242. Silverstone, T., & Hunt, N. (1992). Symptoms and assessment of mania. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
243. Spitzer R. L., Gibbon M., Skodol A. E., Williams J. B. W. & First M. B. (Eds.) (1994). *DSM-IV Casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric-Press. – 260
244. Spitzer, R. L., Skodol, A. E., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1983). *Psychopathology: A case book*. New York: McGraw-Hill.
245. Spont, M. R. (1996). Emotional instability. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
246. Steadman, H. J., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Grisso, T., Klassen, D., Mulvey, E. P., & Roth, L. (1993). From dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime*. New York: Sage.
247. Whitacre, C. C., Cummings, S. O., & Griffin, A. C. (1994). The effects of stress on autoimmune disease. In R. Glaser & J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity*. San Diego: Academic Press.

## РОЗДІЛ 4. ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

### 4.1. Психологічні питання деонтологічного дискурсу

Психологічна деонтологія є новим предметом у системі підготовки психологічних кадрів. Саме тому особливу увагу слід приділити з'ясуванню значення самого поняття "деонтологія" й актуальності явища, що охоплюється ним: сфера зобов'язувальних норм у етичному аспекти та суспільній моралі. Поняття "деонтологія" (від гр. *deon, deontos* – те, що повинно бути; необхідне; та *logos* – учиня) слід розкривати; через систему суміжних понять, таких як етика, мораль, моральність, обов'язок, свобода, вибір, воля тощо. Особливої уваги потребує розкриття деонтологічних питань у медицині, та, зокрема, у медичній психології, а також їх зв'язку з суспільною діяльністю, правом, політикою, економікою тощо. Для цього варто відзначити спільні та відрізняльні риси цих понять. Зокрема, відмінностям, джерелом яких є специфіка предмета діяльності, а також її вплив на прояви загальних рис вчення про зобов'язувальність.

Розкриття деонтологічної методології повинне здійснюватись шляхом розрізнення, а також з'ясування взаємопов'язаності загальнонаукових, філософських і вузькодисциплінарних (психологічних) методів. Виокремлення згаданих завдань має підлягати принципу системності; впливати з можливостей розгортання поняття психологічної деонтології.

Оскільки ми розглядаємо деонтологічні аспекти роботи фахівця нового типу – лікаря-психолога, який у своїй фаховій діяльності поєднує знання та уміння як лікаря, так і психолога, – слід пам'ятати про практичну сутність медицини – її зв'язок зі здоров'ям людини, долею та життям, тобто основними факторами її життя.

Етика – наука, що визначає моральні цінності особистості, її вчинки та схильностей, тобто допомагає розмежовувати поняття добра і зла; совісті і честі, справедливості та сенсу життя. Етика та моральність визначають систему норм моралі поведінки в суспільстві. Етика медичного працівника та психолога – це частина загальної етики, яка визначає моральні засади поведінки медичного працівника та психолога у сфері його діяльності. Медична етика входить в себе сукупність норм поведінки та моралі, створює підґрунтя для почуття обов'язку та честі, моральних переваг медичного працівника.

Ще у древньокитайській книзі Хуан Ней-цзиня "Про природу та життя" вперше описані моральні засади медика, основними з яких автор вважає: "Вмій тримати серце в грудях" та "Медицина не може врятувати від смерті, але може продовжити життя та зміцнити своїми порадами". А Гіппократ про основні моральні засади лікаря говорить: "Нехай він буде за вдачею прекрасним та добрим, значним та людинолюбним".

Історичний аспект еволюції деонтологічного дискурсу докладно розкрити, наголошуючи на певних віках, що визначили оформлення даної пізнавальної сфери. Запровадження поняття "деонтологія" англійським моралістом І. Бентамом у 1834 році у книзі "Деонтологія, або наука про мораль", де вона визначалася як учиня про особистісно обов'язкове у поведінці людини, не може розглядатися як спосіб датування появи самої дисципліни. Хоча, наприклад, виникнення етики як такої відповідає запровадженню даного поняття Платоном. Відношення між поняттям "деонтологія" та деонтологічним явищем подібно до відношення між поняттям "мораль" і моральним явищем: поняття запроваджене Цицероном, явище ж – невіддільно від функціонування будь-якої спільноти. Оскільки визначальними етичними доктринами сучасності є християнська та кантівська етики (П. Рієр), значна увага приділяється деонтологічним питанням у їхніх дискурсах, адже згадані етичні системи по суті деонтологічні. М.О. Бердяєв стверджував, що будь-яка

етична система з необхідності деонтологічна, оскільки центральним поняттям для неї є зобов'язувальність. У радянську медичну науку термін "деонтологія" запровадив хірург М. М. Петров, який намагався визначити світоглядні та методологічні установки, необхідні лікареві як у щоденній лікарській взаємодії з пацієнтом, так і в екстремальних ситуаціях, коли вирішується складне морально-етичне питання життя та смерті пацієнта.

Формування теорії особистості передбачає внутрішню логічну структуру, що включає ідеал особистості, реальні прояви особистості в конкретному суспільстві і систему саморегуляційних та ситуативно-формуючих (мимовільно-соціальних і цілеспрямовано-психологічних) шляхів втілення належних ідеальних рис. Вчення про ідеальну особистість і способи її проявлення в індивідуально-психологічних якостях перебуває у статусі належностей, реалізація яких є зобов'язувальністю. Тобто будь-яка психологічна теорія, що містить зазначену вище структуру, може бути розглянута як деонтологічна. Певним взірцем деонтологічності психологічної теорії може бути, наприклад, теорія особистості Е. Фромма, що містить антиномічні поняття "бути" і "володіти", за допомогою яких розкриваються способи самовиявлення особи.

Дослідження розвитку моральності провадитися з опосередковуванням когнітивних передумов, оскільки процес формування будь-якого (у т. ч. й морального) судження вимагає опанування (розгортання) необхідних мисленевих властивостей. Тобто, попри чинну суспільну мораль, дитина здатна засвоїти її положення тільки на притаманному їй віковому рівневі й демонструвати відповідні вчинки.

Розглядати психологічні теорії моральнісного розвитку варто розпочинатися з висвітлення даних питань у теорії Ж. Піаже, який започаткував дослідження становлення моральної сфери. А найвідомішими психологічними теоріями становлення моральності є теорія Кольбега та сформульована К. Гілліган теорія відмінностей становлення чоловічих і жіночих етичних систем.

Різноманітні питання становлення етичної свідомості знайшли відображення у психологічній літературі. Зокрема, О. С. Богданова розглядала роль моральності в поведінці молодших школярів; М. Й. Боришевський – ставлення дитини до правил поведінки у ігровій ситуації; В. О. Горчакова – засвоєння поведінкових правил дошкільнятами; М. Г. Казаріна – формування морального ідеалу; С. М. Карпова, Л. Г. Петрушина – значення сюжетно-рольової гри в становленні моральності; І. М. Краснобаєв – формування моральних переконань у старших школярів; Р. О. Курбатов – можливість диференційованої діагностики позитивної моральної поведінки дошкільнят; О. М. Лавриненко – стійкість моральних суджень школярів; Е. В. Субботський – закономірності змін морального розвитку дошкільнят; М. І. Судаков – роль морального ідеалу у формуванні особистості школяра; Н. Е. Фокіна – відмінні риси моральних суджень молодших школярів та підлітків; В. Е. Чудновський – стійкість як характеристику моральності; П. М. Якобсон – мораль як окремий вид почуттів; С. Г. Якобсон – роль етичних норм у становленні саморегуляції дитячої поведінки. Теоретико-методологічний аналіз поняття мораль здійснено О. Г. Дробницьким; розгляд структурних характеристик моральної свідомості проведено О. І. Титаренком.

У розкритті генетичного аспекту моральнісного розвитку важливе значення посідає еволюція від егоцентричного ставлення до оточуючого (за якого будь-який зовнішній прояв оцінюється як позитивний чи негативний згідно з правилами, засвоєними у дитинстві від дорослих) до більш гнучкої позиції (власні судження про інших починають опосередковуватись особистими критеріями). Наприклад, якщо семірична дитина формулює судження про явище за характером наслідків, то з часом більша увага починає приділятися намірам, які передували дії. На думку Піаже, в онтогенезі відбувається перехід від автономної моралі до гетерономної – наміру починає віддаватися перевага

по відношенню до наслідків. У свою чергу, у дослідженнях Кольберга в якості доступного аналізу прояву моральної сфери особи виступав спосіб обґрунтування слушності вчинку. Кольберг виокремлює три рівні морального розвитку: доморальний; конвенціональний, постконвенціональний. Так, відзначальною характеристикою доморального рівня розвитку (від 4-х до 10-ти років) є обумовленість вчинку зовнішніми обставинами й нехтування тонкою зорою інших осіб.

#### 4.2. Деонтологічні засади психологічної та медичної діяльності

Передусім слід зазначити, що у моралі як цілісному структурному утворенні виділяються такі три основні елементи: *моральна свідомість, моральна діяльність і моральні взаємини*. Звісно, ця схема має свої обмеження, в чомусь виявляється односторонньою. Проте безперечно позитивною її якістю є логічно-чіткість і водночас відповідність реальній структурі та ієрархії проблем і категорій сучасної етики. Незважаючи на визначення моралі, її жодним чином не можна уявити без відповідної моральної свідомості. По-перше, жоден людський вчинок, жоден акт комунікації між людьми просто неможливо морально виміряти, якщо не передбачається, що людина здатна усвідомлювати їх внутрішню проблематику, порівнювати їх із власними уявленнями про добро і зло, належне і справедливе, з власним сумлінням. Поза свідомістю, отже, моралі не існує – не тільки в тому розумінні, що без неї було б неможливе саме виконання певних вчинків та дій, а й у тому, що нарівні з останніми, усвідомлення входить до складу самого феномена моралі. По-друге, мораль як така – це в кожному випадку характеристика певних людських вчинків, поведінки, людської активності загалом. Там, де цього немає, – просто немає й потреби говорити про мораль. (Замітно ж, і думка, і слово людини теж за певних обставин можуть поставати як "діло", як вчинок, але показують вже те, що предметом моральної оцінки вони є виключно в цій останній своїй якості). І по-третє, мораль, безперечно, виникає й існує лише в контексті тих чи інших людських стосунків. Це можуть бути не тільки взаємини між людьми (хоча даний клас стосунків – це природний домен моральності як такої), а й ставлення людини до природи, культури та її цінностей тощо. У кожному разі, йдеться про взаємини, коли людина саме віднобиться, *відносить* себе до чогось як принаймні рівного собі. Поза відносинами немає моралі. Усі виокремлені три основні компоненти моралі тісно пов'язані між собою, породжують цілу систему прямих і зворотних зв'язків.

Медична деонтологія – сукупність етичних принципів і правил поведінки медичного працівника під час виконання професійних обов'язків, тобто надання хворій людині максимального обсягу фахової допомоги, а також передбачає виключення ймовірності завдання їй шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування пацієнта і запобігання виникненню ускладнень, хронізації процесу та приєднанню супутніх захворювань. Загалом сутності поняття медичної психології найкраще відповідає латинська приказка *"Salus aegroti suprema lex"* (Добро хворого – найвищий закон).

Розкриття питання прояву соціальних норм у професійній етиці психолога (і особливо лікаря-психолога) повинно виходити із засновку, що психолог як представник певної спільноти не може бути вільним від знання, усвідомлення та поділення (принаймні часткового) типу моралі, яка превалює у суспільстві, до якого він належить. Гостро постаючи перед окремими соціумами та перед людством загалом, етична проблема все ж за своєю суттю лишається передусім проблемою конкретної людської особистості, вибір якої становить основу морального самовизначення суспільства. Хоч би як спотворювалась роль моральності в суспільстві, істинна мораль насправді ніколи не стає

засобом пригнічення або приниження особистості. Саме мораль формує основи людської гідності, тож і не може узалежнювати людину, позбавляти її притаманної їй свободи, яка саме на цій моралі й ґрунтується.

Звичайно, крім свободи, мораль знає і необхідність. Ця суперечність, яка позірно може здаватися суперечністю спрямованості діяльності – вибору (у вузькоситуативному значенні), насправді є внутрішньоособистісною суперечністю. Відтак, розв'язання моральних дилем залежить у першу чергу від особистісних якостей людини. Етична проблематика містить у своїй основі психологічні виміри. Сфера моральності – це не тільки проблеми обов'язку, свободи, відповідальності, це також глибокий і неповторний світ суб'єктивних переживань, ідеалів та прагнень, невичерпної діалектики людської душі. Це одвічні питання добра і зла, сенсу життя і ставлення до смерті, честі та гідності людини, сорому і совісті, любові й співчуття. До цієї сфери належить цілий комплекс проблем людської діяльності й міжособистісних стосунків. Важливим аспектом етичного становлення людини є розвиток моральних якостей особистості – доброти, чесності, справедливості тощо. Засвоєння змісту моральних принципів, норм і вимог – це напрямок, до якого має звертатися генетична і когнітивна психологія.

Розглядаючи моральні конфлікти і шляхи їх подолання у процесі групової психологічної діяльності, варто мати на увазі, що у конфліктології ці питання загалом не порушені. У процесі групових форм роботи психолог зобов'язаний суворо дотримуватися принципу добровільної участі клієнтів (пацієнтів) у заходах. Під час роботи з дітьми, пацієнтами з психічними розладами допускаються відхилення від принципу добровільності, але в межах законодавчих норм. Обов'язком лікаря-психолога є намагання налагодити з пацієнтом співробітництво, обов'язково опосередковуючи інтереси усіх учасників групової роботи. Лікар-психолог утримується від непотрібних втручань в особисте життя учасників групи. При цьому він зобов'язаний обачливо і обережно висловлюватися щодо виявленої психічної патології пацієнта. Психолог обов'язково попереджає про тих, хто і для чого може використати ці дані, він не може приховувати від людини, які офіційні рішення можуть бути винесені на підставі медико-психологічного висновку. Лікар-психолог уповноважений особисто запобігати некоректному і неетичному використанню результатів досліджень і повинен виконувати цей обов'язок незалежно від посадової субординації.

Розвиток здібностей та прояви схильностей лікаря-психолога у професійному становленні вимагають постійного поповнення знань про нові наукові досягнення в галузі його діяльності, для розв'язання тільки тих завдань, які належать до сфери його компетенції. У разі непосильності завдання, психолога передають його іншому фахівцеві (більш досвідченому, компетентному або такому, який працює у напрямку, більш прийнятному для конкретного пацієнта) та допомагають людині, яка звернулася за підтримкою, налагодити контакт з фахівцями, що можуть надати адекватну допомогу.

Період навчання у вузі, під час якого здійснюється професійна ідентифікація та професійна адаптація майбутнього фахівця, – найважливіший для розвитку особистості у будь-якій сфері діяльності. Особистісне зростання передбачає не лише розвиток особистості, а й прагнення людини до найповнішого вияву й розвитку своїх можливостей та здібностей. Це поняття є одним із ключових у гуманістичній психології і значною мірою збігається з поняттям "самоактуалізація" і "самореалізація". Саме прагнення до самоактуалізації мотивує особистість до розвитку і вияву своїх можливостей, вона стає вільною у виборі свого життєвого шляху; реалізація потенцій людини своєю чергою робить її психологічно зрілою, здатною до творчої діяльності.

### 4.3. Етико-моральні чинники професійного й особистісного становлення лікаря-психолога

Особистісне зростання студентів виступає важливою передумовою професійного становлення особистості, що, ґрунтуючись на психологічній та особистісній зрілості майбутніх фахівців, зумовлює виникнення такої необхідної складової особистості фахівця, як професійна ідентифікація, що є невід'ємним компонентом професійної самосвідомості особистості, основними характеристиками якої є прийняття провідних професійних ролей, цінностей та норм, сформовані мотиваційні структури, що спонукають особистість до ефективного практичної діяльності. Несформована професійна ідентифікація навіть при високому рівні теоретичних знань та відпрацьованих практичних умінь не дає змоги фахівцеві впевнено почувати себе у процесі виконання професійних обов'язків, актуалізує механізми психологічного захисту, а отже, й перешкоджає ефективній професійній самореалізації.

Прояви соціальних норм у професійній етиці лікаря-психолога ґрунтуються на тому, що він несе особисту відповідальність за свою роботу. Психологи зобов'язані вельяко заохочувати і не допускати антигуманних наслідків у своїй професійній діяльності. Психологи повинні утримуватись від будь-яких дій чи заяв, що загрожують недоторканності особи: не мають права використовувати свої знання і становище з метою приниження людської гідності, пригнічення особистості або маніпулювання нею; несуть відповідальність за дотримання пріоритету інтересів людини. На лікаря-психолога покладается відповідальність за надійність використовуваних методів та їх програмного забезпечення, валідність обробки даних досліджень, у тому числі тих, які проводяться з використанням комп'ютерних технологій. Психологи застосовують лише ті знання, якими вони володіють згідно із своєю кваліфікацією, повноваженнями і соціальним статусом. Зі зростанням науково-технічного і виробничого потенціалу людства, підвищенням здатності впливати на стан наколишнього буття і на кардинальні умови свого існування, дедалі важливішою став моральна спрямованість конкретних дій. Щодалі більшого значення набувають цінності, яким людина підпорядковує свою діяльність. Якщо раніше у людській культурі домінували релігійно-конфесійні, планетарні, естетичні, утилітарно-практичні цінності тощо, то нині настає час, коли визначальними для людини і людства повинні стати цінності етичні – саме від них залежатиме спрямованість суспільного, культурного і суто людського розвитку.

Рефлексія та саморегулювання особистісних і професійних якостей лікаря-психолога скероване на успішність професійної адаптації, кінцевою метою якої є професійна ідентифікація фахівця. Професійна адаптація передбачає насамперед вироблення та вдосконалення професійно значущих особистісних якостей, стереотипів, поведінки; засвоєння основних професійних ролей, форм спілкування, необхідних для успішного виконання майбутньої професійної діяльності; формування професійної рефлексії та професійної самосвідомості студентів. Рефлексивний рух по суті є комунікативним, розгортаючись в структурі "я – усвідомлений досвід" – "я – ідеальне належне", вимагає опосередковування ідеального зразка. Таким оціночним еталоном є зрілець, щодо якого виокремлюється міра ідеальності (відповідності зрілець), виступає у процесі цілеспрямованої діяльності як наляжне. До того ж цей зрілець визначається не кількісними характеристиками, а характеристиками абсолютизованими, перенесеними у сторону (трансцендованими) етичними увеланнями про благо.

Розкриття професійної культури лікаря-психолога має опосередковувати розуміння культури як історичного явища – сукупності матеріальних і духовних цінностей,

створених і створюваних людством, а також сукупності усіх видів перетворювальної діяльності, за допомогою якої формуються ці цінності. Розвиток культури залежить від змін соціально-економічних формацій і характеризується рівнем оволодіння людством силами природи, а також рівнем розвитку кожної окремої людини і людства загалом. Разом з тим культура має певну самостійність щодо змін своєї матеріальної основи. Така самостійність виявляється у спадковості та взаємодії культур різних народів. Термін "культура" означає не тільки сукупність людських досягнень у підкоренні природи, у розвитку техніки, науки, освіти, моральних устоїв, а й досягнутий рівень культури, ступінь досконалості в оволодінні будь-якою галуззю знання і діяльності. У такому значенні використовують термін "культурність". Складовими професійної культури лікаря-психолога є політична, правова, етична й естетична культура.

#### 4.4. Лікар як особистість. Професійна придатність до медичної діяльності

Без сумніву, лікувальна діяльність є однією з найважчих. Зазвичай працювати лікарями йдуть люди, які з дитинства відчувають потребу допомагати іншим людям, тобто виявляють гуманізм. Вочевидь ще ті первісні люди, які допомагали своїм ближнім, робили це не лише із меркантильних причин, а й намагаючись полегшити чужий біль чи врятувати життя, тобто з почуття гуманності. Усі хворі очікують від лікаря широкого прагнення допомогти їм і переконані, що інакшим лікар бути не може. Саме тому лікаря прийнято наділяти найкращими людськими якостями, основною з яких є гуманізм.

Основні морально-етичні норми лікарської професії сформулював філософ і лікар Гіппократ у своїй "Клятві", яка справила найбільший вплив на формування морального обличчя лікаря і не втратила своєї актуальності й до сьогодення. Її основні положення: *заборона на заподіяння шкоди хворому* ("Я скерую режим хворих до їхньої вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від заподіяння усякої шкоди і несправедливості"); *повага до життя* ("Я не дам нікому смертельного засобу, що просять у мене, і не вкажу шляху для подібного задуму, так само як я не дам жодній жінці абортивного пелюшечка"); *повага до особистості хворого* ("В який дім я б не увійшов, я увійду туди лише задля користі хворого, далекий від усього зумисного, неправедного і згубного, особливо від любовних діянь з жінками і чоловіками, вільними і рабами"); *лікарська таємниця* ("Що б під час лікування, а також і без лікування, я не побачив або не почув стосовно життя людського з того, що не слід будь-коли розголошувати, я промовчу про це, вважаючи це таємницею"); *повага до вчителів та учнів* ("Клянусь шанувати того, хто навчив мене мистецтва лікування, як власних батьків, ділитися з ним своїми статками..., а його дітей вважати своїми братами... вчити їх безкоштовно; ... все в науці повідомляти своїм синам, синам свого учителя та учням, пов'язаним зобов'язаннями і клятвою за законом медичним"); *повага до професії* ("Чисто і непорочно буду я провадити своє життя і своє мистецтво").

Окрім морально-етичних особистісних якостей, лікар повинен мати належну фахову підготовку та володіти навичками й уміннями, необхідними у професійній діяльності, вміти адекватно оцінювати стан пацієнта та власні професійні можливості і ризики, бути витриманим і плевненим у своїх силах, самостійним у прийнятті рішень та гтовим відповідати за них, ініціативним, наполегливим, цілеспрямованим, а також володіти такими комунікативними якостями, як особиста привабливість, ввічливість, повага до оточуючих, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність, доступність, довіра до оточення та уміння завоювати довіру від них.



Зрозуміло, що, описуючи ці особистісні особливості, ми усвідомлюємо, що вони можуть бути притаманними лише винятковим поодиноким особистостям, т. зв. *ідеальним лікарям*, які зазвичай і залишають помітний слід в історії медицини та людства. Оскільки більшість лікарів є людьми пересічними, вони рідко володіють повним набором властивостей, необхідних для ефективної лікарської діяльності. Окрім того, низький соціальний статус лікарів у нашому суспільстві, принизливо низька оплата праці та відсутність гідного рівня життя, матеріального, соціального і правового забезпечення, а також перспектив на майбутнє, їхня беззахисність при намаганні покращити чи змінити способи лікування чи умови перебування пацієнтів у стаціонарі, поена- залежність (особливо у маленьких містечках) від прихильності місцевої влади, залежність від матеріальної "вдячності" пацієнтів (які робить їх свого роду заручниками ситуації) та багато інших чинників не можуть не впливати на дійсний образ сучасного лікаря. А зважаючи на те, що на професійну діяльність чинять вплив ще й особисті проблеми (часто викликані самою особливістю фахової діяльності), а також суттєво професійні шкоди (фізична і психологічна перевтома, професійне викривлення та вигорання) надання медичної допомоги на належному рівні не видається можливим.

Однак, незважаючи на значну кількість лікарів, до яких пацієнти уникають звертатися або звертаються лише у разі крайньої необхідності, тобто неможливості вибору, дуже багато лікарів не лише ефективно працюють, а й наближаються до змальованого образу "ідеального лікаря". На нашу думку, вирішальне значення тут має психологічна підготовка і психологічна готовність лікаря до професійної діяльності та її наслідків. Загальноприйнята думка про те, що лікарі повинні любити хворих, на нашу думку, крива за своєю суттю. Лікарі повинні любити здорових і намагатися допомогти хворим людям стати здоровими. А щодо хворих лікарі повинні відчувати радше повагу та розуміння. По-перше, кожна емоція шкодить раціональному мисленню, а отже, погіршує результати лікарської інтервенції. По-друге, нам складно заподіяти біль близьким людям, а отже, любов обмежує можливості як діагностики, так і лікування пацієнта.

Намагаючись створити образ ідеального лікаря-психолога, можна виокремити такі групи спеціальних індивідуальних здібностей:

- *перцептивно-рефлексивні*, які дають змогу досягнути індивідуальну своєрідність особистості пацієнта, а отже – краще його зрозуміти;
- *проективні*, які дають змогу впливати на пацієнта. Головними, на нашу думку є здібності до:
  - спілкування і взаємодії з різними людьми, уміння налагоджувати з ними контакти, підтримувати їх на довірчому рівні;
  - адекватного оцінювання психічного стану пацієнта;
  - емпатії;
  - пристосування до індивідуальних психологічних особливостей пацієнта (в першу чергу – темпераменту, типу поведінки, мови, освіченості тощо);
  - уміння слухати і під час розмови отримувати від пацієнта максимальну кількість необхідної для діагностики та лікування інформації;
  - вербалізації своїх думок та чітких і вразливих рекомендацій пацієнтові;
  - логічного мислення;
  - концентрації та стійкості уваги (здатність тривалий час зосереджуватися на предметі обговорення з пацієнтом, не ослаблюючи її та не відслідковуючи на інші об'єкти);
  - переключення і розподілу уваги (в разі потреби для максимального надання допомоги пацієнтові – здатність швидко переключати увагу з одного предмета на інший чи з одного виду діяльності на інший, а також утримувати в центрі уваги одночасно кілька предметів чи одночасно виконувати кілька дій);

- образного мислення;
- образної і словесно-логічної пам'яті;
- мнемонічних здібностей (довгострокова і короткочасна пам'ять);
- опанування ситуацією та позитивного психологічного впливу на пацієнта;
- самоконтролю.

Якості, важливі для спілкування лікаря з пацієнтом:

Емпатія – уміння бачити світ очима іншої людини, пацієнта, розуміти і сприймати вчинки з їхніх позицій. Доброзичливість, здатність не лише відчувати, а й показувати своє доброзичливе ставлення, симпатію до пацієнта, уміння приймати його навіть тоді, коли не схвалюєш його вчинків, готовність підтримувати його. Автентичність – вміння лікаря бути природним у стосунках, не ховатися за маски чи ролями, здатність бути самим собою в контактах з пацієнтом, його близькими та колегами. Конкретність – відмова від загальних, а також багатозначних та незрозумілих розмірковувань та зауважень, уміння говорити про конкретні переживання, думки, дії, готовність однозначно відповідати на запитання пацієнта. Ініціативність – схильність до діяльної позиції у стосунках з пацієнтами, щоб іти вперед, здатність встановлювати контакти з різними людьми; готовність робити будь-які справи в ситуації, що вимагає активного втручання, а не чекати, коли це зробить хтось інший, незважаючи на соціальні ролі та статус. Безпосередність – уміння говорити і діяти напрому, відкрита демонстрація свого ставлення до проблеми, до пацієнта. Відкритість і щирість, яка не еквівалентна готовності оприлюднити всі свої інтимні таємниці, але задовольнити цікавість пацієнта, оскільки сам лікар як людина, а не її таємниці цікавлять пацієнтів. Сприйняття почуття – відсутність страху при безпосередньому контакті з почуттями пацієнтів та їхніх близьких, готовність приймати емоційну експресію від них.

Визначаючи перелік особистісних якостей лікаря-психолога, найбільш важливими для ефективної професійної діяльності слід вважати:

- високий рівень особистої відповідальності;
- повага, терпимість, безоціночне ставлення до усіх пацієнтів, незалежно від співпадання його морально-етичних норм та поведінки із загальноприйнятими та прийнятими для самого психолога (у випадку неможливості подолати негативне ставлення до пацієнта, зумовлене категоричним неприйняттям його як особистості, пацієнта слід передати іншому фахівцеві, а також обов'язково самому пройти додаткову психотерапію, скеровану на з'ясування причин виникнення такого ставлення та його подолання);
- щира зацікавленість особистістю пацієнта і причинами, що призвели до психічних розладів;
- інтуїція, що ґрунтується на знаннях та життєвому і професійному досвіді, уміння прогнозувати події;
- прагнення до самопізнання, саморозвитку;
- тактовність, вихованість;
- уміння зберігати лікарську таємницю;
- допитливість;
- ініціативність, цілеспрямованість, наполегливість;
- креативність;
- ерудованість.

Звісно, наданий перелік не абсолютний за своїм змістом, до нього увійшли лише ті здібності, які є вкрай важливими в роботі лікаря-психолога, лікаря чи практичного психолога. Однак досвід свідчить, що за відсутності вказаних здібностей не лише страж-

дає рівень надання допомоги пацієнтам, а й у самого фахівця починають формуватися психологічні проблеми, пов'язані з усвідомленням неспроможності чи неспроможності працювати. Багато молодих фахівців, не усвідомлюючи до кінця небезпеки прояви таких небажаних проявів, нехтують необхідністю саморозвитку, самоодосконалення, додаткового навчання, проходження курсів власної психотерапії. Це викликає значущість нарікань клієнтів, які не отримали належної допомоги, та формує негативну суспільну думку.

Абсолютними протипоказаннями до роботи лікарем та психологом є:

- психічна та емоційна невраїановаженість;
- агресивність;
- замкнутість;
- нерішучість;
- низький інтелектуальний рівень;
- небажання працювати з людьми, відсутність поваги до них, байдужість;
- небажання і не вміння зрозуміти та прийняти іншу людину такою, як вона є;
- прагнення у роботі застосовувати традиційні схеми лікування, нездатність знаходити індивідуальні прийоми;
- недостатній фаховий рівень.

Однозначність перших п'яти пунктів переліку не вимагає їх пояснення та уточнення – особливості навчання на медичних та психологічних факультетах зазвичай призводять до природного відсіву таких людей. Щодо наступних пунктів – варто їх проаналізувати та розмежувати для лікарів та психологів. Небажання працювати з людьми, відсутність поваги до них, байдужість, а також небажання і не вміння зрозуміти та прийняти іншу людину такою, як вона є, унеможливають будь-яку роботу психолога, а особливо – роботу лікаря-психолога. Якщо ж говорити про лікарів, то серед них є немало таких, які не намагаються зрозуміти своїх пацієнтів або залишаються до них байдужими. Звичайно, це ускладнює спілкування з пацієнтами та, ймовірно, погіршує ефективність роботи, однак це не може бути абсолютним протипоказанням до лікарської діяльності. Деякі лікарські спеціальності не вимагають і не передбачають необхідності у надмірному рівні комунікабельності та емпатії лікаря. В першу чергу йдеться про лікарів-лаборантів, рентгенологів, лікарів, що займаються функціональною діагностикою, патологією анатомії, кожен з яких має лише короткотривалі спорадичні контакти з пацієнтами та істотно вплинути на стан пацієнта своїми особистими особливостями не може. Що ж стосується багатьох інших фахівців – хірургів, анестезіологів, реаніматологів, діагностів, то за умов високого рівня їхньої фаховості переважна більшість пацієнтів не висуває до них інших вимог. Однак у роботі терапевтів, педіатрів, онкологів, травматологів, дерматологів, сімейних лікарів, стоматологів – кожен з яких не лише лікує пацієнта, а й пов'язаний у процесі лікування з ним тривало спілкуватися – ці якості є необхідними, і їхня відсутність істотно погіршує, якщо її взагалі не унеможливило, виконання лікарем його професійних функцій.

Прагнення у роботі застосовувати традиційні схеми лікування, нездатність знаходити індивідуальні прийоми – якості однаково неприйнятні для роботи як лікаря, так і психолога. Щоправда, у лікарській діяльності існує дуже велика кількість приписів та правил, які вимагають саме дотримання певної схеми лікування чи порядку проведення оперативного втручання, не дотримуючись яких лікар фактично порушує закон. Однак тут йдеться про необхідність застосовувати до кожної людини індивідуальний підхід, розглядати кожного пацієнта як унікальну особистість, а його хворобу – як унікальний розлад функціонування цієї особистості. Адже відомо, що пацієнти з тим самим діагнозом, отримуючи ідентичне лікування, цілком по-різному на нього реагують. Тому лікареві слід підбирати для кожного пацієнта саме індивідуальний стиль лікування, яким б принаближеною та

звичною до застосування не видавалася традиційна схема. Для психологів застосування традиційної схеми лікування абсолютно непридатне. Знання основних прийомів та методів лікування, володіння необхідними методиками і техніками надання психологічної допомоги як обов'язкова складова фахової діяльності є лише тим арсеналом, з якого психолог повинен створити індивідуальний набір для кожного конкретного пацієнта на кожен окремих сеанс. Невміння або небажання проводити таку роботу дуже швидко виявляються пацієнтом, який, не отримуючи необхідного стимулювання та підтримки у процесі психотерапії, не може проводити її самотужки – а отже, припиняє лікування.

Останній пункт переліку – недостатній фаховий рівень – насправді є основним. На жаль, в нашій країні кожна людина неодноразово виявляла, що вона звернулася по допомогу до фахівця, який не виправдовує її сподівань. І хоча наших сподівань не виправдовують різні фахівці: вчителі – не знають свого предмету і не вміють викладати, будівельники – проектують споруди, які руйнуються; журналісти – у пошуках "гарячих" новин не цікавляться їх правдивістю та науковістю, аграрії – не вміють господарювати на землі, урядовці – не знають економіки, парламентарі – ухваляють закони, що не діють, і т. д. і т. п. – незадоволення щодо їх діяльності обмежується висміюванням та суспільним осудом. Недостатній фаховий рівень лікарів та психологів, у чій руках життя і здоров'я кожної людини – сприймається суспільством як злочин. Якщо нефаховість психолога (за дуже рідкісними випадками) не стає причиною фізичної загибелі людини, то відсутність знань у лікаря – призводить до цього у багатьох випадках. Невміння лікаря надати допомогу набагато болючіше сприймається людьми, ніж втрата заощаджень через незнання основ монетарної політики банкіром, адже йдеться про незворотні та незамінні втрати – життя і здоров'я.

Для успішної *самопрезентації* лікаря він повинен чітко уявляти власний імідж, працювати над ним, покращуючи власні знання про самого себе та навички саморегуляції. Робота над власним іміджем – це формування враження про себе, яке має конкретні цілі і завдання – переконати пацієнта у власній компетентності. Центральну частину іміджу посідає продуманий зовнішній вигляд, який повинен сигналізувати про професійно-ціннісні якості особистості лікаря та сприяти формуванню його репутації.

Неумілість психолога, однак, теж може призвести до руйнівних наслідків для життя і здоров'я особистості. Не знаючи основ медицини (і в першу чергу психіатрії), психодіагностики, патопсихології та психопатології, психологи не можуть вчасно діагностувати у своїх клієнтів ознак психічних розладів та не скеровують їх по допомогу до психіатрів, а це може бути загрозливим як для життя самого пацієнта та оточення, так і для його здоров'я. Недостатнє володіння психотерапевтичними та психокорекційними методами і методиками не лише не дають відчуття полегшення психологічного стану особистості, а й провокують формування психічних розладів, що потребують у майбутньому тривалого виснажливого і коштовного лікування. Саме тому вимоги до фаховості лікарів і психологів були і залишаються дуже високими, і саме тому кожен, хто хоче присвятити своє життя такій діяльності, може і повинен намагатися досягти якомога вищого рівня знань та умінь і, працюючи, постійно його вдосконалювати і підвищувати.

#### 4.5. Слідування у процесі ефективної лікарської діяльності

*Якщо пацієнт вирішуватиме, до якого лікаря звернутися – до того, який лікує травами, чи до іншого, який лікує ножом, то він насамперед звернеться до того, який лікує словом.*

Гіппократ

Для успішної професійної діяльності лікар повинен досягнути вершини майстерності спілкування, зробити його автоматичним, перетворити на внутрішню потребу до-

сконану техніку фахового спілкування. Кожна соціальна роль завжди залишає певний особистий простір для її виконавця, що є основою для виникнення міжособистісних (психологічних) стосунків, які складаються на емоційному підґрунті (на підставі певних почуттів, що виникають між людьми). У соціальній психології почуття об'єднують у дві великі групи: кон'юнктивні (такі, що зближують, об'єднують людей) та дис'юнктивні (ангіпативні почуття, що роз'єднують людей). У професійній діяльності лікаря важливо його вміння вибудовувати свої стосунки з пацієнтами, їх родинами та колегами, ґрунтуючись на кон'юнктивних почуттях, і звичайно – реалізувати їх у спілкуванні.

\* **Спілкування** – це процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжений потребами у спільній діяльності. Він містить обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини.

**Міжособистнє спілкування** – взаємодія між кількома людьми, що здійснюється за допомогою засобів мовленнєвої та немовленнєвої взаємодії, в результаті якої виникає психологічний контакт і певні стосунки між учасниками спілкування.

Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:

- враховувати, що це безпосередня взаємодія, тобто її учасники перебувають у просторовій близькості, мають змогу бачити, чути, торкатися одне одного і обов'язково – здійснювати зворотний зв'язок;
- пам'ятати, що це особистісно-орієнтоване спілкування, тобто, що кожен з його учасників визнає незамінність, унікальність іншої людини, бере до уваги особливості її емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик;
- використовувати психічні процеси і стани співрозмовника, які забезпечують транзакцію (міжособистнє сприймання, потреби і мотивації, почуття й емоції, самоцінність, психологічні захисти);
- застосовувати комунікативні практики, що опосередковують взаємодію між людьми (мовлення, невербальні повідомлення);
- дотримуватись установлених норм і правил, що уможливають спілкування.

У спілкуванні виділяють такі взаємопов'язані складові: комунікативна – полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом; інтерактивна – в організації взаємодії між ними, коли потрібно узгодити певні дії, вплинути на настрій, поведінку, переконання пацієнта; перцептивна – включає процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння.

Спілкуючись, слід пам'ятати, що до **засобів спілкування** відносять не лише мовлення (слова, вирази та правила їх поєднання в осмислені вирази), яке у смисловому сенсі повинно сприйматися однаково як лікарем, так і пацієнтом, а й інтонація, емоційна виразність, яке може надавати різного змісту тій самій фразі, міміка, поза, погляд, що здатні посилювати, доповнювати або спростовувати зміст сказаного; жести (які можуть бути загальноприйнятими, що мають закріплене за ними значення, або ж експресивними, що служать для більшої виразності мовлення).

У процедурі спілкування наявні такі етапи:

1. Потреба у спілкуванні (необхідно повідомити щось або отримати інформацію, вплинути на пацієнта тощо), що спонукає лікаря вступити в контакт з пацієнтом.
2. Орієнтування у цілях спілкування, в ситуації спілкування.
3. Орієнтування в особистості пацієнта.
4. Планування змісту свого спілкування (лікар уявляє, що саме скаже пацієнтові).
5. Невідомо (часом свідомо) лікар обирає конкретні засоби, мовні фрази, якими користуватиметься, вирішує, як говорити, як поводитися.
6. Сприйняття та оцінка реакції, що виникла в пацієнта у відповідь, контроль ефективності спілкування на підставі встановлення зворотного зв'язку.
7. Коректування напрямку, стилю, методів спілкування.

Поєднання усього переліченого у певну функціональну єдність творить процес успішного спілкування. При цьому потреби особистості пацієнта слід розглядати як його особливий психічний стан (напруження, незадоволення, дискомфорт), який він відчуває і усвідомлює, а також враховувати ймовірну мотиваційну кризу пацієнта – болічу зміну мотивів, до якої він зазвичай погано підготовлений. Важливими для самого лікаря у міжособистісному спілкуванні є потреба у милосерді, поведінці допомоги, співчуття та безкорисливості, що формується в актах поведінки допомоги і підвищує самоповагу і самооцінку лікаря, дає йому змогу пережити почуття причетності до добрих справ, глибокого людського співпереживання, власної шляхетності та підвестися у власних очах.

Якщо котрийсь із ланцюгів процесу спілкування порушено, то лікареві не вдається досягти бажаних результатів спілкування – воно виявляється неефективним. Такі уміння називають соціальним інтелектом, практично-психологічним розумом, комунікативною компетентністю, комунікабельністю.

*Комунікація* – це процес двобічного обміну інформацією, який призводить до взаєморозуміння. Щоб переконатися в успішності комунікації, слід отримувати інформацію про те, як пацієнт зрозумів лікаря, як сприймає його, як ставиться до своєї хвороби та запропонованих лікарем методів лікування. Для *ефективної комунікації* характерні: досягнення взаєморозуміння, краще усвідомлення ситуації та предмету спілкування (досягнення більшої визначеності в розумінні сприяє розв'язанню проблем пацієнта, забезпечує досягнення мети – одужання пацієнта – з оптимальним витрачанням ресурсів).

Причинами поганої комунікації лікаря з пацієнтом найчастіше виступають:

1. Стереотипи – спрощені думки стосовно людини або ситуації, в результаті немає об'єктивного аналізу і розуміння людини, ситуації, проблеми. Стереотипи наявні як у пацієнтів, так і в лікарів. Найбільш поширеними стереотипами пацієнтів є: сприймання лікаря як всесильної особи, яка може здійснити "чудо зцілення"; сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя; сприймання лікаря як об'єкта, що зобов'язаний надавати допомогу, не висловлюючи власних думок та емоцій; сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої лише на отримання власної вигоди і т. д. Лікарі щодо пацієнтів зазвичай створюють такі стереотипи: пацієнт-симулянт, який намагається отримати вторинну вигоду; пацієнт-обманщик, який намагається приховати (перебільшити чи применшити) симптоми захворювання; пацієнт нав'язує лікареві свою точку зору на хворобу, діагноз, методи лікування; пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря для підвищення власної самооцінки і т. д. Зрозуміло, що кожен із перелічених (і багато інших) стереотипів не можуть сприяти ефективній комунікації, необхідній для успішного лікування. Тому лікар змушений не лише намагатися зруйнувати стереотипи пацієнта, а й позбутися власних стереотипів щодо нього.
2. Упереджене ставлення – схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, і рідко усвідомлюють, що інша людина так само має підстави і право трактувати події та судження. Таке упередження з боку пацієнтів зазвичай виявляється у небажанні погодитися з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони переконані у правильності іншого діагнозу чи доцільності інших методів лікування. У цьому випадку лікар повинен за допомогою раціонального переконання, залучаючи думку визнаних авторитетів та своїх колег, переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби. Якщо ж пацієнт спостерігає подібну упередженість у лікаря – доцільно звернутися до іншого фахівця, провести консиліум лікарів для з'ясування дійсного стану здоров'я пацієнта.

3. Вороже ставлення до людей (чи конкретної людини). Якщо у пацієнта відзначають вороже ставлення до конкретного лікаря, лікар-психолог повинен спробувати з'ясувати їх, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, у лікувальній практиці зазвичай просто змінюють лікаря. Для медичного психолога така ситуація є сигналом про наявність у лікаря нерозв'язаних психологічних проблем, які утруднюють його фахову діяльність. Індивідуальна або групова психотерапія можуть допомогти лікареві виявити причину ворожості і знайти шляхи її подолання. При ворожому ставленні до усіх людей в першу чергу слід провести психіатричне обстеження пацієнта, а за відсутності психічних розладів – проводити тривалу психотерапію, що включає психоаналіз, когнітивно-біхевіоральну терапію, гештальт-терапію.
4. Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника. Часто у спілкуванні лікаря з пацієнтом інтерес викликає лише той, коли відбувається усвідомлення значення отриманої інформації, тобто за допомогою цієї інформації можна отримати бажаний або запобігти небажаному результату. У лікарів відсутність інтересу часто буває пов'язаною з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи. У цьому випадку лікар не виявляє зацікавленості до висловлювань пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування. Пацієнти зазвичай уважні у процесі спілкування з лікарем, однак значна їх частина схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря на етапі одужання, а це може запровадити подальшими ускладненнями в перебігу хвороби. Завдання медичного психолога полягає у донесенні необхідної для підтримання прийняттого рівня здоров'я або його покращення як до самого пацієнта, так і до його близьких.
5. Нехтування фактами, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Успішні лікарі ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу пацієнта, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, які дають підстави підтвердити або спростувати діагноз. Встановлення діагнозу пацієнта "з першого погляду" зазвичай свідчить про недостатню фаховість лікаря і часто спостерігається у молодих лікарів. Виняток становить незначна кількість нозологій, у клінічній картині яких наявні патогномічні симптоми (наприклад, сколіоз). Однак серйозний лікар завжди проводить додаткові дослідження, які б підтвердили правильність його діагнозу і допомогли виявити причини формування хвороби. Пацієнти по-різному ставляться до подібної "експрес-діагностики". Якщо лікар користується беззаперечною дотожністю пацієнта – діагноз сприймається схвально і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у пацієнта немає впевненості у фаховості лікаря – такий діагноз викликає обурення і неприйняття пацієнта, призводить до конфліктів та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.
6. Помилки у побудові висловлювань: неправильний вибір слів, складність повідомлення, нелогічність, непереконливість чи не найчастіше стають причиною поганої комунікації та нерозуміння між лікарем і пацієнтом. Лікар повинен вміти правильно оцінити загальнокультурний та освітній рівень свого пацієнта і пояснити йому сутність висловлювань у зрозумілій доступній формі, не вживаючи спеціальних термінів, говорячи простими реченнями, з яких легко зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та основні акценти. Проблема у лікарській практиці з умінням зрозуміло донести інформацію, звісно, існує в усіх країнах, однак в Україні вона має певну специфіку. З одного боку, вона пов'язана з недостатнім словниковим запасом

багатьох лікарів, у якому відсутні слова-відповідники, для медичних термінів, зрозумілі немедикам. Окрім того, у підготовці лікарів в Україні не передбачені високі та жорсткі вимоги до знання ними основ психології та педагогіки, логіки і філософії. Питання мови у спілкуванні з пацієнтами теж вимагає значних пояснень. Зрозуміло, що хвора людина повинна вільно висловлювати свої скарги, думки і побажання рідною мовою, не витрачаючи зайвих зусиль на намагання зрозуміти специфічні медичні терміни, вплетені у чужу мову, подумки все перекласти на рідну, здогадатися про значення незрозумілих слів, продумати відповідь, перекласти її на іншу мову і озвучити. У випадках лікування за кордоном у клініці постійно присутній перекладач, який допомагає здійснювати комунікацію у чужому мовному середовищі. В Україні ж від лікарів не вимагають, щоб вони спілкувалися з пацієнтами їх рідною українською мовою. Така поведінка, зважаючи на значну кількість російськомовних лікарів, свідчить про їх загальну неухважність до потреб і прагнень українськомовних пацієнтів, а часто – і про їх недостатній освітній і загальнокультурний рівень, коли вони визнають, що на відміну від пацієнта не володіють мовою на рівні, достатньому для фахового спілкування. Усе це створює ситуацію нерозуміння пацієнтом суті висловлювань лікаря, що істотно заважає їхній взаємодії.

7. Помилковий вибір стратегії і тактики у спілкуванні лікаря з пацієнтом може виникати, коли лікар неправильно оцінив психічний стан пацієнта і намагається вибудувати спілкування, ґрунтуючись на недоречних стратегіях. Невміння визначити настрої пацієнта, його психологічні особливості, тривожність, агресивність, репресивність призводить до серйозних психологічних проблем у пацієнтів або сприяє формуванню чи маніфестації психічного розладу, що не може не відбиватися на ефективності його лікування.

Обираючи стратегії спілкування з пацієнтом, лікар виходить з оцінювання тих видів, які може дати кожна з них на конкретному етапі лікування. Відкрите спілкування, яке передбачає бажання і вміння повно виразити свою точку зору і готовність врахувати позицію пацієнта, дає змогу отримати найповніший обсяг необхідної інформації, але потребує значної кількості часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами терапевтичних відділень. Часто лікарі застосовують закрите спілкування, особливо за умови значної різниці у ступені предметної компетентності пацієнта, вважаючи безглуздим витрачати час і зусилля на підняття компетентності пацієнта. Таку стратегію часто обирають лікарі, які не спроможні зрозуміло висловити свою точку зору та наявну інформацію. Зазвичай це пов'язано з низьким рівнем професіоналізму або зі значним рівнем "синдрому вигорання" лікаря.

Різновид напівзакритої комунікації – однобічне випитування, при якому лікар намагається отримати від пацієнта усю необхідну йому інформацію, не відкриваючи свого бачення сутності проблеми пацієнта. Саме така комунікація переважає у лікарському спілкуванні. Лікарі для виконання своїх професійних обов'язків потребують від пацієнтів лише тих даних, які стосуються безпосередньо причини їх звернення до лікаря. При цьому лікар уникають торкатися проблем, пов'язаних із порушенням діяльності інших органів і систем пацієнта, а особливо – його психічних розладів та психологічних проблем. Подібний тип спілкування може давати короткотривалий позитивний ефект на період безпосереднього лікування ураженого органа пацієнта, але він не створює у пацієнта відчуття "одужання", яке обов'язково включає, крім подолання фізіологічних проблем, налагодження психічного стану.

Іншим поширеним серед лікарів видом спілкування є формальне спілкування – т. зв. "контакт масок", коли лікар не прагне зрозуміти та врахувати особливості



особистості пацієнта, а використовує звичні маски: ввічливості, скромності, співчуття – набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дають змогу приховати його справжні емоції, ставлення до пацієнта (завидай – байдужість). Примітивне спілкування, коли пацієнта оцінюють лише як об'єкт, потрібний для професійної діяльності, якщо він потрібен – то з ним активно вступають в контакт, якщо не потрібний – втрачають подальший інтерес до нього і не приховуючи цього нехтують ним. Перелічені види спілкування не лише не дають значного лікувального ефекту, утруднюють діагностику і лікування пацієнта, а й чинять значний негативний вплив на самого лікаря. Саме вони сприяють професійній деформації лікаря, формування "синдрому емоційного вигорання" – а відтак призводять до зниження лікарем самооцінки, прагматичності і депресивності.

У деяких випадках пацієнт намагається у спілкуванні з лікарем здійснити т. зв. історичне предствалення проблеми, тобто відкрито виявляє свої почуття, розповідає про проблеми та життєві обставини, на цікавлячись тим, чи хоче лікар вислуковувати його звярнення. Такий вид спілкування малопродуктивний з позиції медичної діагностики, потребує значного часу і вимагає від лікаря застосовувати доступні методи психокорекційного впливу. Часто подібна поведінка пацієнта вказує на наявність у нього психічних розладів.

Зрозуміло, що не всі лікарі можуть в однаковій мірі володіти навичками ефективного спілкування з пацієнтами, яке вимагає і емоційних, і часових затрат. Та досягти бажаного результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись основних загальних вимог спілкування: бути ввічливим, тактовним, дотримуватися інтересів пацієнта, не осуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуковувати і намагатися зрозуміти потрібну думку пацієнта та враховувати його індивідуальні особливості заради інтересів діла.

Досягти навичок ефективного спілкування, виробити комплекс необхідних соціально-психологічних і психотехнічних умінь, необхідних для спілкування, тобто умінь, пов'язаних з оволодінням процесами взаємозв'язку, взаємовираження, взаєморозуміння, взаємовідносин, взаємодіяльності, можна на соціально-психологічному тренінгу спілкування, проводити які у медичних закладах – один із функціональних обов'язків медичного психолога. На тренінгах медичні психологи прищеплюють навички: психологічно правильно і ситуативно обумовлено вступити у спілкування (з пацієнтом, його близькими, колегами); підтримувати спілкування, психологічно стимулювати активність пацієнта; психологічно точно визначати точку завершення спілкування з пацієнтом так, щоб у нього не виникло відчуття, що лікарши ніколи або нещаво з ним розмовляли; максимально використовувати соціально-психологічні характеристики комунікативної ситуації для реалізації своєї стратегічної лінії – переконувати пацієнта у доцільності і правильності лікування тощо; прогнозувати можливі шляхи розвитку комунікативної ситуації, в межах якої розгортається спілкування, щоб не створювати у пацієнта відчуття інтимної близькості з лікарем чи його надмірної зацікавленості пацієнтом; прогнозувати реакції пацієнтів на асти комунікативних дій з метою отримання бажаних для лікування результатів; психологічно налаштовуватися на емоційний тон пацієнта, уміти оволодіти та утримувати ініціативу у спілкуванні з пацієнтом; вміння спровокувати бажану реакцію пацієнта; формувати і керувати соціально-психологічним настроєм пацієнта. Для цього лікар повинен оволодіти навичками, пов'язаними з управлінням процесами самомотивації, самонастроювання, саморегулювання; долати психологічні бар'єри у спілкуванні; знімати надмірне напруження у пацієнта; емоційно налаштовуватися на

ситуацію спілкування з пацієнтом та його близькими; психологічно і фізично прилаштуватися до пацієнта; психологічно адекватно до ситуації спілкування обирати жести, пози, ритм власної поведінки; мобілізуватися на досягнення поставленого комунікативного завдання.

Під час спілкування лікаря і пацієнта відбувається процес сприйняття і пізнання одне одного. Одна із форм пізнання – *емпатія* – здатність емоційно сприйняти пацієнта, проникати в його внутрішній світ, беззастережно та безоціночно приймати з усіма почуттями, думками і вчинками. Здатність до емоційного відображення у лікарів виявляється неоднаково. Одні – спілкуючись із пацієнтом, не виявляють зацікавленості його психічним станом, переживаннями, намірами; інші відзначають деякі ознаки психічних проблем пацієнта, і лише здатні до емпатії лікарі виявляють уміння відразу увійти в становище пацієнта не лише спорадично, а й протягом усього процесу лікарської взаємодії. Логічній формі пізнання особистісних особливостей себе та інших людей – *рефлексії* – притаманна схильність до спотвореного розуміння особливостей інших людей на підставі стереотипізації, коли за однією-двома рисами людину відносять до певного стереотипу і приписують їй набір якостей, притаманних цьому стереотипові. Подібна стереотипізація згубна для створення ефективних стосунків взаємодії між лікарем та пацієнтом. Будь-яка стереотипізація пацієнта обмежує можливості лікаря зрозуміти його переживання, психологічні особливості, які часто і виступають пусковим механізмом виникнення хвороб.

На сприйняття пацієнтів впливає також і настрій лікаря. Якщо він понурий, то у першому враженні про пацієнта переважають негативні почуття і запам'ятовується вдвічі менше інформації, ніж при бадьорому, отже, щоб перше враження про пацієнта було повнішим і точнішим, важливо позитивно налаштуватися.

Успішне фахове спілкування лікаря і пацієнта (як і всіх інших людей) часто ґрунтується на *міжособистісній атракції* – взаємній симпатії, потягу між людьми, наданні переваги одних людей перед іншими. Коли йдеться про спілкування лікаря з пацієнтом, то міжособистісна атракція у пацієнта має високий ступінь авансованості, а сам лікар в силу професійних потреб часто повинен задіювати певні внутрішні та зовнішні процеси, що їй сприяють. Серед зовнішніх факторів атракції найбільш важливими є: потреба пацієнта в афіліації та емоційний стан партнерів. Фізичну привабливість лікаря, його стиль спілкування, подібність між лікарем та пацієнтом, а також виявлення лікарем особистого зацікавленого і підтримуючого ставлення до пацієнта – основні внутрішні фактори, які власне й призводять до виникнення атракції.

У ході соціалізації кожна людина вчиться усвідомлювати, виявляти власні емоції, сприймати і розуміти емоційні стани інших людей. Лікареві особливо важливо досягти навичок сприймання та адекватного реагування емоцій і почуттів інших людей, адже вони відображають зміни, що відбуваються у внутрішніх відчуттях пацієнта та зовнішньому (лікарняному) середовищі, зміцнюють стосунки, покращують можливість розуміння переживань інших людей та допомагають взаємодіяти з ними. Оцінювати і трактувати емоції інших можна, спостерігаючи за їхніми діями, реакціями, поведінкою. Усвідомлення і контроль за формою виявлення емоцій пацієнтів дає змогу управляти ними та допомагати це робити самому пацієнтові.

Оскільки у лікаря і пацієнта одна мета – одужання пацієнта – зазвичай їхні емоційні стосунки є позитивними. Цьому у значній мірі сприяють готовність пацієнта до саморозкриття та уміння лікаря широко й неупереджено прийняти це саморозкриття.

Однак часто у спілкуванні лікаря та пацієнта складається *формальне спілкування*, яке не враховує індивідуальних особливостей партнера, а ґрунтується лише на

намаганні лікаря використовувати способи психологічного впливу на нього, що не лише не сприяє одужанню пацієнта, а й може призводити до погіршення його стану в результаті витрачення значного внутрішнього ресурсу не на подолання хвороби, а на відстоювання власної психологічної цілісності.

Спілкування лікаря з пацієнтом повинне мати активний зворотний зв'язок, послугувати широким спектром вербальних і невербальних засобів спілкування і містити механізми рефлексії, тобто бути довірливим, адже саме довіра до лікаря є тим фактором, який визначає рівень психологічного комфорту пацієнта і його готовність виконувати усі приписи лікаря та всіляко сприяти власному одужанню. Такими жета міжособистісного довірливого спілкування – встановлення психологічного контакту, оптимальної психологічної дистанції, що дає пацієнтові психологічне полегшення, покращує зворотний зв'язок у процесі самопізнання і забезпечує психологічне зближення з лікарем, а отже – формує довіру до нього. Щира довіра до лікаря вимагає точного оцінювання його можливостей, намірів, компетентності, а також його як особистості. Вона принципово відрізняється від довірливості та псевдодовіри. Успішність довірливого спілкування між лікарем та пацієнтом можна розглядати як певний результат зусиль подолання труднощів і психологічних бар'єрів, як результат накопичення позитивного досвіду взаємодії, шлях до злагоди, емоційного і психологічного резонансу, котрий відчувається і переживається пацієнтом.

Психологічними показниками успішності міжособистісного спілкування лікаря та пацієнта є його легкість, задоволеність спілкуванням внаслідок досягнення психологічного контакту і взаєморозуміння. Необхідними умовами успішності спілкування є комунікабельність, контактність і комунікативна сумісність лікаря і пацієнта. Комунікабельність – наяв потреби у контактах з іншими людьми, схильність до встановлення приязних взаємин, який передбачає наявність розвинених комунікативних навичок. А контактність – специфічне соціальне уміння, в основі якого лежить природна комунікабельність, вона виявляється у спроможності мобілізувати усі наявні засоби для досягнення контакту, в умінні змінювати, залежно від ситуації, міру своєї відкритості і обрані засоби впливу, в пануванні над комунікативною ситуацією загалом.

Кожен лікар у спілкуванні з пацієнтами дотримується певного стилю, тобто індивідуальної стабільної форми комунікативної поведінки, що виявляється у будь-яких умовах взаємодії. Сформований стійкий стиль спілкування свідчить про досягнення лікарем певного рівня комунікативної майстерності. У роботі з кожним конкретним пацієнтом успішний лікар поєднує ознаки чоловічого та жіночого стилів спілкування. Чоловічий стиль спілкування більш активний і предметний, але водночас – більш змагальний і конфліктний, а жіночий – більше орієнтований на партнерство і взаємодію, має вищу емпатійність. Зазначай ці стилі спілкування вважають статевобумовленими, та практика показує, що саме поєднання ознак обох стилів спілкування у взаємодії з пацієнтом призводить до формування у пацієнта водночас довірчої та підпорядкованої поведінки.

Дуже важливим для лікаря є уміння переконувати пацієнта, адже часто страх і підвищений рівень тривожності змушують пацієнтів відмовлятися від проведення необхідних діагностичних чи лікувальних маніпуляцій або нехтувати порадами і настановами лікаря. Уміння застосовувати добре продумані і доказові аргументи, інформувати пацієнта про реальний стан його здоров'я та можливі ускладнення часто вимагають від лікаря застосування спеціальних прийомів раціонального переконання щодо пацієнтів, які змигли до вираженої оцінки інформації або ж умовляння, особливо коли йдеться про кризову ситуацію, а також з пацієнтами з невисоким рівнем пізнавальних здібностей. Тому прийнято говорити про необхідність значного рівня соціального інтелекту у лікаря, який свідчить про значний рівень адекватності та успішності фахової взаємодії, дозволяє зберегти його в умовах, що вимагають концентрації уваги і опору емоційному напруженню, психологічному дискомфорту у стресі, надзвичайних ситуаціях, кризах.

Запорукою успішного функціонування лікаря у складних змінних професійних обставинах є т. зв. *соціальна компетентність* – вироблення певних поведінкових сценаріїв, які ґрунтуються на комунікативній, вербальній, соціально-психологічній, власне соціальної і емоційно-компетентності, міжособистісної орієнтації, а також відповідають як реальній ситуації, так і очікуванням пацієнтів. Основні функції такої компетентності полягають у соціальній орієнтації, адаптації, інтеграції загальносоціального і особистого досвіду у професійну діяльність.

На процес взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом істотно впливають особливості мовлення, яке виконує не лише фізіологічну функцію передачі інформації, а й несе психологічне навантаження, виявляючи мету того, хто говорить, і розуміння того, хто слухає, а також визначає статусні й ситуативні ролі співрозмовників. Уміння послугуватися словом для лікування пацієнтів очікують від кожного лікаря. "Якщо хворому після розмови з лікарем не стало легше, то це не лікар!" – ці слова В. М. Бехтерєва знає кожен лікар. Для мовленнєвої поведінки лікаря дуже важливо не лише зазначити соціально-рольовий статус, як свій власний, так і пацієнта, а й дотримуватися жорсткого контролю за змістом і формою своїх мовленнєвих повідомлень і намагатися знизити особистісне начало. Мовлення як засіб спілкування водночас виступає і як джерело інформації, і як спосіб впливу на співрозмовника. На процес взаєморозуміння у мовленнєвому спілкуванні лікаря і пацієнта істотно впливають такі особливості використання мови у мовленні, як денотація і конотація, полісемія, синонімія, статичність висловлювання, змішання спостереження і оцінки. Розмовляючи з пацієнтом, слід дотримуватися персональності адресатів висловів, говорити вільно і невимушено, застосовувати короткі й прості словосполучення і речення (намагаючись уникати прикметникових і дієприкметникових зворотів), обов'язково уникати помилок у мові, заловнювачів пауз, а також робити мовлення ситуативно емоційно забарвленим.

У структуру вербального спілкування входять:

- Значення і зміст слів, фраз. У спілкуванні з пацієнтом особливо значну роль відіграє точність вживання слова, його виразність і зрозумілість, правильність побудови фрази і її дохідливість, правильність вимовлення звуків, слів, виразність і зміст інтонації.
- Мовні звукові явища: темп мови, модуляція висоти голосу, тональність голосу, ритм, тембр, інтонація, дикція. На думку пацієнтів, у ідеального лікаря манера мови плавна, спокійна, розмірена.
- Виразальні властивості голосу: характерні специфічні звуки, що виникають при спілкуванні: сміх, хмикання, плач, шепіт, зітхання та інші; розподільні звуки (кашель); нульові звуки (паузи), а також звуки назалізації – "гм-гм", "е-е-е" та ін. у побутовій мові широко застосовують усі виразальні властивості голосу, однак у лікарській діяльності доцільно використовувати лише паузи, і ситуативно – сміх чи шепіт. Усі інші надають висловлюванню лікаря невпевненості і непрофесійності.

Та значну кількість інформації пацієнти і лікарі (як і усі люди) отримують за допомогою *невербальної комунікації*, тобто повідомлень, закодovаних і переданих за допомогою виразних рухів тіла, звукового оформлення мовлення, використання предметів, що мають символічне значення, організованого мікросередовища, яке оточує людину. Такі повідомлення зазвичай відзначаються більшою багатозначністю, ситуативністю, синтетичністю і спонтанністю. Невербальна поведінка регулює просторово-часові параметри спілкування, підтримує оптимальний рівень психологічної близькості між лікарем та пацієнтом, дає змогу економити мовленнєві повідомлення, та головне – воно посилює емоційне насичення сказаного. Говорячи про невербальну комунікацію,

найчастіше мають на увазі зовнішність та її оформлення, міміку, пози, жести людини, невербальні аспекти її мислення, поведінку у просторі; запахи тощо. Однак слід пам'ятати, що усі невербальні повідомлення взаємодіють, часом доповнюючи одне одного, а часом – суперечачи. Тому лікареві слід не лише уважно спостерігати за невербальними повідомленнями своїх пацієнтів, інтерпретувати їх та порівнювати із вербальними, а й намагатися контролювати власні, щоб вони не вступали у протиріччя з мовленими повідомленнями та не трактувалися хибно пацієнтами. Адже пацієнти, зауваживши подібні невідповідності, практично завжди пов'язують їх із намаганням лікаря приховати "страшну правду" про стан їхнього здоров'я.

Невербальні засоби спілкування:

- Кінестетичні – прояви людських почуттів та емоцій: міміка – рухи м'язів обличчя, жести – рухи окремих частин тіла, пантоміма – моторика всього тіла: пози, постава, хода тощо.
- Тактильні – дієти під час спілкування: потиск рук, поцілунки, погладження, відштовхування тощо.
- Проксемічні – перебування у просторі при спілкуванні.

Найбільш інформативною, зрозумілою і легкою у декодуванні у процесі спілкування є міміка – рухи м'язів обличчя, що відображають внутрішній емоційний стан, який надає понад 70 % інформації. Спілкуючись із пацієнтами, лікар повинен пам'ятати, що лоб, брови, рот, очі, нос, підборіддя – ці частини обличчя виражають основні людські емоції: страждання, біль, радість, здивування, страх, відразу, щастя, зацікавлення, смutek тощо. Важливо зауважити, що основне пізнавальне навантаження у ситуації розпізнавання справжніх почуттів людини несуть брови та губи. Науково доведено, що левий бік обличчя значно частіше виказує емоції людини, ніж правий; що пояснюється тим, що права півкуля, яка контролює емоційне життя людини, відповідає за лівий бік обличчя. Позитивні емоції відбиваються майже однаково на обох половинах обличчя, а негативні – яскравіше виражені на лівому.

Жести при спілкуванні несуть багато інформації, у мові жестів є слова та речення. У лікарській діяльності особливо важливі жести-ілюстратори – це жести-повідомлення: вказівники (вказівним пальцем пацієнт вказує місце, де він відчуває біль); піктографи, тобто образні картини зображення (стакана такого розміру і такої форми), часто виступають як важливе діагностичне доповнення; кінетографи – рухи тілом краще за слово описують ті вимушені рухи, як повинен робити пацієнт, щоб зменшити свої страждання; а також жести-біти (жести-відмашки) та ідеографи – свєрідні рухи руками, що сповіщують уважні предмети. Спілкування включає значну кількість жестів-регуляторів, що виражають ставлення до почутого, це може бути: посмішка, кивок, скерування погляду, цілеспрямовані рухи руками, які дають змогу підтвердити свою зацікавленість у почутому і реагування на нього. Не менш важливими є читування жестів-адапторів – специфічних рухів рук: чухання або посмикування окремих частин тіла; торкання або поплескування співрозмовника чи себе самого; погладження, перебирання предметів, що є під руками (оливськ, гудзик тощо), які зазвичай вказують на підвищений рівень тривожності пацієнта, його невпевненість у собі, намагання заспокоїтись, здійснюючи звичні рухи. Складнішим для декодування є жести-ефектори, що виражають певні емоції за допомогою рухів тіла або м'язів обличчя, оскільки кожна людина може вкладати в них різний, часом парадоксальний зміст. Але вони створюють зрозумілим під час тривалого спостереження за пацієнтом і можуть надавати додаткову інформацію про самопочуття та переживання пацієнта.

Намагаючись виявити свої почуття, люди охоче звертаються й до жестикуляції. Ось чому для проникливого лікаря людини важливо набутти вміння розуміти жести.

Загальновідомі жести оцінювання (почухування підборіддя, випростування вказівного пальця вздовж щоки, вставання і ходіння), які можуть підказати лікареві, що пацієнт не переконаний у правильності висновків лікаря; жести впевненості – з'єднання пальців у склепіння піраміди, розгойдування на стільці, які зазвичай роблять пацієнти, впевнені у власній думці, які прийшли отримати медичну допомогу, вже маючи власний діагноз та план лікування; жести невпевненості та знервованості (переплетені пальці рук, пощипування долоні, постукування пальцями по столу), які вказують на тривожність пацієнта, невпевненість щодо стану його здоров'я та щодо фаховості лікаря; жести самоконтролю (руки за спиною, одна стискає іншу, людина сидить на стільці, міцно вчепившись руками в бильця) свідчать про тривожність пацієнта, яку він намагається приховати від лікаря, страх смерті, страх лікування тощо; жести очікування (потирання долоне, повільне витирання долонь об тканину) теж вказують на тривожність пацієнта, його неспокій щодо стану здоров'я і перспектив; жести заперечення (руки складені на грудях, тулуб відхилений назад, схрещені руки, дотики до кінчика носа) вказують на незгоду пацієнта з позицією лікаря і вимагають пояснень, уточнень і переконання пацієнта; жести прихильності (прикладання руки до грудей, переривчасті дотики до лікаря) вказують на довіру і прагнення отримати допомогу. Уміння краще розуміти ці та інші жести дозволять лікареві краще оцінювати психічний та соматичний стан пацієнта, його рівень довіри до лікаря, щирість та ін.

Не менш важливою професійною навичкою лікаря є його вміння слухати, адже це дає змогу зрозуміти і запам'ятати важливу для подальшого лікування інформацію, а також з'ясувати основні психологічні особливості особистості пацієнта. Звісно, існує багато факторів, які заважають ефективному слуханню, – це і складність уважно сприймати всі усні повідомлення пацієнта на тлі велетенського обсягу щоденної інформації, і занурення у власні проблеми та турботи, які часто відволікають від концентрування на проблемах пацієнта. Та найістотнішими є фізіологічні причини – кожна людина думає значно швидше, ніж говорить, тому часто у лікаря виникає бажання прискорити темп висловлювань пацієнта, змусити його упустити деталі, які, на думку лікаря, не є важливими. Для підвищення ефективності слухання лікареві потрібно удосконалювати навички концентрації уваги, емоційного самоконтролю, роботи з інформацією. За необхідності засвоєння великого обсягу інформаційних повідомлень одним із способів концентрації уваги є вміння точно визначити, яка саме інформація необхідна у даній конкретній ситуації, для даного пацієнта. Ефективне застосування різних стилів слухання сприяє збереженню і розвитку міжособистісних взаємин лікаря і пацієнта.

Уміння слухати – це найважливіша умова і запорука продуктивного спілкування лікаря з пацієнтом. Не слід вважати, що слухання – це пасивна поведінка в розмові, тобто неговоріння, коли поки говорить один, інший лише мовчки очікує перерви в його монолозі, і, як тільки той замовкає, другий починає говорити про свої проблеми, або й перебиває першого, не дочекавшись, поки він закінчить. Хоча пацієнти досить часто сумирно сидять, поки говорить лікар, – зрозумівши, що він зробив паузу, починають говорити про свої проблеми, не пов'язані (принаймні очевидно) з хворобою пацієнта. Якщо лікар націлений на ефективну взаємодію з пацієнтом, він вислухає його, адекватно відреагує на почуте і лише тоді знову повернеться до проблем здоров'я пацієнта. Лікарям, які вміють слухати, пацієнти розповідають свої найбільш сокровенні таємниці, які часто допомагають виявити причину захворювання та з'ясувати психологічні проблеми, з ним пов'язані.

Слухання у лікарській взаємодії – це активний складний процес, у ході якого певним чином встановлюються зв'язки між лікарем і пацієнтом, виникає відчуття взаєморозуміння, яке робить його ефективним. Окрім здатності сприймати отриману інформацію,

у процесі слухання виникає зворотний зв'язок, завдяки якому пацієнт усвідомлює, що він розмовляє з живою людиною, яка слухає і розуміє його. Оскільки у кожному висловлюванні існує принаймні два змістовних рівні: інформаційний та емоційний, зворотний зв'язок може бути теж двох типів – відображення інформації та відображення почуттів пацієнта. Для підтвердження активного слухання лікар повинен застосовувати певні реакції: підкакування, повторення останнього слова або перефразування останньої фрази пацієнта, спонукання, ставити уточнюючі та навісні запитання, підказувати слова або фрази для закінчення речення, висловлювати емоції, робити логічні висновки з розповіді пацієнта, розпитувати його.

Переважно у слуханні пацієнта виявляється три складові: підтримка-вирозуміння-коментування. На етапі підтримки треба дати пацієнтові змогу висловитися, мовчати слухаючи, підкакуючи, повторюючи останні слова та виявляючи емоції. На етапі вирозуміння слід переконатися, що лікар правильно зрозумів пацієнта, для цього він задає уточнюючі, навісні запитання, робить парафрази. На етапі коментування лікар висловлює свою думку з приводу почутого: дає поради, оцінки, коментарі. Такий процес слухання пацієнта дає змогу досягти найбільш довірчого рівня спілкування, необхідного для ефективного лікувальної взаємодії.

Невміння слухати – не єдина причина порушень, що виникають у міжособистісному спілкуванні лікаря і пацієнта. Часто їх причиною стають т. зв. *комунікативні бар'єри*, що можуть виникати внаслідок особистісних особливостей як лікаря, так і пацієнта. Сором'язливість – це специфічна особистісна властивість, яка виявляється через стан нервово-психічного напруження і психічного дискомфорту, що може виникати у певних ситуаціях міжособистісного спілкування лікаря і пацієнта і утруднювати їх міжособистісно спілкування. Сором'язливість як якість, що переживається хворобливо, створює труднощі в установленні контактів, підтриманні і розвитку стосунків, негативно впливає на комунікацію, але у спілкуванні лікаря з пацієнтом часто призводить до неможливості отримати достатню інформацію для діагностування хвороби. Пацієнти соромляться розповідати лікареві про особливості свого статевого життя, про фізіологічні випорожнення, про психотравми, яких зазнали у дитинстві, та багато іншого. Уміння лікаря переконати пацієнта, що він може довіритися лікареві, який гарантує збереження лікарської таємниці, а також, що ставлення лікаря до пацієнта не зміниться в результаті його відвертості, значно пришвидшує процес збору анамнезу, а отже – й діагностування хвороби. Та що не менш важливо – цей етап спілкування відіграє значну психотерапевтичну роль, адже після висловлення своїх прихованих страхів, "грівів" та подолання бар'єру, який розділяє пацієнта з усім іншим світом, його настрої і самопочуття значно покращуються. Часто пацієнти говорять, що відверто розповідавши лікареві свої таємниці, вони відчувають відчуття самоочищення, як після сповіді священикові.

Кожному лікареві у своїй практичній діяльності неодноразово доводиться спостерігати прояви антинності, відчуження і самотності у пацієнтів. Ці відчуття у різній мірі в різні періоди життя притаманні кожній людині, та хвороба зазвичай загострює їх прояви і призводить до формування стійкої психологічної самотності, що виявляється у відчутті суб'єктивної від'єднаності, відчуження від своїх близьких. Незадоволення стосунками, намагання звести їх до формальних і поверхневих, напруженість, відчай, тут значно утруднюють процес міжособистісного спілкування пацієнта, а т.ч. з лікарем. Однак лікарі знають, що зазвичай така поведінка свідчить про прагнення пацієнта мати стійко довірливі особистісні стосунки із значущими іншими, і часто саме лікар "ламає кригу" відчуження пацієнта, після чого налагоджуються стосунки не лише з самим лікарем, а й з родичами пацієнта.

Часто на заваді ефективному спілкуванню лікаря з пацієнтом стають т. зв. *дефекти спілкування*, які полягають у свідомому згортанні контактів, спотворенні справжніх мотивів лікаря. Зазвичай цьому сприяють акцентуації характеру пацієнта, підвищений рівень тривожності та ригідність пацієнта. Лікар-психолог або психотерапевт, який працює у клініці, повинен допомогти пацієнтові подолати його підозрливість до оточення, не поступливість, дратівливість, метушливість тощо, навчити контролювати свої психічні стани з метою оптимізації стосунків із медперсоналом, а також для формування у самого пацієнта відчуття задоволеності своєю поведінкою, її наслідками.

Серед причин, що особливо обтяжують спілкування лікаря з пацієнтом, провідне місце посідає обман, тобто намагання пацієнта створити у лікаря хибне уявлення про пацієнта як про особистість, про ймовірні причини виникнення у нього хвороби, про його самопочуття і скарги. Прагнення до обману притаманне не лише пацієнтам з невротами, психопатією, підвищеним рівнем тривожності, а й тим, хто не спроможний протистояти стресогенному впливу хвороби. Тому такі пацієнти схильні до агресивної поведінки, гніву, а також відчуття жалю до самих себе.

Спілкування між лікарем і пацієнтом повинно бути ефективним через необхідність їх постійної міжособистісної взаємодії, скерованої на подолання хвороби. А для цього необхідні: взаєморозуміння, координація і узгодження намірів та інтересів пацієнта і лікаря. Взаємне уміння і бажання зрозуміти ситуацію, узгодити з нею вияв своїх емоцій і поведінку є необхідною умовою створення мікроклімату, сприятливого як для одужання пацієнта, так і для роботи лікаря. Оскільки лікар повинен у взаємодії з пацієнтом відігравати роль лідера, а також впливати на пацієнта, для нього потрібні такі якості: впевненість, наполегливість, комунікабельність, орієнтація на успіх, здатність до саморегуляції, працездатність, соціальний інтелект. Аналіз експериментальних даних психологів щодо здатності особистого впливу дає підстави зробити висновок про існування комплексу комунікативно-особистісних властивостей, необхідних лікареві, щоб успішно впливати на пацієнтів у лікувальній взаємодії, до якого входять: легкість у спілкуванні, навички спілкування, адаптивність, впевненість у висловлюваних думках і судженнях, афіліація, розуміння співрозмовника, соціальний інтелект. Звичайно, природа особистісного впливу складна й прямо залежить від темпераменту і типу особистості, а також від харизми лікаря. Оскільки далеко не кожен лікар наділений якостями, необхідними для ефективного впливу на інших людей, у професійній діяльності вдаються до певних стратегій впливу, які у кожен конкретний момент доцільно застосовувати щодо конкретного пацієнта.

Для *емоційно-вольового впливу* на пацієнта лікар повинен володіти здатністю заряджати енергією інших людей (особливо пацієнтів), використовуючи для цього різноманітні засоби – від посмішки до суворого наказу, впливати на пацієнтів своїм ставленням до них, їхньою поведінкою, а також – власним прикладом. Водночас лікар повинен бути вимогливим, постійно, але гнучко скеровуючи поведінку пацієнтів та їхні думки у русло позитивної налаштованості щодо одужання. При цьому слід доброзичливо, докладно і аргументовано аналізувати і оцінювати поведінку пацієнтів, підкреслюючи всі їхні успіхи та вказуючи на помилки і недоліки.

Як і у кожному спілкуванні, у спілкуванні з пацієнтами лікарі застосовують імперативну, маніпулятивну або розвиваючу стратегію спілкування. Застосування імперативної стратегії виправдовує себе у випадках необхідності надання пацієнтові негайної допомоги; коли пацієнти не виконують приписів лікаря; при лікуванні пацієнтів з вираженими ознаками тривожності та невпевненості у собі. Маніпулятивна стратегія впливу, на першій погляд, досить приваблива при роботі з пацієнтами, які не впевнені у необхідності лікування, у власних силах, у досвіді лікаря, даючи короткотривалий бажаний ефект –



підкорення розпорядженням лікаря – уже неадекватно призводить до прагнення пацієнта від'їхатися від лікаря, тобто пацієнт перестає виконувати його приписи і намагається уникати спілкування з ним. Тому застосування такої стратегії виправдане лише у випадку необхідності отримання негайного, але короткотривалого підпорядкування і підкорення лікареві, що можна спостерігати переважно при гострих афективних станах. Найбільш прийнятною у роботі з пацієнтами є розвиваюча стратегія спілкування, коли лікар ставиться до пацієнта як до рівноправного суб'єкта спілкування, визнаючи за ним право у разі потреби переконувати пацієнта у їхній хибності або неможливості виконання, тобто стосунки лікаря з пацієнтом є симетричними. Головним чинником впливу у цьому випадку виступає переконання, безпосередньо пов'язане з особистим впливом лікаря як здатністю спонукати або стримувати пацієнта. Лікар може застосовувати логічне переконання, апелювати до загальносоціальних авторитетів тощо.

Намагаючись впливати на пацієнта, лікар повинен пам'ятати, що, окрім його здатності їх переконувати, слід використовувати й традиційне сприймання образу лікаря як людини, яка володіє достатніми знаннями і навичками, необхідними для надання допомоги іншим людям. Незважаючи на те, що формування образу лікаря не завжди супроводжується глибоким проникненням у його внутрішній світ та адекватною оцінкою або розумінням його особистості, вона передусім розумінню пацієнтом особистісних особливостей лікаря. Кожен пацієнт, створюючи образ лікаря, формує певну установку, визначає емоційне і пізнавальне ставлення до нього і намагається згідно із своїми уявленнями регулювати власну поведінку у процесі їхньої взаємодії. Елементи фізичної постачки, зовнішності або експресії виступають у формуванні образу лікаря як багатозначні соціальні сигнали, що пояснюють, хто ця людина зб'єгом, досвідом, переконаннями, що вона відчуває у даний момент, як налаштована, який рівень її культури і естетичних смаків, чи впевнена вона у собі, чи комунікабельна тощо. Значайно, інформація, яку отримують при сприйманні образу іншої людини, не завжди ними усвідомлюється, оскільки вона є фундаментом у побудові образу іншої людини, лікар, спілкуючись із пацієнтом, теж несамовіть створює в уяві його образ. Створення образу пацієнта не лише полегшує міжособистісну взаємодію з ним, а й допомагає точніше виявити усі порушення, наявні у фізичному та психічному стані пацієнта. Для раціонального розуміння пацієнта слід накопичувати, систематизувати вербалізовану інформацію про них і оперувати цими даними для досягнення максимальної відповідності суджень, оцінок, уявлень про пацієнта, а також його особистісних якостей, рис, мотивів, що дають змогу оцінювати пацієнтів і прогнозувати їхню поведінку. Намагаючись краще зрозуміти пацієнта, слід не лише неупереджено оцінити пред'явлені особистісні риси, а й намагатися доповнити їх інтуїцією, рефлексією, емпатією. Інтерпретуючи поведінку пацієнта, не можна забувати про неприпустимість каузальної атрибуції, тобто приписування причин поведінки пацієнта, недооцінюючи роль ситуації хвороби і переоцінюючи значення його особистісних рис.

На успішність спілкування лікаря з пацієнтом впливають такі фактори:

- уміння і бажання працювати для отримання бажаного результату (одужання пацієнта або покращання його стану);
- бажання і здатність нести відповідальність і приймати рішення, скоровані на отримання бажаного результату;
- готовність змінювати стратегії і тактики лікування в інтересах пацієнта;
- готовність до співпраці з колегами, пацієнтом та його близькими;
- мистецтво приймати швидкі рішення;
- здатність передбачати майбутнє;

- широкий світогляд;
- чуття ситуації;
- здатність бачити, виокремлювати головне;
- наполегливість;
- уміння управляти своєю думкою та думкою пацієнта;
- повага до інших;
- здорове марнославство.

Ефективність спілкування засновується та таких складових: психологічна вибірковість, практично-психологічний розум, психологічний такт.

Психологічна вибірковість лікаря – це здатність швидко і глибоко вникати у психологію пацієнта та відображати її, змінюючи тон і форму спілкування, засоби і методи впливу. Цьому процесу у значній мірі сприяє емпатія – здатність уявно поставити себе на місце пацієнта, яка допомагає скласти швидко і точну психологічну характеристику пацієнта, пояснити поведінку і вчинки – як пацієнта, так і свої власні щодо пацієнта.

Практично-психологічний розум дає змогу проводити лікування пацієнта та спілкуватися з ним, враховуючи його індивідуальні особливості, швидко орієнтуватися в ситуаціях, що вимагають практичних дій.

Особливо важливий у взаємодії лікаря з пацієнтом психологічний такт – уміння знайти підхід до кожної людини, встановити з нею довірчі стосунки і ефективно взаємодіяти. Це вимагає уміння знайти відповідну форму спілкування, тон розмови залежно від психологічного стану та індивідуальних особливостей пацієнта. Чуйність, уважність до пацієнтів, простота і природність у звертанні, об'єктивний підхід до людей – якості, що особливо важливі для лікаря.

Для ефективного процесу лікувальної діяльності лікар повинен також володіти навичками вироблення і прийняття рішень, для чого застосовувати у практичній діяльності аналіз отриманих даних, передбачати ймовірний перебіг хвороби та її результати, бути готовим адекватно відреагувати на будь-які зміни у процесі лікування пацієнта, виявляти чутливість до всіх змін у поведінці та самопочутті пацієнта, уявляти процес психічного перетворення особистості пацієнта під час лікування, а також сприймати, розуміти та оцінювати пацієнтів і процес лікування такими, як вони є. Оскільки у взаємодії "лікар – пацієнт" лікар виконує роль керівника, стосунки з пацієнтами вибудовуються залежно від особистісних особливостей лікаря та пацієнта. Вони можуть бути авторитарними, якщо лікар бере на себе усю відповідальність за життя і здоров'я пацієнта, не враховуючи його особистісних потреб, прагнень і переконань; ліберальними – коли лікар висловлює стандартно-формалізовані рекомендації, залишаючи за пацієнтом можливість обрання стратегій поведінки; демократичними – коли лікар обговорює з пацієнтом стратегії і тактики лікування, обираючи прийнятні – як з позиції лікувального впливу, так і з позиції готовності до них пацієнта, а за необхідності лікар намагається переконати пацієнта щодо зміни його точки зору, ґрунтуючись на доцільності, необхідності та прийнятності такої тактики. Найбільш ефективним, звичайно, є демократичний стиль. Авторитарний стиль поведінки лікаря зазвичай свідчить про значний ступінь вираженості його професійного деформування, а ліберальний – вказує на емоційне вигорання лікаря. Однак у деяких випадках саме застосування авторитарного стилю може врятувати життя пацієнта, а ліберального – спонукати його до необхідності виявляти більшу відповідальність за власне життя і здоров'я.

#### 4.6. Професійна деформація лікаря

Кожна професійна діяльність людини, яка посідає значне місце в житті дорослої людини, ґрунтується на принципі єдності свідомості, діяльності та особистості, а отже,

сприяє формуванню важливих професійних якостей особистості, та водночас може призвести до особистісних розладів. Під впливом професії в особистості відбуваються активні якісні зміни, які можуть не лише змінити її спосіб життя, а й вплинути на особистісний розвиток. Зрозуміло, що в результаті з'являються не лише позитивні зміни, а й формується значна кількість негативних змін – відбувається так звана професійна деформація особистості.

У професіях, пов'язаних із взаємодією "людина – людина", важливе значення має орієнтування на іншу людину як рівноправного учасника цієї взаємодії. Особливо істотний вплив як на долю самого лікаря, так і на долю його пацієнта чинить здатність лікаря до гуманістичної взаємодії.

На думку Р. Конечного і М. Боухала, особливо схильними до професійної деформації стають фахівці, які мають значну і слабо контрольовану владу над людьми. Фактори, що призводять до професійної деформації, можна поділити на три групи (Буданов О. В.):

- Фактори, зумовлені специфікою діяльності (регламентація діяльності, що призводить до її формалізації з елементами бюрократизму; наявність значної влади щодо інших людей, що часто виявляється у зловживаннях; корпоративність діяльності, яка стає причиною психологічної ізоляції і відчуження від соціуму; підвищена відповідальність за результати своєї діяльності; психічні і фізичні перенавантаження, пов'язані з нестабільним графіком роботи; екстремальність діяльності; необхідність у процесі професійної діяльності контактувати з представниками різних верств населення, що може призводити до засвоєння елементів певної субкультури).
- Фактори, що відображають особливості особистості (рівень домагань, неадекватний до рівня можливостей, та завищені особистісні очікування; недостатня професійна підготовка; тривалий професійний стаж роботи; професійні установки (сприймання усіх видів людей як пацієнтів); зміна мотивації діяльності (втрата інтересу, розчарування).
- Соціально-психологічні фактори: (неадекватний стиль керівництва; несприятливий вплив найближчого соціального оточення; низька суспільна оцінка діяльності).

Професійна деформація лікаря розвивається поступово, починаючи з його професійної адаптації. Однією з перших ознак такої адаптації стає зниження емоційного сприймання і реагування на страждання та смерть іншої людини. В лікаря з значним стажем роботи зазвичай спостерігається практично беземоційне ставлення до своїх пацієнтів, та водночас зберігається здатність до емпатії та повага до пацієнта, його переживань, його хвороб та його перспектив. В окремих випадках при значних професійних деформаціях з'являється ставлення до пацієнта як до "цікавого об'єкта дослідження", у якого наявні певні симптоми.

Не менш важливою деформацією лікаря виникає внаслідок соціальних причин, адже робота лікаря пов'язана з необхідністю дотримання численних норм, правил та інструкцій, що регламентують його фахову діяльність. Намагання чітко дотримуватися вимог інструкцій, які не завжди відповідають, а часто навіть суперечать знанням і досвіду лікаря, також сприяють виробленню формального підходу до пацієнта не як до цілісної особистості, а як до об'єкта, на певну частину якого необхідно здійснити вплив.

Та найбільш значимим є вплив на особистість лікаря, його переконаність (часто підкріплена сторонніми оцінками та міфологізацією фаху) у власній могутності і владі над іншою людиною, її життям та долею. Протистояння подібній деформації вимагає від лікаря постійної критичної оцінки та самооцінки власних професійних досягнень, безперервного порівняння з визначними лікарями, а головне – здатності критично та іронічно

ставитися до самого себе. Оскільки сама професійна діяльність лікаря постійно переконує його в його могутності, таке протистояння лікар зазвичай програє. Впевненість у власній непогрішимості та всесильності за ступенем вираженості майже відповідає невпевненості у своїх званнях та навичках випускника медичного вузу.

Зважаючи на те, що лікар одночасно працює з двома реальностями: неживою (бюрократична формалізованість діяльності) і живою (життя пацієнтів та власне) у нього виникає спокуса їх ототожнити, що створює ілюзію простоти. У цьому випадку лікар переживає лише прості почуття, не постає перед проблемою вибору, не сумнівається у своїх діях та переконаний у їх наслідках, тобто його свідомість стає практично статичною.

Усе перелічене свідчить про значний вплив професійної деформації на особистість лікаря. Професійна деформація – це зміна властивостей людини: характеру, поведінки, стилю спілкування, стереотипів сприймання, ціннісних орієнтацій, які настають внаслідок тривалої професійної діяльності.

Професійна деформація лікаря виявляється як у його професійній діяльності, так і поза нею. Якщо ж йдеться про професійну деформацію психолога (в т.ч. і лікаря-психолога та психотерапевта), а також лікаря-психіатра, то слід зазначити певні особливості. По-перше, професійна деформація у психологів часто пов'язана з наявністю особистісних особливостей, схильностей, що існували й раніше, як-от: надмірна цікавість до життя та переживань інших людей, зверхність щодо них, прагнення керувати або маніпулювати їхнім життям. В результаті професійної діяльності психолога ці особливості та схильності стають більш окресленими. Серед позитивних змін особистості психолога варто відзначити підвищення комунікативних здібностей, змін особистості самопізнання та особистісного росту. Та значно більше можна відзначити змін, які створюють труднощі як для самого психолога, так і для його оточення.

Першою такою зміною варто назвати схильність психологів (особливо молодих) у будь-яких подіях намагатися віднайти психологічні причини, що до них призвели. Це особливо небезпечно для медичних психологів, які намагаються кожну хворобу пояснити лише впливом психологічних чинників. Така переконаність може призвести до відмови пацієнта від традиційного медикаментозного лікування на користь психотерапії, а у випадках соматичних розладів подібна поведінка створює реальну загрозу для здоров'я і життя пацієнта. Адже після кількох сеансів психотерапії або психокорекції пацієнт зазвичай почуває себе значно краще – він позбувся тягаря тих проблем, який гнітив його протягом тривалого часу, усвідомив свою відповідальність за прийняті рішення, переосцінив зроблені вибори та змінив самооцінку. Внаслідок цього з'являється суб'єктивне відчуття легкості, задоволення – взаємовплив між психічною та соматичною сферою особистості загальновідомий. Але це часто створює у пацієнтів відчуття одужання, а отже – вони уникають медикаментозного лікування. Також слід зазначити, що багато молодих фахівців, переконаних у своїх непересічних талантах і уміннях, намагаються у кожній людині "експрес-методом" діагностувати її проблеми та негайно схилити її до їх вирішення. Роздають поради та рекомендації людям, які їх не просять, не потребують, а часто й уникають, не лише молоді психологи, а й значна кількість досвідчених фахівців, що свідчить про наявність у них вираженої професійної деформації.

Іншою істотною зміною особистості психолога можна назвати втрату відчуття новизни та фаховий цинізм. Зрозуміло, що, внаслідок праці з великою кількістю людей, які довіряють психологові свої думки та переживання щодо різноманітних життєвих ситуацій, з часом притуплюється здатність в особистому (та й у професійному) житті дивуватися певним подіям і вчинкам. Перенесення у власне життя емоцій сторонніх

людей позбавляє змоги самого психолога повноцінно відчувати власні проблеми, переживати власні емоції, пов'язані з його особистісними переживаннями, а натомість лише намагатися проаналізувати їх, виявити можливі негативні впливи та спробувати їх усунути. Таке ставлення у поєднанні з прагненням відсторонитися від складних життєвих ситуацій своїх пацієнтів породжує т. зв. цинічну поведінку психолога, коли він намагається зменшити емоційний вплив професійних та особистісних проблем, заміняючи його відрагування іншими (переважно змішаними) реакціями. Така поведінка виступає як свого роду захисна реакція для самого психолога та спонукає пацієнта переглянути своє ставлення до проблеми. Та в особистому житті вона зазвичай викликає різке неприйняття близьких та призводить до емоційної ізоляції самого психолога.

На місці небезпечним (але вже для самих психологів) є намагання конструювати виправдання для себе на всі випадки життя, тобто раціоналізації усіх життєвих проблем, власних, близьких людей та пацієнтів. Створивши хибне уявлення про "зрозумілість" для нього будь-яких вчинків, психолог часто потрапляє у безвихідну ситуацію, адже, володіючи психотерапевтичним понятійним апаратом, він намагається пояснити усі події та вчинки, а в результаті виявляється, що кожне наступне пояснення спростовує попереднє. Окрім того, психологи часто створюють для себе т. зв. доміну (чи психологічну) норму, згідно з якою й намагаються себе поводити, не дозволяючи собі опітанно виявляти власні почуття, емоції та переживання – вони вважають, що таким чином проводять "самопсихотерапію".

Професійна деформація, що полягає у надмірному намаганні не лише постійно надавати допомогу всім, хто її потребує, а й поводитися згідно з уявними нормами психологічно зваженої поведінки, зазвичай виникає внаслідок як побутового ставлення до психолога як до людини, яка все знає, розуміє, а отже, повинна поводити себе так, щоб було зручно її оточенню, так і в результаті надмірної вимогливості до самого себе та можливості надавати допомогу іншим.

Практичні психологи та психотерапевти знають про ці та інші небезпеки їхньої професійної діяльності і намагаються її уникнути. Обов'язковою вимогою до кожного практикуючого психолога є періодичне проходження власної психотерапії, що зазвичай дає змогу виявити усі сформовані деформації та спробувати раціонально їх подолати.

Подібну обов'язкову психотерапію доцільно проводити й усім практикуючим лікарям, як це прийнято у країнах ЄС та США, де при кожній клініці працює велике психотерапевтичне відділення, у якому не лише лікують пацієнтів з психічними розладами та надають консультативну, психокорекційну та психотерапевтичну допомогу усім пацієнтам соматичних відділень, а й організовують групову та індивідуальну психотерапію для всього медичного персоналу клініки. Однак внаслідок усталеного зверхнього ставлення лікарів-інтерністів до психологів та психіатрів і значної професійної деформації, яка не дає змоги визнати необхідність подібної терапії, в Україні подібної практики поки що не існує.

#### 4.7. Синдром емоційного вигорання у лікарів та психологів

Внаслідок тривалого впливу професійних стресів різної інтенсивності може виникати синдром емоційного вигорання (згоріння). У першу чергу це стосується альтруїстичних спеціальностей, до яких належить професія лікаря, і особливо – лікаря-психолога. Сучасна психологічна наука розглядає синдром емоційного вигорання як процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергій, що виявляється у певних симптомах (вираження, відчуття втоми), а також відстороненням особистості та зникненням задоволення від виконання професійних обов'язків.

Професія лікаря вимагає від фахівця не лише професійної майстерності, а й великої емоційної віддачі. Ще у XVII ст. голландський лікар ван Туль-Пен запропонував символічну емблему медичної діяльності – палаюча свічка і девіз: "Світіячи іншим, згоряю сам".

"Синдром емоційного вигорання – фізичні, емоційні та пізнавальні симптоми, які відчуває фахівець, неспроможний ефективно справитися зі стресом, викликаним обмеженнями, що стосуються його цілі та особистої кар'єри" (Kovacs).

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) синдром емоційного вигорання віднесено до рубрики Z73: "Проблеми, пов'язані з труднощами управління своїм життям". Schaufeli та Marek визначають синдром емоційного вигорання як відчуття емоційного та фізичного виснаження у поєднанні з відчуттям невдачі та розчарування. Перші дослідницькі праці з цієї проблеми з'явилися в США. У 1974 р. американський психіатр Н. Freudenberger, досліджуючи проблему розчарування, надмірної перевтоми та деморалізації у лікарів-психіатрів, назвав даний феномен "burnout" (з англ. – вигорання, знемога, виснаження). Психологічні стани здорових людей, які перебувають в емоційно напруженій атмосфері в момент надання професійної допомоги – інтенсивно та тісно спілкуються з клієнтами або пацієнтами – відзначаються певною асиметрією через значний рівень відповідальності, який на них покладено щодо життя та здоров'я пацієнтів. Через кілька років американський психолог К. Maslach визначила цей стан як синдром фізичного та емоційного виснаження: поява негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрата розуміння і співчуття до пацієнтів чи клієнтів. До групи ризику щодо формування синдрому емоційного вигорання відносять лікарів, психотерапевтів, соціальних працівників, психологів, а також юристів, міліціонерів, пожежників, рятувальників внаслідок їх постійного (чи частого періодичного) зіткнення зі смертю та стражданнями, негативними переживаннями інших людей, особистісним залученням у вирішення їхніх проблем та підтримки у важких життєвих ситуаціях, адже у багатьох випадках неможливо залишатися емоційно не включеним у ситуацію.

Коли говорять про професійну придатність лікаря чи психолога, нечасто згадують про неодмінну, на нашу вимогу, – емоційну зрілість, цілісність особистості, готовність не лише вирішувати фахові завдання, а й адекватно емоційно їх відреагувати, максимально не допускаючи особистісного залучення. Зважаючи на складність протистояти виснаженню, протидіяти згорянню у лікарській діяльності, яка зазвичай потребує орієнтації на іншу людину і значного творчого потенціалу – саме віддані своїй справі, енергійні та наполегливі лікарі зазвичай страждають на синдром емоційного вигорання.

При синдромі "емоційного вигорання" у фахівця настає своєрідне зникнення або деформація емоційних переживань, котрі є невід'ємною частиною усього нашого життя (Т.В. Форманюк). Симптоми розладу багато в чому подібні до симптомів хронічної втоми, і саме вони призводять до подальшої професійної деформації лікаря. Синдром емоційного вигорання – це емоційне виснаження, неможливість співпереживати. Раніше лікарі дуже рідко визнавали, що тривожність, репресивність, низька самооцінка та інші психологічні проблеми спостерігаються не лише у їхніх пацієнтів, а й у них самих. "Лікарі... страждають від значного особистісного дистресу, але їм важко розкритися перед кимось за межами родини чи кола друзів. Особливість лікарської професії – заперечення проблем, пов'язаних зі здоров'ям" (King). Це призводило до вкрай незадовільного рівня діагностування емоційного вигорання у лікарів, а як наслідок – зниження їх працездатності, конфліктності на роботі та вдома, формування у них психосоматичних та психічних розладів, схильності до девіацій, абсентеїзму.

Спершу синдромом емоційного вигорання називали кожен стан знемоги і виснаження у поєднанні з відчуттям власної непотрібності або меншовартості та

безрезультатності будь-яких зусиль. Згодом симптоматика синдрому значно розширилася за рахунок психосоматичних та психічних компонентів. Сучасні дослідження дедалі частіше пов'язують синдром емоційного вигорання із психосоматичним самопочуттям, а відтак, станом, що передуює хворобам. Можна виокремити такі ознаки синдрому емоційного вигорання: відчуття втоми і виснаження після активної професійної діяльності, поява психосоматичних розладів (коливання артеріального тиску, головний біль, біль у спині та м'язах, порушення функціонування кишечно-шлункового тракту та серцево-судинної системи, безсоння), також лікарі відзначають появу негативного ставлення до пацієнтів та колег і негативну налаштованість до виконуваної діяльності, що виражається у роздратованості та агресивності у поведінці. Зникає потяг до фактового та особистісного удосконалення, з'являється схильність до прийняття традиційної форми знання, шаблонних дій, ригідність операцій мислення. В результаті формується стійке негативне ставлення до самого себе, відчуття провини, що призводить до підвищеної тривожності, песимістичної налаштованості і репресивності.

Слід розуміти, що синдром емоційного вигорання виступає у ролі механізму психологічного захисту особистості, який виявляється певним або частковим пригніченням емоцій у відповідь на психотравмуючі впливи. У цьому випадку "вигорання" можна розглядати як функціональний стереотип, оскільки як захист він дає змогу дозволано використовувати емоційні ресурси, а отже, це набутий стереотип професійної поведінки.

Однак внаслідок конкретних обставин одночасно можуть виникати і дисфункціональні наслідки. У такому разі "вигорання" негативно відбилася на виконанні професійної діяльності й ставленні до оточуючих чи колег, тому в літературі цей синдром часто називають "професійним вигоранням". Такий підхід дає змогу розглядати характерну симптоматику в межах особистої деформації, що розвивається під впливом професійних стресів.

#### Стадії емоційного вигорання

Дж. Грінберг пропонує розглядати емоційне вигорання як прогресуючий процес, у якому можна виокремити такі етапи:

- Працівник спершу задоволений роботою, працює з ентузіазмом, та по мірі накопичення робочих стресів діяльність починає приносити все менше задоволення і працівник стає менш енергійним.
- З'являються втоми, апатія, можуть виникнути проблеми зі сном. За відсутності додаткової мотивації і стимулювання працівник втрачає інтерес до самої лікарської діяльності та до її результатів. У цей період з'являються порушення трудової дисципліни і намагання уникнути виконання професійних обов'язків.
- В результаті надмірних фізичних та емоційних навантажень лікар відчуває виснаження, у нього опостерігають надмірну дратівливість, репресивність, схильність до психосоматичних розладів або травматизації.
- Психосоматичні розлади набувають хронічного перебігу, у зв'язку з чим лікар втрачає працездатність, що призводить до поглиблення депресії та зростання агресивності (в першу чергу аутоагресії).
- Фізичні та психологічні проблеми лікаря унеможливають його професійну діяльність і можуть спровокувати формування важких соматичних та психічних розладів.

Відмінність емоційного вигорання від інших форм емоційної ригідності, на думку В. В. Бойка, полягає у його прямій залежності від виду діяльності. На його думку це механізм психологічного захисту, що полягає у повному або частковому виключенні емоцій у відповідь на вплив психотравмуючих факторів і дає змогу особистості осяжно використовувати власні енергетичні ресурси. А отже – вигорання є конструктивним проявом психіки, але його наслідки мають ознаки деструктивності внаслідок ускладнень у професійній діяльності та професійних стосунках, що призводить до професійної деформації.

На думку С.Д. Максименка, якщо людина обирає професію лікаря за покликанням, довіряється природній обдарованості серця і розуму, то внутрішні емоційні переживання професійної діяльності – це велична людська драма. Поглибивши питання синдрому емоційного вигорання і говорячи про емоційні переживання, ми торкаємося сфери проблеми внутрішнього стресу, який відбувається щоразу під час контакту лікаря і пацієнта. У справжнього лікаря душевна драма – це драма професійна, що вступає у протиріччя з особистістю. Існує своєрідний трансфер, що переноситься від хворого на лікаря, який "вбирає" негативні переживання і мусить вивести пацієнта зі стану тривоги, страху смерті, паніки, а отже – емоційно лікар сам себе веде до стресу, який сприяє розвитку синдрому емоційного вигорання. Тобто, лікар "вигоряє" професійно, знищуючи себе емоційно.

Існує тісна взаємодія між професійним "вигоранням" і мотивацією діяльності. В такому контексті до психічного перенапруження найбільше схильні люди, які працюють із високою самовіддачею та відповідальністю. З огляду на це синдром емоційного вигорання можна розглядати як результат розрядки стресу на робочому місці. При цьому слід зазначити, що професійна специфіка відбивається на певному рівні стресогенності окремих чинників. Наприклад, якщо йдеться не про терапевтичну кардіологічну допомогу, а роботу кардіолога-хірурга, то акценти фахівця зміщуються на необхідність збалансовано підходити як до пацієнта, так і до самого себе. Душевні сили спрямовуються на блокування особистістю негативних переживань, сконцентрованість на тверезості суджень, раціональність вчинків, – все це допомагає прийняти адекватне рішення і досягти конкретної мети кардіологічного оперативного втручання.

У ситуації, що розглядається, негативними є переживання, пов'язані з недосяжністю "внутрішнього стандарту". Переживається не сам професійний стан операційного періоду, а вже пережитий стан. Такий подвійний рівень емоцій призводить до напруженого психічного стану, коли переживається не те, що відбулося, а те, як усе відбувалося: рефлексія щодо помилок, того, що могло трапитися, що можна було зробити краще і т. д.

Тривалий стрес призводить до виразних симптоматичних порушень у психічній, соматичній і соціальній сферах життя, тому профілактика, лікувальні й реабілітаційні заходи повинні бути спрямовані на усунення дії стресора: зниження й усунення напруженості на роботі, підвищення професійної мотивації, встановлення балансу між витраченими зусиллями й отриманою винагородою. Пильну увагу слід приділяти і зниженню негативного впливу основних організаційних чинників, що суттєво впливають на тривалість і глибину стресу лікаря. Окрім високого робочого навантаження, до них належать відсутність або незадовільна якість соціальної підтримки з боку керівництва та колег, неналежна винагорода праці, неможливість впливати на прийняття важливих фахових рішень, некоректні та неоднозначні вимоги, одноманітна праця протягом тривалого часу без повноцінного відпочинку тощо.

Для профілактики емоційного вигорання при виявленні перших ознак розладу психологі рекомендують застосовувати певні прийоми саморегуляції та допомоги, яка ґрунтується на створенні відповідного рівня комунікації: інформування про причини та ознаки вигорання, неформальне спілкування, емоційна підтримка у групах (наприклад, у Баллінівських).

Щодо індивідуального рівня особистості, то тут допомога психолога або психотерапевта повинна бути скерована на те, щоб лікар м'яко пережив стрес. Для цього обов'язково слід враховувати психологічну конституцію і реакції особистості, наявність захворювань тощо.

Психологи наголошують на цілісності та стійкості структури особистості людини, якій властивий пошук шляхів захисту від деформації. Синдром емоційного вигорання –



само єдин із таких способів психологічного захисту, профілактика якого охоплює значно ширшу сферу системи взаємодії "людина – людина", ніж суто медичну проблему.

Щоб лікар не став заручником хворобливого стану пацієнта, слід поступово змінювати парадигму мислення пересічного громадянина в цілому. І пацієнт, і лікар повинні усвідомлювати, що суттєва роль у боротьбі з хворобою і відповідальність за життя і здоров'я належить насамперед самому пацієнту. Це вже інша установка, інше зміщення акцентів лікувального процесу між двома суб'єктами.

## 4.8. Психологічні аспекти роботи медичного психолога

### Особливості роботи медичного психолога у клініці загальної хірургії

Особливістю роботи хірурга полягає в тому, що він постійно повинен вартувати дуже серйозні та складні проблеми, за якими стоїть життя і здоров'я пацієнта. Це не тільки діагностика, але й визначення ступеня ризику операції, доцільності тих чи інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, одержання згоди хворого і його родичів на термінове хірургічне втручання і т. д. Звичайно, прийняття таких рішень вимагає від хірурга великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння міри відповідальності перед хворим. У складнішому становищі хірурга те, що він, не маючи права гарантувати абсолютного успіху, повинен знайти можливості зниження ступеня операційного ризику, а у випадках, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це. Чим більшими стають досягнення хірургії, тим вищими – вимоги до хірургів.

Робота медичного психолога у хірургічному відділенні в першу чергу полягає у спільній з хірургом боротьбі з тривожністю пацієнта, його страхом перед операцією, страхом смерті, страхом майбутнього. Перед операцією доцільно (бажано спільно з хірургом та анестезіологом) у загальних рисах пояснити йому, у чому полягає суть втручання, його необхідність, які функціональні зміни відбудуться в організмі після оперативного втручання. Намагаючись налаштувати пацієнта на позитивний результат і вселити в нього надію на одужання, водночас обов'язково слід попередити його про можливі ризики.

Після проведення оперативного втручання психокорекційна допомога пацієнтові на менш важлива, ніж перед ним. Зважаючи на істотне психологічне потрясіння, яке пережив пацієнт, його психологічні особливості, медичний психолог спільно з хірургом повинен щоденно його відвідувати у післяопераційному блоці, намагаючись допомогти прийняти свій новий статус та зміни, які на нього чекають у майбутньому, а також не пропустити перших симптомів формування психічних розладів та негайно почати їх лікування.

**Особливості роботи медичного психолога у клініці травматології та ортопедії** зумовлені, в першу чергу, специфікою особистісних, ситуаційних особливостей пацієнтів із захворюваннями й ушкодженнями опорно-рухового апарату та їх лікування.

Початок захворювання під час травм раптовий, а при ортопедичній патології – має тривалий перебіг з тенденцією до погіршення і часто починається від народження. У переважній більшості випадків тривалість терміну лікування та подальшої реабілітації дуже значна, а пацієнти під час хвороби обмежені у своїй трудовій, соціальній та особистій активності та очікують їх швидкого і повного відновлення. І, врешті, при деяких ортопедичних хворобах (часом і при травмах) захворювання супроводжується вираженням болювими синдромом, а також може призвести до виникнення косметичних дефектів.

Усі перелічені причини істотно впливають на особливості міжособистісних стосунків з ортопедичними і травматологічними хворими і медичного персоналу та родичів пацієнта.

Медичний психолог повинен у своїй роботі допомагати ортопедові-травматологу проводити бесіди з пацієнтами, в яких його ознайомлюють з методами лікування, перспективами на відновлення функцій опорно-рухового апарату, а також зі змінами у житті пацієнта, зумовленими їх втратою. Оскільки серед пацієнтів травматологічного відділення перебуває значна кількість молодих, соматично здорових людей, які ще не були на тривалому стаціонарному лікуванні, звикли до активного способу життя і, звичайно, до самостійного задоволення своїх потреб, пов'язаних з опорно-руховим апаратом, – через залежність від оточення, тривалу бездіяльність та неможливість прогнозувати подальше життя, у них часто виникають значні психічні розлади. Зазвичай вони виявляються в афективних реакціях, що утруднює адекватне проведення лікування та реабілітації цих пацієнтів.

Спілкування пацієнтів травматологічного відділення з близькими переважно зумовлене можливістю отримання ними вторинної вигоди, та водночас може набувати ознак інфантильності, агресивності чи пригнічення. Окрім того, тривале перебування в одному приміщенні із сторонніми (і часто неприємними для них) людьми лише посилює маніфестацію психопатологічних симптомів. Зважаючи на це, робота медичного психолога повинна бути скерована також на налагодження стосунків між пацієнтами та з родичами. А також корисними виявляються індивідуальні психокорекційні бесіди, скеровані на усвідомлення пацієнтом минулості його стану обмеженої активності, а також на оптимізацію загального психологічного стану пацієнта, яка сприятиме його швидшому одужанню та поверненню працездатності.

Оскільки деонтологічний "клімат" не лише впливає на емоційний стан, фізіологічний тонус хворого, а й відбивається на результатах лікування, в обов'язки медичного психолога у хірургічному відділенні також входить налагодження оптимальних стосунків між працівниками. Виявлення недружніх стосунків, інших елементів суб'єктивного ставлення одне до одного не повинні впливати на якість роботи хірургічної бригади. Проведення тренінгів спілкування, індивідуальна психокорекційна робота з персоналом та рекомендації щодо ротации кадрів – необхідний елемент роботи медичного психолога у хірургічному стаціонарі, який дасть змогу завдяки сприятливому психологічному клімату у відділенні забезпечити умови для безконфліктної професійної діяльності.

**Особливості роботи медичного психолога у клініці онкології** ґрунтуються на необхідності добитися беззаперечної довіри хворого до лікаря та запропонованих ним методів лікування. Зважаючи на нез'ясованість етіології злоякісних новоутворень, багато онкологічних хворих, відчуваючи страх перед смертельною хворобою, важким і болючим лікуванням, сумнівними перспективами, намагаються знайти допомогу за межами лікувальних закладів. Тому чи не першим завданням медичного психолога у клініці онкології є намагання допомогти пацієнтові повірити в офіційну медицину і позбутися міфічних уявлень про "чудодійні" одужання, а також спростувати думку про невиліковність злоякісних новоутворень.

У кожного онкологічного пацієнта після встановлення діагнозу формуються значні патопсихологічні негативно забарвлені симптоми: депресія (часто з суїцидальними тенденціями), агресія та аутоагресія, пригніченість, зневіра, страх смерті та інше. Онкологи часто спостерігають важкі емоційні реакції на захворювання злоякісними новоутвореннями, психологічно пов'язаними з уявленнями про невиліковність цих хвороб. Одні хворі більше схильні до переляку, паніки і при пропозиції госпіталізації впадають у депресивний стан. Інші хворі – приховують свої переживання від сторонніх, що зазвичай призводить до важких форм депресії, яка лише ускладнює лікування пацієнта.

Період перебування хворих у стаціонарі пов'язаний із значним пригніченням пацієнта. Хворі гостро реагують як на власний стан здоров'я, так і на стан і долю сусідів по

пацієті. Тому дуже важливо допомогти медичному персоналу стаціонару створити сприятливу деонтологічну ситуацію, щоб пацієнти, спостерігаючи за злагодженою, чіткою і самовідданою роботою медичних працівників, а також відчуваючи їх підтримку і віру в одужання, могли й самі стати більш упевненими в успішному результаті лікування.

Важливо пам'ятати, що реакції страху і гніву – прояви самої хвороби, тому доцільне застосування седативних препаратів та індивідуальної (особливо групової) психотерапії. Лікування онкологічного хворого передбачає надання психотерапевтичної допомоги не лише йому, а і його близьким. Визначена деонтологія передбачає оголошення точного діагнозу, його можливих ускладнень та прогнозу щодо тривалості життя не пацієнтові, а його близьким. Західна практика намагається повідомляти пацієнтові усю необхідну інформацію щодо його хвороби. Обидва варіанти мають свої переваги і недоліки. При першому – пацієнт має менше підстав до зневіри та відчаю, його психологічний стан може істотно підтримати його протягом періоду лікування. Другий – спонукає пацієнта до активної боротьби за власне життя, що мобілізує захисні функції організму і теж сприяє пролонгації його самопочуття, а водночас дає змогу пацієнтові обдумати можливий варіант завершення життєвого шляху, підготуватися до смерті, завершити важливі та значущі справи, звернутися до Бога. У цьому випадку пацієнти часто набувають додаткових сил для боротьби з хворобою.

Працюючи у клініці хірургії, травматології чи онкології, медичний психолог не повинен забувати й про професійну деформацію лікарів хірургічного профілю. За надмірною опеваністю, категоричністю, нетлумчістю, цинізмом зазвичай лікарі приховують свою втому, викликають значимі фізичними, емоційними та інтелектуальними навантаженнями, зневіру у власних силах, песимізм, пов'язаний з високим рівнем смертності (в онкології) чи інвалідизації своїх пацієнтів. Соціальні чинники, пов'язані з незадовільними умовами роботи, браком необхідного устаткування, низькою фаховою підготовкою та формальним виконанням службових обов'язків медичними сестрами, вкрай низькою заробітною платню (що змушує багатьох лікарів почувати себе приниженими і бовати кабарі), відсутність соціальних гарантій, низький соціальний статус порівняно з закладними колегами – так призводять до формування депресивних симптомів, які лікарі часто намагаються подолати за допомогою психоактивних препаратів, у першу чергу алкоголю. Усе перелічене окреслює поле діяльності медичного психолога у клініці хірургії досить широко. Та за умови не лише успішної роботи з пацієнтами, а й створення сприятливого соціально-психологічного клімату в відділенні, медичний психолог зможе й сам уникнути професійної деформації.

**Деонтологічні правила** дуже важливі в акушерсько-гінекологічній практиці і мають певні особливості, зумовлені тим, що у своїй роботі лікарі вимушено торкаються інтимного життя своїх пацієнток, а отже, перед ними часто постає складна морально-етична проблема втручання у життя пацієнток з метою усунення причини захворювання чи поліпшення його перебігу. Це пов'язано із ситуаціями, коли жінкам надають лікувально-профілактичну допомогу у зв'язку з вагітністю, пологами, а також при лікуванні гінекологічних захворювань. У зв'язку з цим завдання акушера-гінеколога не обмежуються обранням адекватних методів і засобів, скарвовачих на зміщення здоров'я і лікування жінок, а й вимагає справлення на них певного психологічного впливу і встановлення довірчих відносин, у чому значну допомогу надає лікар-психолог.

**Особливості роботи медичного психолога у пологових будинках** полягають перш за все у розумінні психоемоційних змін, обумовлених вагітністю. Якщо при неускладненому перебігу вагітності зміни у психічному статусі (емоційна лабільність, заглиболення у свої почуття і думки, відчуття незахищеності, драгливості) дуже осмітні, то за наявності коморбідних психічних захворювань до цих змін додається ще і певна

симптоматика. Медичний психолог повинен своєчасно приділити увагу такій вагітній, застосувати валідні скринінг-тести, що допоможуть виявити стан прихованої депресії, агресії, тривоги, психотичні стани. Це дасть змогу спільно з лікуючим лікарем призначити оптимальну корегуючу терапію.

У акушера-гінеколога постійна відповідальність за "два життя в одному" сприяє появі певних змін у взаєминах "лікар – пацієнт", які виявляються у надмірній опіці вагітними та у прийнятті на себе вирішення за них багатьох проблем. Також лікарі повинні пам'ятати, що вагітні віддзеркалюють їхній настрій, бо ставляться до них, як до дуже вагомій значущої особи (рідного "батька" чи "матері). Регресуючи, вагітні як маленькі діти починають переносити емоції лікаря на себе, вважаючи що ці емоції саме до них адресовані. Медичні психологи у співпраці з персоналом повинні зауважувати ці моменти, адже особистісні переживання не повинні переноситись на пацієнтів.

Враховуючи певну аутичність вагітних, особливо у третьому триместрі вагітності, психотерапію з ними проводити важко. Підхід можна знайти за допомогою проєктивних методик, арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, проводячи відкриті психотерапевтичні групи. Пацієнтку слід добирати дуже уважно. Надмірно тривожних вагітних або з вираженим психотичним станом не слід залучати в групу, тому що вони можуть її дезорганізувати. Робота з такими пацієнтками повинна проводитись індивідуально та за необхідності у поєднанні з медикаментозною терапією.

**Особливості роботи медичного психолога у гінекологічному відділенні.** Медичному психологу слід приділяти особливу увагу самосприймання та самооцінці пацієнтки, адже саме ці характеристики особистості найуразливіші, у першу чергу на момент усвідомлення жінкою діагнозу та осмислення ймовірних причини наслідків захворювання. Знання про цю кореляцію допоможуть лікарям-гінекологам м'яко і делікатно повідомляти діагнози і пояснювати особливості перебігу хвороби та – особливо – прогнози щодо наслідків і ускладнень хвороби.

Як у пацієнтку гінекологічного відділення, так і у вагітних жінок значно загострена потреба бути необхідною (чоловікові, рідним, близьким і навіть лікареві). Якщо жінка відчуває, що необхідна своєму лікареві, на якого вона проєкує свою жіночність і успішність на даний момент, це допомагає їй розкритися та сприяє ефективному лікуванню гінекологічної хвороби або неускладненому перебігу вагітності. Це пояснюється таким фізіологічним механізмом: при відчутті комфорту і довіри у людини починають вироблятися нейромедіатори (серотонін, дофамін), які опосередковано впливають на рівень окситоцину. Окситоцин, у свою чергу, посилює відчуття комфорту і захищеності, а у пологах сприяє нормальній пологовій активності, за принципом зворотного зв'язку виробляються серотонін і дофамін, знижується тривожність і депресивні прояви.

Тож професійна чуйність лікарів акушер-гінекологів і медичних психологів призведе до підвищення якості лікування жінок з гінекологічними хворобами, полегшить перебіг вагітності, а отже – сприятиме збільшенню народжуваності і зменшенню ускладнень, пов'язаних із вагітністю і пологами.

### **Особливості роботи медичного психолога у клініці педіатрії**

Робота медичного психолога вимагає налагодження психологічного підходу до кожного пацієнта, однак саме у клініці педіатрії він повинен досягти повного прийняття та добитися повної довіри дитини. Після встановлення психологічного контакту медичний психолог повинен допомогти подолати страх і тривожність як самій дитині, так і її батькам.

Діти по-різному ставляться до хвороби і до перебування в лікарні. Досить часто суттєвого значення набуває не сама хвороба й викликане нею об'єктивне навантаження, а саме почуття і уявлення, зумовлені нею. У дітей до 6-річного віку досить часто

спостерігаються фантастичні уявлення, навіяні переживанням страху. Найчастіше це спостерігають у дітей, яких лякали лікарем, уколами, або карами та лупцювали батьки. Такі діти сприймають хворобу як наслідок провини, а лікування – як покарання. Варто пам'ятати, що майже всі діти набагато краще сприймають уколи в руку, ніж у сідницю, оскільки остання нагадує їм про покарання та побой. Значно чутливіші діти і до всіх маніпуляцій, пов'язаних з прямою кишкою (операції, клізми, вимірювання температури).

Захворювання дитини – хвороба всієї родини. Сама тому можуть виникнути певні складнощі у зборі анамнезу. Поведінка батьків хворої дитини залежить від їх ставлення до неї, досвіду, набутого під час хвороби у інших дітей, у родичів. Найчастішою є реакція занепокоєння, стурбованість, страх. Це може стати проблемою, якщо батьки несправді інформують лікаря. На поведінку батьків також впливають попередні переживання (наприклад, смерть однієї дитини). У таких випадках лікарі досить часто зустрічаються з появою т. зв. "індукованого діагнозу". У поведінці батьків може спостерігатися й інша крайність, коли вони взагалі не звертають уваги на хворобу дитини. Причиною такої поведінки може стати повне заперечення хвороби дитини.

Працюючи з дітьми, треба завжди пам'ятати про зв'язок, що існує між матір'ю і дитиною. Дитина, особливо маленька, постійно живе в сучасному. Саме тому серйозною проблемою стає відрич від матері дитини до 5-річного, а ще більше – до 3-річного віку. Відрич дитини від матері, незнайоме середовище, почуття, що її пованули, може спричинити як нестійкі, так і стійкі травми. У таких випадках ідеться про *госпіталізм*. Під час госпіталізації дитина може плакати, кричати, відмовляється відпустити матір або зно протестує проти всього і всіх. Боулбі і Робертсон описали три стадії гострого потрясіння під час госпіталізації. Перша – *пролест*, який продовжується від кількох годин до кількох тижнів. Дитина голосно плаче, занепокоєна, шукає матір, не хоче ні з ким поговорити. Другий етап: *відчай*. Дитина монотонно, постійно або періодично плаче, кличе матір. Вона може замкнутися в собі. Іноді виникає депресивний стан. У третій стадії відбувається відділення, "відрич" від матері, який розглядають як *заспокоєння*. Дитина не відвертається від медсестри, грається з нею, часом байдуже зустрічає матір, не плаче. Однак після перебування в лікарні можуть виявитися стійкі наслідки психотравми: розлади сну, нічні страхи, тики, іпохондричні страхи, нічне нестримання сечі, калу, страх смерті, затримка розвитку або інші порушення, наприклад, впертість або заїкання, що виникли після операції. Іноді спостерігаються більш серйозні розлади поведінки і нервози.

Дитина не є дорослою людиною в мініатюрі. І якщо ми в повсякденному житті жинаємо професійного підходу до всіх, хто пов'язаний з дітьми, займається ними, то ще в більшій мірі це відноситься до дитячого лікаря, дитячого психолога і медичних сестер, що працюють з дітьми. Спеціальних вузькопрофесійних знань часто не вистачає, особливо коли доводиться шукати рішення проблем в особливих умовах (наприклад, при психічних розладах у дітей). Хвора дитина більш піддатлива до різноманітних шкідливих впливів, ніж здорова. Це пов'язано з тим, що фізичне і психічне навантаження знижує здатність організму до захисту, до опору, робить дитину дуже чутливою. Вже тут треба особливо підкреслити важливість профілактичної діяльності, спрямованої на запобігання шкідливих впливів.

Психічні фактори мають дуже велике значення при соматичних захворюваннях. Хвороба вражає дитину не тільки фізично, вона завдає шкоди всьому духовному світу дитини. Фізичний і психічний фактор утворюють неподільну органічну єдність.

#### **Особливості роботи медичного психолога у клініці терапії**

Взаємозалежність і взаємовплив соматичних та психічних розладів потребує від медичного психолога у клініці виявити особливу наполегливість у пошуках відповіді на

питання про походження захворювання. Адже коли з'ясовано причину його виникнення, зазвичай лікування дає швидкий позитивний ефект, а без особистісного підходу, без врахування особливостей психічної організації пацієнта розраховувати на високоякісну діагностику під час соматичних захворювань не доводиться. Можливість застосування психокорекційних та психотерапевтичних методик може не лише позбавити пацієнта соматичних симптомів, а й – головне – вирішити за давніми психологічні проблеми та отримати можливість відкрити для себе нові можливості у соціальному, професійному та особистісному житті.

Окрім того, у терапевтичній практиці медичний психолог повинен допомогти лікареві виявити значущі для встановлення діагнозу факти з життя пацієнта, які він свідомо або несвідомо приховав від лікаря, пояснити сутність його хвороби та методів діагностики й лікування, підготувати пацієнта до проведення інструментальних досліджень, заспокоїти його, зняти тривожність, здійснити загальнолікарську психотерапію, що знімає у хворого зайву напругу, вселяє в нього надію на благополучне лікування.

#### **Особливості роботи медичного психолога у клініці дерматології**

У зв'язку з тим, що на даний час виникла диспропорція між рівнем соматичного обстеження дерматологічного хворого і повнотою обстеження його особистості, духовного світу, відбувся розрив між лікувальним впливом на соматіку і психіку. Це значно погіршує прогноз багатьох дерматозів, особливо тих, морфологічні прояви хвороби яких незначні чи зовсім відсутні, а суб'єктивні відчуття викликають тривалі і болісні страждання. Адже будь-який хронічний дерматоз може істотно змінити особистість хворої людини. Окрім того, слід пам'ятати, що фізичні і моральні страждання, яких зазнають хворим хронічні дерматози, створюють патологічний ґрунт для формування невротичних станів. Цим можна пояснити формування у значній частині дерматологічних пацієнтів гіпостенічної форми неврастенії, що виявляється різким зниженням працездатності, активної і пасивної уваги, статевої потенції, уповільненням психічних процесів, головними болями, пригніченим настроєм та ін.

Зважаючи на значну залежність між психічними розладами та шкірними захворюваннями, медичний психолог повинен з кожним пацієнтом провести бесіду і пояснити йому ці взаємовпливи та призначити і скерувати до гіпнотерапевта, а при можливості – провести адекватну психотерапію та психологічну реабілітацію.

### **4.9. Психологічні аспекти лікувальної діяльності**

Сучасний комплексний підхід до лікування хворої людини повинен поєднувати три основні види терапевтичної діяльності: біологічний, психологічний та соціальний. Зважаючи на усе викладене у попередніх розділах, а саме – взаємовплив психіки та сом, зрозуміло, що кожна хвороба дезорганізує психічну рівновагу та обмежує соціальне функціонування особистості. Особливо важливо пам'ятати про це, працюючи з пацієнтами, які страждають від психічних, психосоматичних розладів, а також хронічних соматичних хвороб. Описавши у загальних рисах особливості роботи лікарів загального профілю та медичних психологів у відділеннях хірургії, терапії, педіатрії, акушерства і гінекології, узагальнимо ті основні психологічні аспекти, які впливають на фахову лікарську діяльність.

Сьогодні вчені намагаються визначити новий комплекс критеріїв оцінки ефективності лікарської діяльності. На думку Б. Д. Карвасарського, адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування вважають підхід, що враховує усі три площини розглядання терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну, а не обмежується традиційними лікарськими симптоматичними критеріями: одужання, покращання,

стабільний стан, погіршення. Оскільки процес лікування представляє собою діяльність у системі "людина – людина", оцінюючи його неможливо не враховувати психологічні явища, притаманні як пацієнтові, так і лікареві. Загальновідомо, що лікар, який враховує психологічні особливості своїх пацієнтів, не лише користується їхньою прихильністю та отримує значний аванс довіри, а й має змогу глибше зрозуміти сутність перебігу патологічного процесу та ймовірні причини його виникнення, а це полегшує і уточнює діагностування хвороби та робить терапію ефективнішою. В ідеалі взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом повинне формуватися природно, але зважаючи на особистісні індивідуальні відмінності між ними (як і між будь-якими людьми), лікар повинен докладати певних зусиль, щоб налагодити ці стосунки і досягти порозуміння, яке сприятиме швидшому одужанню пацієнта та допоможе йому легше пристосуватися до істотних змін і обмежень в особистому, професійному та соціальному житті, пов'язаних із хворобою.

Невміння та небажання багатьох лікарів та інших медичних працівників ефективно вибудувати взаємини з хворими, їхніми родичами та своїми колегами, призводить до формалізації професійної взаємодії та погіршення ефективності лікування.

Якщо йдеться про моральний зміст фахової діяльності лікаря, варто пам'ятати про необхідність дотримання спільних для усіх медичних працівників і психологів вимог, які до них висуває сама професія.

Найважливішою є загальна і професійна культура – високий рівень загальної культури та культури лікарської діяльності, організованість в роботі, любов до порядку, акуратність та охайність, тобто риси, на які вказував ще Гіппократ. Вимоги до дотримання загальнокультурних вимог зрозумілі – вони повинні бути притаманні кожній освіченій людині: тактовність, уважність, толерантність, поступливість у непринципових питаннях, доброзичливість. Тому часто лікареві доводиться у своїй діяльності застосовувати прийоми акторської гри. Як актор, який виходить на сцену, повинен забути про конфлікти з колегами, власні життєві проблеми і перевтілитися в іншу людину, так і лікар, приходячи на роботу, повинен залишити за порогом клініки все особистісне, що може негативно впливати на його фахову діяльність. Хороший лікар, психолог чи психотерапевт у знанній мірі – хороший актор. При цьому зміни відбуваються не лише у зовнішній прояві особистості, а у зміні самої особистості. Йдеться не про "прикидання" хорошим лікарем, а про уміння в роботі виявити лише ті свої позитивні особистісні якості, притаманні кожній людині, які сприятимуть її оптимізації. Виявляючи на роботі лише ті особистісні і професійні якості, які очікують знайти у лікаря його пацієнти, лікар не обманює їх і не створює неправдивого образу "хорошого" лікаря – він просто на високому фаховому рівні перед являє своїм пацієнтам лише те, що стосується його ефективної діяльності і сприяє лікувальному процесу. Навички такої поведінки вимагають постійних зусиль та згодом стають майже рефлекторними. Звісно, лікар, на відміну від актора, грає роль не одну-дві години, а протягом усього дня, тому подібна поведінка неможлива за умови необхідності прикидання особистістю, яка не має нічого спільного з власною особистістю лікаря. Та безпечної діяльності, скерованою на допомогу іншим людям, займаються саме ті люди, особистісні якості яких майже повністю відповідають необхідним, а вміння опанувати прояви своїх емоцій та скорегувати поведінку виробляється у процесі роботи.

Говорячи про необхідність лікаря завжди намагатися поставати перед своїми пацієнтами та колегами лише в оптимальному для роботи вигляді, не можна забувати про те, що лікар (яким би досвідченим він не був) не завжди може опанувати свої емоції. Психологічні та емоційні проблеми, хвороби, втрати лікаря такі ж, як і кожної людини. І кожен пацієнт розуміє, що лікар, який, скажімо, нещодавно поховав дружину, не може, та й не зобов'язаний жартувати чи веселитися. Адекватна поведінка лікаря сприйма-

ється їх пацієнтами як належна, але лише за умови, що вони знають, чому колись веселий і жартівливий лікар сьогодні виглядає засмученим і заглибленим у себе. Пацієнти ще більше відчують позитивне ставлення до лікаря – його горе, переживання і те, що він ділиться цим з пацієнтами, справляє на них значний психотерапевтичний вплив – лікар чи психолог така ж людина, як і всі, а отже – спроможний зрозуміти їхні проблеми і біль. Окрім того, таке сприймання лікаря як "свого" сприяє тіснішій і більш інтимній взаємодії з пацієнтами, а це теж чинить значний позитивний вплив на ефективність лікування. Зрозуміло, що виказувати свої внутрішні переживання варто лише у деяких випадках – коли йдеться про щось справді важливе і значуще для лікаря. Якщо з особистісні проблеми лікаря чи психолога вирішувані і минулі, або не визначальні для його подальшого життя – стануть у пригоді навички управління емоціями і поведінкою.

Контролюючи прояви своїх почуттів, думок, переживань, лікар повинен вміти контролювати їх відображення на зовнішньому вигляді, поведінці і мовленні. Пацієнти "зчитують" інформацію про психологічний стан лікаря саме із невербальних сигналів – постви, жестів, міміки. Досвідчений лікар чи психолог знає, що кожен його рух, кожен жест, а особливо – кожен вираз обличчя, пацієнт трактує стосовно свого стану здоров'я, прогнозу хвороби та перспектив на одужання. Надмірна рухливість, балакучість, метушливість, неакуратність можуть викликати у пацієнтів неприйняття лікаря як стриманої, впевненої у собі людини, спроможної сконцентруватися для встановлення діагнозу та призначення лікування, а у разі потреби в екстремальній ситуації швидко, точно і вправно надати невідкладну допомогу. Млявість, повільність у рухах, скупість у словах в уяві пацієнтів створюють образ неповороткого та неправного лікаря, який не встигне не лише врятувати пацієнта в разі виникнення загрози для його життя, а навіть не спроможний вчасно встановити діагноз і призначити лікування. Тому для лікаря бажано вміти створити у пацієнтів відчуття цілковитої впевненості у собі, виваженості у діях і адекватності у реагуванні. Часто у зв'язку з цим можуть виникати певні труднощі, адже не всі лікарі – сангвініки за темпераментом, тому для створення враження водночас стриманої і спритної людини лікарям теж доводиться демонструвати швидкість психічних реакцій, яка не відповідає їхнім фізіологічним показникам.

Оскільки на формування професійно важливих якостей особистості істотно впливають нейродинамічні процеси, зрозуміло, що найбільш прийнятною для лікарської діяльності є *емоційна стійкість*, яка корелює із успішністю фахової діяльності. Здатність зберігати на належному рівні основні фахові уміння і навички та комунікативні здібності за умови істотного впливу зовнішніх факторів та емоційних впливів дає змогу лікареві у повному обсязі надавати фахову допомогу. Звичайно, і серед лікарів зустрічаються особистості з вираженою слабкістю нервових процесів, яка породжує підвищену тривожність, емоційну нестійкість, знижену активність у діяльності, зниження самооцінки тощо; або ж із підвищеною силою нервових процесів, що призводить до негнучкості у прийнятті рішень та поведінці, завищення вимогах до оточення, завищення самооцінки.

Гуманізм, усвідомлення обов'язку, витримка і самовладання у стосунках з хворими, совісність завжди вважали головними характеристиками лікаря. У стосунках лікаря і пацієнта не остання роль належить умінню лікаря зберігати лікарську таємницю (тобто *конфіденційність*). Вона зазвичай містить три види даних: про хворобу, про інтимне та сімейне життя хворого. Лікареві повідомляють ці дані як людині, від якої розраховують отримати допомогу. Тому лікар не може на власний розсуд розпоряджатися відомою йому інформацією. Вимогу про нерозголошення лікарської таємниці знімають лише тоді, коли цього вимагають інтереси суспільства (скажімо, при загрозі поширення небезпечних інфекцій), а також при запиті судово-слідчих органів.



Лише за умов наявності достатньо виражених перелічених якостей особистості можна вважати, що у неї є основні передумови успішного оволодіння медичним фахом. Не випадково відомий письменник і лікар В. В. Вересаєв писав, що навчитися лікарського мистецтва неможливо, так само як і мистецтва сценічного або поезії. Можна бути кращим медиком-теоретиком, але у практичному відношенні з хворими бути на недостатньому фаховому рівні. Лише знання психологічних особливостей особистості та їх урахування в процесі лікування дають змогу говорити про лікування хворої людини як особистості, а не про подолання морфофункціональних змін у певному органі чи системі людини.

#### Питання для контролю та самоконтролю

1. У чому полягають особистісні особливості людини, які свідчать про її ймовірну придатність до медичної діяльності?
2. На підставі чого пацієнти складають образ "ідеального лікаря"? У чому полягають переваги і недоліки такого образу?
3. Основні поняття медичної деонтології.
4. Поняття та причини виникнення хронічної втоми та емоційного вигорання лікаря.
5. Особливості поведінки лікаря та психолога при роботі з пацієнтами з різними захворюваннями.

#### Список використаної та рекомендованої літератури

1. Адлер А. Поняття природу человека. – СПб: Ювента, 1997.
2. Амосов Н. М. Регуляция жизненных функций и кибернетика. – К.: Наукова думка, 1964.
3. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. – М.: Наука, 1977.
4. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. – Л.: Наука, 1968.
5. Безсонов С. П. Теоретические основы изучения профессиональной деформации личности. – СПб, 1995. – 283 с.
6. Безсонов С. П., Иванецкий А. Т., Кичот В. Я. Профессиональная подготовка и ее влияние на личность [проблемы профдеформации]: Учебн. пособие. – СПб: ВВКУ ВВ МВД РФ, 1996. – 230 с.
7. Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова О. П. Психогигиеническая саморегуляция. – Л.: Наука, 1977.
8. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М., 1996. – 469 с.
9. Богорад И. В. Большой и врач. – М.: Знание, 1982. – 95 с.
10. Болтувец С. І. Педагогічна психологія: теорія, методика. – К., 2000. – 303 с.
11. Братусь Б. С. К проблеме человека в психологии // Вопр. психологии. – № 5. – 1997. – С. 3–19.
12. Буслачук Л. Ф. Главные направления развития современной медицинской психологии в Украине // Психология и медицина: Тезисы докладов Украинского семинара медицинских психологов, 21–22 января 1994 г. – Харьков, Київ, Париж, 1994. – С. 3–5.
13. Вертманн Г. А., Петров Е. С. Эмоции и поведение. – Л.: Наука, 1995.
14. Василюк Ф. Е. Семантика психотерапевтической ситуации и психотехника понимания. // Моск. психотерапевт. журнал. – 1996. – № 4.
15. Василюк Ф. Е. Уровни построения переживания и методы психологической помощи // Вопр. психологии. – 1988. – № 5.
16. Витт Н. В. Эмоциональная регуляция речевого поведения // Вопр. психол. – 1981. – № 4. – С. 60–69.
17. Виленко И. С. О характеристических свойствах врача терапевта // Врачебное дело. – 1981. – № 1. – С. 116–117.

18. Волков В. Т. и др. Личность пациента и болезнь. – Томск, 1995. – 328 с.
19. Геллерштейн С. Г. К вопросу о профессиональной типологии // Психотехника и психофизиология труда. – 1930. – Т. 3. – Вып. 6. – С.491–498.
20. Головаха Е. И., Панина Н. В. Психология человеческого взаимопонимания. – К.: Изд-во полит. лит-ры Украины, 1989.
21. Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. Вопросы диагностики и терапии: Сб. науч. тр. – М.: Медицина, 1984. – 180 с.
22. Елдышова О. А. Проблема "выгорания" в профессиональной деятельности психолога и способы профилактики // Работа переживания и психологическая помощь детям: Сборник статей и тезисов выступлений II Международной конференции Телефонного Доверия (Москва, 25–27 октября 2007 г.). – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. – С. 35–40
23. Жалагина Т. А. Психологическая профилактика профессиональной деформации личности преподавателя вуза: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Тверь, 2004. – 46 с.
24. Залевский Г. В. Супервизия: основания классификации, концепции и модели. – Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 13.
25. Иконников М., Смирнова Н. Понять и помочь. Беседы психиатра с родственниками больных. – К., 1966.
26. Казинс Н. Анатомия болезни. – М., 1991.
27. Калиновский П. Переход: последняя болезнь, смерть и после. – М., 1991.
28. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. – СПб: Б.С.К., 1997.
29. Квасенко А. В., Зубарева Ю. Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
30. Кісарчук З. Г. Теоретико-методологічні проблеми діяльності практикуючого психолога // Практична психологія: теорія, методи, технології. – К., 1997.
31. Клиническая психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2006. – 959 с.
32. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб: Питер, 2002.
33. Клиническая психология в социальной работе: Учеб. пособие / Под ред. Б.А. Маршанина. – М.: Академия, 2002. – 219 с.
34. Клиническая психология: состояние и перспективы // Вестник Моск. ун-та. Серия 14, Психология. – 1998. – № 1. – С.82.
35. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1997. – Т. 97, № 2.
36. Ковалев В. В. Личность и нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М.: Медицина, 1972. – С. 102–114.
37. Ковальчевская Я. Профессиональные и социальные проблемы больных ревматическими заболеваниями // Тер. арх. – 1979. – Том 11. № 7. – С. 95–99.
38. Козелецкий Ю. Человек многомерный (психологическое эссе). – К., 1991.
39. Кон И. С. Жизненный путь как предмет междисциплинарного исследования // Человек в системе наук. – М., 1989.
40. Коняева А. П., Лисенко В. П., Тітова Т. М., Фурман А. В. Этический кодекс товариства психологів України. – К.: – Донецьк, 1993.
41. Коркина М. В. и др. К вопросу о депрессивных состояниях при соматических заболеваниях // Материалы сов.-финлянд. симп. по пробл. депрессий. – М., 1983. – С. 43–48.
42. Коробчанский В. А., Витенко И. С. Методические аспекты некоторых адаптационных механизмов формирования здоровья // Эксперим. і клін. медицина – 2000. – № 2. – 70–72.

43. Косенко В. Г. и др. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров / В. Г. Косенко, Л. Ф. Смоленко, Т. А. Чебуракова – Рн/Д.: Феникс, 2002. – 416 с.
44. Кришталь В. В., Михайлов Б. В. Концепция образования медицинских психологов // Мед. исслед. – 2001. – № 1. – Т. 1, вып. 1 – С. 87–88.
45. Лакосина Н. Д. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
46. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – М., 1994.
47. Лежелекова Л. А., Якубов Б. А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. – Л.: Медицина, 1977. – 160 с.
48. Либих С. С. Психология больного и психология болезни // Вопросы медицинской психологии и психотерапии. – Тамбов, 1974.
49. Лимдемани Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. – М., 1984.
50. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
51. Любан-Плоцка Б., Запорожан В. Н., Араев Н. А. Терапевтический союз врача и пациента. – К.: Изд-во АЦЕФ-Украина, 2001. – С. 290.
52. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: 1997.
53. Максименко С. Д. Генетическая психология. – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2000.
54. Максименко С. Д. Загальна психологія. – К.: Форум, 2000.
55. Максименко С. Д. Методологічні проблеми вікової та педагогічної психології // Психологія. – 1982. – Вип. 21.
56. Максименко С. Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці. – К.: Наукова думка, 1999.
57. Медична психологія (підручник) / Під заг. ред. І. Д. Спіріної., І. С. Вітенка. – Дніпропетровськ, 2006.
58. Мей Р. Искусство психологического консультирования. – М., 1994.
59. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпресс, 1999. – 592 с.
60. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосова В. А. Психотерапия в общесоматической медицине. – Харьков, 1969.
61. Москаленко В. Ф., Вороненко Ю. В., Вітенко І. С. Стан і проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні // Мед. освіта. – 2001. – № 4. – С. 5–13.
62. Мятков И. Ф. и др. Медицинская психология: преподавательский курс. – М.: Логос, 2003. – 320 с.
63. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Медицина, 1967. – 168 с.
64. Петрова Н. Н. Психология для медицинских специальностей. – М.: Академия, 2006. – 319 с.
65. Пиз А. Язык телодвижений. Как читать мысли других по их жестам. – Нижний Новгород, 1992.
66. Психология смерти и умирания. / Сост. К. С. Сельченко. – Минск, 1995.
67. Психология / За ред. Г. С. Костюка. – К.: Рад. шк., 1968.
68. Психология профессионального здоровья. / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2006. – 480 с.
69. Семке В. Я. Ипохондрические состояния в общесоматической практике. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1991. – 168 с.
70. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию. В 2-х т. – М., 2000.

71. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология: Учебник. – 2-е изд., доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
72. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: Аргус, 1995. – 359 с.
73. Степаненко В. Етика. – К.: Лібра, 1998.
74. Сурожский А., митрополит. Жизнь, болезнь, смерть. – М., 1995.
75. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, 1984 – 191 с.
76. Телешевская М. Е., Погибко Н. И. Вопросы врачебной деонтологии. – Л.: Медицина, 1978 – 160 с.
77. Улащик В. С. Врач как личность, его самовоспитание и самообразование // Здоровоохранение Белоруси. – 1995. – № 5. – С. 38–42.
78. Умняшкина С. В. Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий): Дис... канд. психол. наук: – М.: РГБ, 2002.
79. Фанч Ф. Преобразующие диалоги. – К.: Ника-центр, 1997.
80. Форманюк Т. В. Синдром “эмоционального сгорания” учителя // Вопросы психологии. – 1994. – № 6. – С. 54–67
81. Харди Г. Врач, сестра, больной. – София, 1983.
82. Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматогенных заболеваниях. – М.: Медицина, 1972. – 280 с.
83. Шутценбергер А. А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) // Вопр. психологии. – 1990. – № 5.
84. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник. – К.: Либідь, 1996.

# Додатки

Додаток 1

## ЛІКАР-ПСИХОЛОГ

**Завдання та обов'язки.** Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я.

Здійснює психопрофілактику серед людей груп ризику, психодіагностику та лікування хворих соматичного і психічного профілю спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, психологічну реабілітацію із застосуванням спеціальних методик. Надає психологічну допомогу особам різного віку, неспроможним справитися з несприятливими умовами, що склалися в їхньому житті. Планує роботу та аналізує її результати.

Керує роботою середнього медичного персоналу. Веде лікарську документацію. Бере активну участь у поширенні медичних знань серед населення щодо психогігієни. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

**Повинен знати:** чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-психолога; основи медико-біологічних та клінічних наук; загальну, клінічну та соціальну психологію, патопсихологію, нейропсихологію; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет-технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

**Кваліфікаційні вимоги.** Лікар-психолог вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина". Спеціалізація за фахом "Медицина психологія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-психолог I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина". Спеціалізація за фахом "Медицина психологія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар-психолог II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина". Спеціалізація за фахом "Медицина психологія". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Лікар-психолог: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина". Спеціалізація за фахом "Медицина психологія". Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

## ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ПСИХОЛОГА

На І Установчому з'їзді Товариства психологів України 20 грудня 1990 року у м. Києві прийняли Етичний кодекс психолога – нормативний акт, що повинен гарантувати високопрофесійну, гуманну, високоморальну діяльність психологів України.

Кодекс – це сукупність етичних норм, правил поведінки, що склалися у психологічному співтоваристві й регулюють його життєдіяльність, а також сприяють більш успішному здійсненню психологами своєї фахової діяльності. Зокрема, медичним психологам – у виконанні функцій, пов'язаних з профілактикою захворювань, лікуванням та реабілітацією пацієнтів.

### I. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

- 1.1. Психологи несуть особисту відповідальність за свою роботу.
- 1.2. Психологи зобов'язані всіляко запобігати і не допускати антигуманних наслідків у своїй професійній діяльності.
- 1.3. Психологи повинні утримуватися від будь-яких дій чи заяв, що загрожують недоторканності особи; не мають права використовувати свої знання і становище з метою приниження людської гідності, пригнічування особистості або маніпулювання нею; несуть відповідальність за додержання пріоритету інтересів людини.
- 1.4. На психологів покладається відповідальність за надійність використовуваних методів та програмного забезпечення, валідність обробки даних досліджень, у тому числі і тих, які проводяться з використанням комп'ютерних технологій.
- 1.5. Психологи застосовують лише ті знання, якими вони володіють відповідно до своєї кваліфікації, повноважень і соціального статусу.

### II. КОМПЕТЕНТНІСТЬ

- 2.1. Психологи постійно поповнюють свої знання про нові наукові досягнення в галузі їхньої діяльності, беруться за розв'язання тільки тих завдань, які належать до сфери їх компетенції. У разі непосильності завдання психологи передають його іншому досвідченому фахівцеві або допомагають людині, яка звернулася за підтримкою, налагодити контакт з професіоналами, що можуть надати адекватну допомогу.
- 2.2. Психологи не застосовують методів і процедур, не апробованих центральними органами Товариства психологів України. У тих випадках, коли психологічні методики лише проходять випробування (з дозволу контрольних органів Товариства), психологи, проводячи експеримент з обмеженим контингентом досліджуваних, попереджають їх про застосування неперевірених методів і технічних пристроїв або про свій недостатній рівень оволодіння ними.
- 2.3. Психолог публікує під своїм ім'ям лише ту працю, яка повністю виконана ним самим або містить істотний власний внесок; недопустима публікація з метою особистої, матеріальної вигоди недостатньо підготовлених праць, невалідизованих методик, а психолог не може виконувати практичної роботи, не маючи належної кваліфікації та досвіду.
- 2.4. Психолог прагне до адекватних знань про свої індивідуальні якості та особливості і визначення меж власних професійних можливостей. Особистісні психологічні проблеми (які негативно впливають на якість виконання обов'язків) можуть бути показником професійної непридатності і мають якомога швидше коригуватись та розв'язуватись психологом.

### III. ЗАХИСТ ІНТЕРЕСІВ КЛІЄНТА

- 3.1. Психологи суворо дотримуються принципу добровільної участі клієнта в обстеженні. Під час роботи з дітьми, пацієнтами з важкими психічними розладами (тобто в крайніх випадках) допускаються відхилення від принципу добровільності, але в межах законодавчих норм; обов'язком психолога є намагання налагодити з клієнтом співробітництво. Психологи утримуються від непотрібних лікувань.
- 3.2. Психологи, вступаючи у контакт з особами, для яких він є обов'язково-примусовим (наприклад, у разі провадження психологічної експертизи), не мають права змушувати клієнта повідомляти відомості поза його волею, не можуть вживати примусових заходів для одержання даних, крім випадків, коли така інформація сприятиме безпеці навколишніх або самого клієнта.
- 3.3. Психологи не беруть участі в діях, спрямованих проти свободи особи. Вони не мають права змушувати клієнта розповідати про свою життєву філософію, політичні, релігійні чи етичні переконання, не повинні вимагати відмовитися від них.
- 3.4. Психологи беруть на себе професійну відповідальність за кваліфіковане обстеження, консультування, лікування. Вони домовляються про терміни завершення своєї діяльності або доцільність направлення клієнта до іншого компетентного спеціаліста. Відповідальність з психолога знімається, якщо він упевнився, що інший спеціаліст узяв відповідальність за клієнта на себе.
- 3.5. Психологи не мають матеріальних або особистих привілеїв, не можуть використовувати свої знання і становище, довірливе ставлення і залежність клієнта у власних корисливих інтересах. У тих випадках, коли послуги є платними, про фінансові умови домовляються заздалегідь; не встановлюється додаткова оплата за консультації і не береться плата з тих, кого психолог навчає або збирається екзамінувати. Якщо клієнт може отримати психологічну допомогу безкоштовно або меншим коштом в іншого фахівця, то психолог інформує про це клієнта.
- 3.6. Психолог уникає встановлення неформальних взаємин з клієнтом, якщо це може стати на перешкоді проведенню діагностичної, консультативної і корекційної роботи з ним. Між психологом і клієнтом не повинно бути статевої близькості у період, коли психолог несе відповідальність за нього.
- 3.7. Психолог має право вирішувати, на якому етапі консультування або лікування можна дати об'єктивний професійний висновок, а у випадках, коли він не може діяти в інтересах клієнта, роз'яснює йому і батькам (опікунам, піклувальникам) реальний стан справ.
- 3.8. Висновок за результатами проведеного обстеження чи лікування робить сам психолог, він не може перекидати це на інших. Психолог повинен чітко і однозначно формулювати висновок, так щоб його можна було правильно зрозуміти і використати отримані дані на користь клієнта.
- 3.9. Психолог не робить висновків і не дає порад, не маючи достовірних знань про клієнта або ситуацію, в якій він перебуває. У звіті (висновку) психолога має міститися лише необхідна і водночас достатня, що відзначається цілковитою надійністю результатів, інформація для розв'язання поставленого завдання, вказуватися може здійснюваних досліджень, характер виявлених симптомів – постійний чи тимчасовий.
- 3.10. Психолог у доступній формі повідомляє обстежуваному про поставлений діагноз і методи та засоби допомоги. При цьому він зобов'язаний обачливо і обережно висловлюватися щодо виявлених патологій у психічному стані клієнта. Психолог обов'язково попереджає про те, хто і для чого може використати ці дані; він не може приховувати від людини, які офіційні рішення можуть бути винесені на підставі висновку.

Психолог уповноважений особисто запобігати некоректному і неетичному використанню результатів досліджень і повинен виконувати цей обов'язок незалежно від посадової субординації.

#### **IV. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ**

- 4.1. Психолог зобов'язаний додержуватися конфіденційності у всьому, що стосується взаємин з клієнтом, його особистого життя і життєвих обставин. Виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми є небезпечними для клієнта та інших людей, і психолог зобов'язаний поінформувати тих, хто може надати кваліфіковану допомогу. Конфіденційності можна не додержуватись, якщо клієнт просить або згоджується, аби в його інтересах інформацію було передано іншій особі.
- 4.2. Психолог не збирає додаткових відомостей про обстежуваного без його згоди і задовольняється лише тією інформацією, яка потрібна для виконання професійного завдання. Запис на магнітну стрічку і відеоплівку, фотографування і занесення інформації про клієнта до комп'ютерних банків даних здійснюються лише за згодою учасників.
- 4.3. Психолог зобов'язаний оберігати професійну таємницю, не поширювати відомостей, отриманих у процесі діагностичної і корекційної роботи, додержуватись анонімності імені клієнта (наприклад, під час навчання, в публікаціях). Для демонстрації і прослуховування будь-яких матеріалів потрібний письмовий дозвіл людини, за чією згодою вони були записані; на вимогу клієнта матеріали негайно знищуються.
- 4.4. Документація роботи психологів повинна вміщувати лише професійно необхідні матеріали. До цих матеріалів, пов'язаних з конфіденційним змістом діяльності психологів, має виключатися доступ сторонніх осіб. У тих же випадках, коли психологи звертаються за допомогою до інших фахівців, потрібно спеціально ознайомити їх з питаннями, що стосуються умов і терміну зберігання таких матеріалів, а також обмежень у використанні інформації про клієнта і попередити про міру відповідальності за недодержання конфіденційності.
- 4.5. Якщо психолог не в змозі надалі виконувати свої функції, він з'ясовує, чи потрібно зберігати матеріали (також і інформацію, занесену до комп'ютера). В разі потреби психолог повинен передати виконання покладених на нього функцій іншому фахівцеві.
- 4.6. Психолог інформує клієнтів про правила додержання конфіденційності. Смерть або зникнення обстежуваного не звільняють психолога від необхідності зберігати професійну таємницю.
- 4.7. Психолог не передає методичних матеріалів особам, які не уповноважені здійснювати психологічну діяльність; не розкриває суті і призначення конкретної методики (за винятком доступних роз'яснень правоохоронним і судовим органам).

#### **V. ЕТИЧНІ ПРАВИЛА ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

- 5.1. Планування психологічних досліджень передбачає дотримання таких умов: визначення об'єкта дослідження; чітке й однозначне формулювання його мети і завдань; встановлення контингенту обстежуваних; прогнозування можливостей використання одержаних результатів (наприклад, оцінювання перспективи професійної успішності, формування спільного колективу, психологічного втручання тощо). Психолог самостійно вибирає методи роботи, керуючись при цьому вимогами максимальної ефективності та наукової обґрунтованості.
- 5.2. Психолог забезпечує цілковиту надійність результатів, відповідає за рішення, які приймають офіційні особи на основі його висновків та рекомендацій, запобігає можливим



помилкам в діяльності непрофесіоналів, котрі допомагають у роботі, але не ознайомлені з вимогами, що стосуються обмежень у використанні інформації про досліджуваних. Психолог несе відповідальність за правильне і доступне роз'яснення непрофесіоналам суті застосовуваних психологічних методів, а також за можливі антигуманні наслідки. Щодо психолога використовується принцип, аналогічний принципу презумпції невинності у судочинстві. Вина психолога в порушенні Етичного кодексу повинна бути доведена Комісією з етики Товариства психологів України.

- 5.3. Психолог зводить до мінімуму ризик ненавмисного негативного впливу на тих, хто бере участь в експерименті. Коли очікується, що дослідження або лікування може викликати у клієнта психогенну реакцію, психолог повинен отримати дозвіл на проведення роботи з ним Комісії з етики. Якщо умови експерименту потребують неознаності досліджуваних з його суттю і результатами, психолог має переконатися в тому, що це не завдасть шкоди жодному з учасників досліджу. Такі відомості можуть бути розкриті після завершення експериментальної програми.
- 5.4. Психолог заздалегідь інформує клієнтів про право відмовитись від участі в дослідженні. Коли ж попри це вони дають згоду взяти участь у експерименті, психолог має переконатися в тому, що таке рішення прийнято незалежно від нього або інших осіб (наприклад, батьків, опікунів, піклувальників, які намагаються прокти обмеження).

## VI. КВАЛІФІКОВАНА ПРОПАГАНДА ПСИХОЛОГІЇ

- 6.1. Психологи інформують науковців, учителів, лікарів, широкі громадськості про свою галузь діяльності на основі об'єктивних, точних даних таким чином, щоб не дискредитувати професію психолога і психологію як науково-практичний комплекс.
- 6.2. Психолог не виступає з публічними заявами для реклами або самореклами. Вміщуючи у засобах масової інформації оголошення про надання психологічних послуг населенню, повідомляє лише своє ім'я, адресу, номер телефону, професійну кваліфікацію, науковий ступінь, галузь психології, години прийому. В рекламному проспекті не може йтися про суми гонорару, не даються гарантії, не перелічуються здобутки і успішні випадки лікування, консультування, експертизи. Оголошення мають містити інформацію про мету курсів, а не обіцянки стосовно досягнення специфічних результатів. Психолог повинен брати професійну участь у навчальних програмах для населення, однак він має право робити це лише за умови, якщо вони виключають сумнівні методи і неефективні процедури.
- 6.3. Поради психолога у засобах масової інформації мають подаватися в узагальненій формі, без посилань на конкретні факти і ситуації, щоб не допустити розголошення конфіденційної інформації.

Усні виступи, друковані матеріали, аудіовізуальна та інші публікації, в яких наводяться з ілюстративною метою клінічні випадки, повинні виключати ідентифікування особи, групи чи організації. Методики публікуються лише у формі, яка дає змогу зберегти їх валідність та надійність.

## VII. ПРОФЕСІЙНА КООПЕРАЦІЯ

- 7.1. Психолог, ведучи професійну дискусію, не повинен дискредитувати колег або представників інших професій, які використовують ті самі або інші наукові методи, він має виявляти повагу до наукових шкіл і напрямів. Психолог цінить професійну компетентність, високу культуру та ерудитию, відповідальне ставлення до справи колег та представників інших професій. Якщо ж психолог виявить неадекватність чи незетичність у професійній діяльності колеги, він повинен сприяти виправленню ситуації.

У разі неуспіху цих зусиль психолог може виступити з об'єктивною, аргументованою критикою роботи колеги у психологічному співтоваристві. У тих же випадках, коли критика на адресу члена Товариства виявляється суб'єктивною, упередженою, він має право звернутися до Комісії з етики, висновок якої може використати для спростування несправедливих оцінок чи критики.

- 7.2. Психолог не може застосовувати маніпулятивні методи для здобуття прихильності і привернення на свій бік клієнтури, не повинен намагатися стати монополістом у своїй галузі. Про досягнуті результати в теоретичній і практичній психології він зобов'язаний інформувати психологічну громадськість, ділитися набутим під час своєї професійної діяльності досвідом.
- 7.3. Розв'язуючи конкретні завдання обстеження, консультування і лікування людей, психолог вирішує, чи може він використати знання, технічні й адміністративні можливості інших фахівців на благо клієнта та за згодою клієнта вступити в контакт з ними, зокрема особами, які лікують або лікували його раніше. Психолог бере відповідальність за клієнта, лише переконавшись, що той не має клієнтурних стосунків з іншими психологами.
- 7.4. Психолог забезпечує персонал адекватною інформацією про клієнтів, які користуються його послугами, передає у розпорядження колег тільки надійні й валідизовані психологічні методи, технічний інструментарій і відкриття. Всі професійні взаємовідносини будуються на основі Закону про авторські права.
- 7.5. У вирішенні спірних питань психолог керується положеннями даного Етичного кодексу. Арбітром може бути Комісія з етики Товариства психологів України.
- 7.6. За порушення чинного законодавства, Статуту Товариства психологів та Етичного кодексу на психолога можуть бути накладені Комісією з етики такі стягнення:
  - попередження;
  - догана;
  - виключення з членів Товариства.У разі виявлення порушень психологами, які не є членами Товариства, Комісія з етики звертається до інших громадських організацій чи державних установ з тим, щоб вони вжили необхідних заходів до винного.
- 7.7. Рішення Комісії з етики може бути скасоване Президією або З'їздом Товариства психологів.

**ЕТИЧНИЙ КОДЕКС УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРЯ**

(проект)

**ПРЕАМБУЛА**

Моральність у міжлюдських стосунках є визначальною засадою збереження і прогресу демократичного суспільства, основою біологічного, соціокультурного та духовного розвитку людини.

Особливого значення мораль набуває у професійній діяльності лікаря, що обумовлено характером його взаємовідносин з усіма, кому необхідна допомога, та специфічною проблем, які йому треба вирішувати. Оскільки медицина має пряме відношення до життя людини, фізичного, психічного і духовного здоров'я, вона перебуває під особливою увагою і контролем з боку суспільства. Лікар-професіонал повинен особисто відповідати за виконання своїх обов'язків. Ця відповідальність повинна бути такою ж і спільною, узвичаєною, загальноприйнятною для всієї лікарської корпорації у вигляді правил і принципів професійної лікарської етики та деонтології.

Покликання лікаря – захищати життя, здоров'я, свободу і добробут людини, яка потребує допомоги. Професійна діяльність лікаря ґрунтується на верховенстві загальнолюдських і духовних принципів. При її виконанні лікар виступає носієм обов'язків стосовно:

- пацієнтів;
- людей, що звернулися до нього;
- самого себе;
- фахового медичного співтовариства в цілому й окремих медичних працівників;
- суспільства в цілому.

Досягнення мети збереження життя потребує від лікаря усвідомлення високих етичних стандартів діяльності і поведінки, принципів істини, добра, краси і досконалості, систематичного підвищення своєї кваліфікації, гармонійного поєднання інтересів пацієнта та інших людей.

Розробка і догримання лікарями специфічних етичних і деонтологічних вимог та правил розглядається професійним лікарським співтовариством як необхідна й фундаментальна засада повноцінного функціонування системи охорони здоров'я та головна умова реалізації ним важливої соціально-культурної і духовної ролі в сучасному суспільстві.

Даний Кодекс професійної етики українського лікаря (далі – Кодекс) покликаний систематизувати моральні орієнтири невідкладної, планової, превентивної та інших видів професійної діяльності лікаря, а також закріпити єдину систему критеріїв оцінки етичних засад його фахової поведінки і діяльності.

**РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ****Стаття 1. Основні терміни Кодексу**

Вживані у Кодексі терміни слід вважати такими, що мають наступний зміст:

**Лікар (медичний працівник)** – фахівець-професіонал, який на підставі відповідних знань і вмінь наділений необхідними повноваженнями (тобто сертифікованими відповідно до чинного законодавства України) для здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я.

**Суб'єкт медичної діяльності** – людина (група людей), яка добровільно і свідомо звернулася за допомогою чи потребує її згідно з діючим законодавством України.

**Пацієнт** – особа, здоров'я і життя якої лікар захищає або якій він надає допомогу, або чий інтереси він представляє у формах, передбачених чинним законодавством.

**Автономія** – визнання сталості системи цінностей, життєвих позицій та планів пацієнта, його спроможність до прийняття усвідомленого і вільного від зовнішнього впливу рішення; авторизація пацієнтом певних моральних цінностей.

**Компетентність пацієнта** – здатність розуміти надану йому інформацію і приймати самостійні рішення відповідно до поставленої мети і притаманної йому системи цінностей.

**Конфіденційність** – нерозголошення лікарем професійної та приватної інформації без дозволу пацієнта.

**Евтаназія** – акт навмисного безболісного позбавлення життя невидужного пацієнта з метою припинення його страждань.

**Угода про надання медичної допомоги** – письмова чи усна угода (контракт), згідно з якою одна сторона – лікар (медичний працівник), що практикує індивідуально, або медичне об'єднання – бере на себе доручення іншої сторони – пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) або його представника про надання медичної допомоги на умовах, передбачених угодою, а інша сторона – пацієнт (або його представник) зобов'язується дотримуватися і виконувати норми та правила, відповідні розпорядження та рекомендації лікаря чи лікувально-профілактичного закладу.

#### **Стаття 2. Дія Кодексу в просторі, часі та за колом осіб**

(1) Дія цього Кодексу поширюється на всі види професійної діяльності лікаря і в частині, визначеній Кодексом, – на іншу його діяльність (дії), яка може суперечити його професійним обов'язкам як медичного працівника або підірвати престиж професії медика.

(2) Дія цього Кодексу поширюється також на всіх, хто працює у системі охорони здоров'я незалежно від джерела фінансування та форми власності.

(3) Дія цього Кодексу поширюється на стосунки і обставини, що виникли після його прийняття.

#### **Стаття 3. Співвідношення Кодексу і чинного законодавства про медицину та охорону здоров'я**

Норми Кодексу не відмінюють і не замінюють положень чинного законодавства, а доповнюють і конкретизують його.

#### **Стаття 4. Тлумачення Кодексу**

Право офіційного тлумачення цього Кодексу та зміни його положень надається Всеукраїнському з'їзду лікарів, який вводить його в дію.

#### **Стаття 5. Відповідальність за порушення Кодексу**

(1) Відповідальність за порушення Кодексу визначається Статутом лікарських асоціацій (товариств, спілок), що прийняли цей Кодекс.

(2) Етичний кодекс українського лікаря діє на всій території України, є чинним для всіх лікарів, які є членами професійних лікарських об'єднань і працюють в лікувальних установах незалежно від джерела фінансування та форми власності.

(3) За порушення норм Кодексу можуть застосовуватись засоби громадського впливу.

## **РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ**

#### **Стаття 6. Твори благо**

(1) Діяльність лікаря спрямована на захист інтересів пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та суспільства у цілому, визначає можливість задоволення головних потреб і прагнень у збереженні життя та здоров'я.

(2) Лікар, який захищає здоров'я та інтереси пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та суспільства в цілому, виконує свою місію з повагою до життя людини, особистості та її гідності. Повага до особистості зобов'язує лікарів й після смерті пацієнта.

(3) Лікар у всіх випадках повинен залобігати запобігання шкоди пацієнтові, дотримуватися принципів моралі, чесності і беззастережної відданості обов'язкові медика.

#### **Стаття 7. Професійна незалежність лікаря**

(1) Необхідною умовою належного здійснення лікарської діяльності є максимальна незалежність у додержанні своїх професійних прав і обов'язків, що передбачає свободу медичного працівника від будь-якого зовнішнього тиску чи втручання в його діяльність, а також від впливу своїх особистих інтересів.

(2) Лікар зобов'язаний не допускати у своїй професійній діяльності компромісів, що применшували б його незалежність, з метою догодити установам та організаціям, третім особам або пацієнтові, якщо такі компроміси розходяться з інтересами пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) і перешкоджають належному наданню йому медичної допомоги.

(3) Лікар не повинен займатися іншою діяльністю, яка б ставила його в юридичну, матеріальну або моральну залежність від інших осіб, підпорядковувала його вказівкам або правилам, які можуть суперечити нормам чинного законодавства і цьому Кодексові, або можуть іншим чином перешкоджати вільному і незалежному виконанню його професійних обов'язків.

(4) Медична допомога не може переслідувати виключно комерційні цілі. Лікареві не дозволяється, за винятком особливих випадків, передбачених чинним законодавством, поширювати з метою прибутку ліки, пристрої, продукти тощо. Лікареві забороняється вести прийом пацієнтів, давати медичні поради чи призначення у комерційних приміщеннях чи у будь-яких інших місцях, де продаються ліки, пристрої чи продукти, які він випишує чи використовує.

(5) Лікар повинен контролювати використання його імені, кваліфікації, порад і висловлювань. Він не повинен допускати, щоб будь-яка організація чи установа (державна, громадська чи приватна), в яких він працює або яким сприяє, використовували його ім'я чи професійну діяльність з рекламною метою без його згоди.

#### **Стаття 8. Домінантність інтересів пацієнтів**

(1) У межах вимог законодавства лікар зобов'язаний у своїй професійній діяльності дотримуватися переваги інтересів пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) перед своїми власними інтересами, інтересами колег, партнерів, співробітників, інтересів законних представників пацієнтів або їх опікунів, піклувальників, інших осіб.

(2) Лікар повинен поважати право кожної людини вільно обирати лікаря. Він зобов'язаний допомогти пацієнту (суб'єкту діяльності у сфері охорони здоров'я) здійснити це право.

(3) Лікар повинен вислуховувати, оглядати, консультувати чи лікувати однаково сумлінно всіх людей незалежно від їх походження, способу життя, сімейного стану та статі, віку, стану здоров'я, належності до етнічної групи, національності або релігії.

(4) Лікар повинен допомагати пацієнтові за всіх обставин. Йому ніколи не повинні зраджувати коректність і дбайливість по відношенню до пацієнта.

(5) Кожний лікар повинен безоплатно надавати першу надвідкладну медичну допомогу потерпілим у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях.

#### **Стаття 9. Компетентність та сумлінність**

(1) Суспільна значущість і складність професійних обов'язків лікаря вимагає від нього високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань теорії та

практики медицини, опанування навичками, тактикою, відповідними методами та прийомами лікарської діяльності.

(2) Лікар повинен підтримувати і удосконалювати свої знання та навички, докладати необхідних зусиль до професійного самовдосконалення на рівні сучасного стану медицини. У своїй роботі лікар має керуватися сучасними стандартами обстеження та лікування.

(3) Лікар зобов'язаний незалежно від сфери своєї переважної спеціалізації, якщо така має місце, бути компетентним у загальномедичних питаннях, питаннях невідкладної допомоги і термінальних станів.

(4) Лікар, який бере участь у санітарно-просвітницькій діяльності, повинен користуватися науково підтвердженими даними, проявляти обачливість і брати до уваги можливі наслідки своїх висловлювань серед громадськості. При цьому необхідно уникати вчинків рекламного характеру як на свою особисту користь, так і на користь установ і організацій, які лікар представляє, на користь справи з негативними наслідками.

(5) Якщо лікар пропагує у медичному середовищі недостатньо перевірений діагностичний або лікувальний метод, він зобов'язаний супроводжувати своє повідомлення необхідними застереженнями. Подібні повідомлення недопустимі поза медичним середовищем.

#### **Стаття 10. Чесність та порядність**

(1) Лікар повинен як у своїй професійній діяльності, так і у приватному житті бути чесним і порядним, не вдаватися до омані, погроз, шантажування, підкупу, використання для досягнення своїх професійних чи особистих цілей тяжких матеріальних чи особистих обставин пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я).

(2) Поважати права, законні інтереси, честь, гідність, репутацію та почуття осіб, з якими він працює та перебуває в інших відносинах.

(3) Будь-яка угода між лікарями, між лікарями та фармацевтами, медичними працівниками та іншими фізичними чи юридичними особами на шкоду хворого заборонена.

(4) Лікареві заборонені:

- будь-яка дія, що сприяє здобуттю пацієнтом несправедливих або протизаконних переваг;
- будь-які пільги грішми чи натурою, а також комісійні від будь-якої особи;
- прохання винагороди натурою чи грішми, у будь-якій іншій формі, прямо чи опосередковано за будь-яке розпорядження або медичну дію, чи згода на їх отримання, за винятком випадків, які встановлені чинним законодавством України.

(5) Лікареві, який займає виборну або адміністративну посаду, забороняється використовувати своє службове становище з метою примноження своєї клієнтури.

### **РОЗДІЛ 3. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ЛІКАРЯ ЩОДО ПАЦІЄНТА**

#### **Стаття 11. Вищий обов'язок лікаря – збереження життя пацієнта**

(1) Життя пацієнта – це найвища цінність, на збереження якої повинна бути спрямована професійна діяльність лікаря (медичного працівника). Збереження життя пацієнта повинно розглядатися лікарем в поєднанні зі збереженням його якості, найбільш високої за існуючих умов.

(2) З моменту своєї згоди на звертання хворого лікар бере на себе особисту моральну відповідальність щодо забезпечення останнього необхідною медичною допомогою.

(3) Лікар повинен стежити за виконанням пацієнтом (суб'єктом діяльності у сфері охорони здоров'я) призначених медичних приписів.

(4) Лікар зобов'язаний сприяти реалізації права пацієнта на одержання ним адекватної медичної допомоги.

**Стаття 12. Лікар зобов'язаний діяти на благо пацієнта**

(1) Принцип "роби благо" вимагає позитивних дій з боку лікаря щодо запобігання або виправлення шкоди. Заклик "робити благо" припускає не тільки практичну діяльність, але й почуття та емоції лікаря, що реалізуються співчуттям до хворого.

(2) Лікар зобов'язаний (у межах можливого) використовувати всі необхідні для досягнення блага засоби, сучасні методи діагностики і терапії, у разі потреби – звертатися до інших спеціалістів.

(3) Лікар дотримується взятих на себе моральних зобов'язань стосовно пацієнта навіть у тому випадку, якщо він у силу певних причин не в змозі надати адекватну медичну допомогу.

(4) У всіх випадках, коли погляди пацієнта на процес лікування в чомусь відрізняються від думки лікаря, останній, незважаючи на це, повинен прагнути полегшити страждання свого хворого, морально його підтримати.

**Стаття 13. У ставленні до пацієнта лікар повинен виходити з принципу "не нашкодь"**

(1) Лікар не має права піддавати пацієнта неоправданому ризику.

(2) Лікар зобов'язаний зіставляти потенційну користь з можливими ускладненнями передбачуваного втручання, особливо в тих випадках, коли обстеження чи лікування приносить фізичні і психічні страждання пацієнтові.

(3) Лікар не може пропонувати хворому лікувальні засоби чи процедури, що не набули широкого розповсюдження чи підтвердження своєї лікувальної ефективності в медичній практиці. Дискредитовані наукові підходи не повинні застосовуватися в лікуванні.

**Стаття 14. Лікар повинен поважати автономію пацієнта**

(1) Лікар (медичний працівник) повинен поважати психофізичну і духовну цілісність, моральні ідеали, гідність і достоїнство особистості пацієнта і сприяти їхньому утвердженню при наданні медичних послуг.

(2) Лікар повинен поважати автономію пацієнта навіть у тому випадку, якщо він не схвалює його рішення про відмову від запропонованих окремих процедур чи лікування в цілому.

(3) Пацієнт має право на свободу вибору і використання нетрадиційних з точки зору медичної науки і практики методів діагностики та лікування.

(4) Негуманні відношення до пацієнта, приниження його людської гідності, використання в особистих цілях праці пацієнта неприпустимо.

**Стаття 15. Єдиним критерієм справедливого розподілу медичних ресурсів є ступінь важкості стану пацієнта**

(1) При розподілі обмежених медичних ресурсів серед пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) лікар повинен насамперед керуватися ступенем важкості їхнього стану.

(2) Віддання переваги будь-кому з пацієнтів при наданні медичної допомоги є неприпустимим, якщо це не викликано терапевтичними показаннями.

(3) Лікар визнає сучасні ринкові механізми здійснення принципу справедливості при наданні медичної допомоги в суспільстві, але вважає їх зовнішніми по відношенню до виконання свого лікарського обов'язку.

**Стаття 16. Лікар завжди повинен говорити пацієнтові правду**

(1) Лікар повинен бути правдивим перед своїм пацієнтом, бути явним словом, даною пацієнтові.

(2) Лікар не повинен обіцяти нездійсненне і зобов'язаний виконувати обіцяне.

(3) Лікар може не говорити правду пацієнтові, якщо це є бажанням самого пацієнта або в тому випадку, якщо її повідомлення буде мати серйозні наслідки для здоров'я останнього.

**Стаття 17. При здійсненні своєї діяльності лікар повинен забезпечувати конфіденційність і зберігати лікарську таємницю**

(1) Лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта чи його законного представника відомості, отримані в ході обстеження та лікування, а також сам факт звертання за медичною допомогою.

(2) Усі відомості, передані лікареві пацієнтом в особистій бесіді, а також дані його обстеження заносяться в спеціальні медичні карти і є конфіденційними.

(3) Лікар зобов'язаний вжити всіх необхідних заходів щодо збереження і нерозголошення медичної таємниці, а також конфіденційності інформації про пацієнта на електронних носіях.

(4) Лікар (медичний працівник) не має права розголошувати медичну інформацію навіть після смерті пацієнта, за винятком випадків професійних консультацій чи обставин, передбачених законом.

(5) При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в публікаціях повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

(6) Представлення пацієнта (колишнього пацієнта) на наукових конференціях, в наукових публікаціях, у засобах масової інформації є етичним лише за умови, що пацієнт поінформований про можливу втрату конфіденційності, усвідомлює це та у письмовій формі дає добровільну згоду на таке представлення.

**Стаття 18. Лікар не повинен втручатися без професійно обумовлених причин у справи родини та приватне життя своїх пацієнтів**

Ступінь втручання лікаря в приватне життя пацієнтів повинен визначатися винятково професійною необхідністю.

**Стаття 19. Лікар зобов'язаний усіма своїми діями сприяти встановленню з пацієнтом відносин взаємного співробітництва на благо пацієнта**

(1) Встановлення довірчих взаємовідносин і співробітництва між лікарем і пацієнтом визначають успіх лікування і є одним з головних обов'язків лікаря.

(2) Лікар повинен сприяти усвідомленню та реалізації відповідального ставлення пацієнта до процесу обстеження та лікування.

(3) Авторитарне ставлення лікаря (медичного працівника) до пацієнта без врахування відношення останнього до процесу лікування неприпустиме, крім тих ситуацій, що вимагають невідкладного медичного втручання.

(4) Якщо стан пацієнта виключає можливість довірчих взаємовідносин з лікарем, їх встановлюють з його законними представниками, родиною чи близькими йому людьми.

**Стаття 20. Лікар зобов'язаний надати пацієнтові вичерпну інформацію, яка необхідна для надання йому своєчасної та якісної медичної допомоги**

(1) Лікар повинен інформувати пацієнта щодо необхідності, ступеня ризику, найближчих і можливих віддалених наслідків для його здоров'я передбачуваного медичного втручання, про альтернативні методи лікування, їхню порівняльну ефективність, про права пацієнта та можливості їх захисту.

(2) Інформація, що надається лікарем, має бути доступною, повинна викладатися зрозумілою для пацієнта мовою, з урахуванням стану, особливостей особистості і культурного рівня пацієнта.



(3) Лікар повинен сприяти здійсненню права пацієнта ознайомитися з історією своєї хвороби, офіційними документами, будь-якою інформацією, отриманою при його обстеженні та лікуванні.

(4) У разі неспроможності пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) прийняти необхідну інформацію остання повинна бути доведена до відома його законних представників чи родини.

**Стаття 21. Кожне медичне втручання повинно включати спеціальну процедуру одержання добровільної згоди пацієнта**

(1) Лікар зобов'язаний сприяти реалізації права пацієнта прийняти запропоновані медичні послуги чи відмовитися від них.

(2) Лікар повинен уникати невиннованої психологічності та нав'язування пацієнтові своєї особистої думки, а також будь-яких релігійних чи атеїстичних поглядів щодо згоди пацієнта на медичне втручання.

(3) При неможливості дізнатися про думку пацієнта щодо медичного втручання через некомпетентність останнього необхідно звернутися до його родини або законного представника.

(4) Тільки вкрай тяжкий стан пацієнта (загроза життя чи непритомність), що вимагає невідкладного медичного втручання, та неможливість зв'язатися з його законними представниками або родиною звільняє лікаря від зобов'язання отримання згоди.

**Стаття 22. Оголошення про несприятливий чи смертельний прогноз**

(1) Рішення про оголошення несприятливого чи смертельного прогнозу повинно прийматися лікарем, виходячи з його досади, з урахуванням думки самого хворого та його близьких.

(2) Надання інформації про несприятливий чи смертельний прогноз, що може травмувати пацієнта, повинно бути об'ємним і проводитися з необхідним почуттям такту та розумінням психологічного стану хворого.

(3) Родина хворого може бути попереджена про несприятливий діагноз, якщо сам пацієнт не заперечує цього.

(4) У певних випадках на прохання самого пацієнта, або якщо пацієнт знаходиться в тяжкому психофізичному стані, він може бути залишений в невіданні щодо небезпечного діагнозу і прогнозу.

**Стаття 23. Надання медичної допомоги умираючому**

(1) Лікар (медичний працівник) повинен надавати медичну допомогу і моральну підтримку умираючому до останньої миті його життя, прикладати всі зусилля для полегшення страждань і збереження його гідності як особистості.

(2) Лікар виступає гарантом надання хворому духовної і моральної підтримки з боку служителя будь-якої релігійної конфесії.

(3) Активні заходи щодо підтримки життя пацієнта припиняються тільки тоді, коли стан людини визначається як незворотна смерть.

(4) Лікар не має права навіть у випадках, що здаються йому безнадійними, намірено прискорювати смерть хворого або переривати необхідне лікування. Участь медичного працівника в етаназі є неприпустимою.

(5) Лікар, що лікував пацієнта під час передсмертного захворювання та у передгермітальний період життя, не може скористатися заложеними розпорядженнями, зробленими на його користь, за винятком випадків, передбачених законами.

**Стаття 24. Надання медичної допомоги дітям, людям похилого віку та жінкам**

(1) Діти, люди похилого віку і жінки – соціальні групи, яким лікар (медичний працівник) надає допомогу у першу чергу.

(2) При наданні допомоги дітям і жінкам, людям похилого і старечого віку лікар повинен сприяти забезпеченню соціально справедливого ставлення до них.

(3) Лікар (медичний працівник) повинен шанобливо ставитися до особистості пацієнтів літнього та старечого віку, виявляти особливий такт і високу культуру в спілкуванні та роботі з ними.

(4) У випадку виявлення лікарем (медичним працівником) факту неналежного ставлення будь-яких осіб до пацієнтів дитячого і старечого віку, жіночої статі він звільняється від дотримання принципу конфіденційності.

**Стаття 25. Надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам**

(1) На надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам лікар повинен отримати згоду батьків, опікунів чи їх законних представників.

(2) Якщо вік і стан неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, допускають можливість адекватного розуміння ними того, що відбувається, лікар зобов'язаний роз'яснити їм необхідність, мету і методи передбачуваного медичного втручання.

(3) Якщо неповнолітній вимагає конфіденційності в наданні медичних послуг, лікар повинен з'ясувати причини, з яких його пацієнт не бажає інформування батьків або інших законних представників, і пояснити необхідність залучення останніх до його лікування.

(4) Медична допомога особам, визнаним судом обмежено дієздатними, надається за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.

(5) У разі потреби невідкладного медичного втручання, якщо неможливо зв'язатися з батьками чи законними представниками неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, лікар (медичний працівник) зобов'язаний надати необхідну допомогу.

**Стаття 26. Лікар повинен сприяти одержанню пацієнтами соціальних переваг, право на які обумовлене їх станом**

**Стаття 27. Пасивне чи активне, неповажне ставлення лікаря, що принижує гідність пацієнта з огляду на стать, є порушенням рівних прав чоловіків і жінок і є неприпустимим**

(1) Лікар повинен сприяти реалізації принципу рівності чоловіків та жінок на основі паритетності при наданні їм медичної допомоги.

(2) Лікар зобов'язаний забезпечувати рівність можливостей чоловіків і жінок стосовно згоди чи відмови від медичної допомоги.

(3) Лікар повинен дотримуватися принципу справедливості та рівної участі жінок і чоловіків у розподілі та використанні медичних ресурсів.

(4) Лікар зобов'язаний при встановленні взаємного співробітництва з пацієнтом виходити з визнання рівноправних відносин між чоловіками та жінками. Вступ у сексуальні відносини з пацієнтом є неетичним.

**Стаття 28. Лікар повинен поважати та підтримувати право пацієнта вільно обирати лікаря та медичний заклад**

(1) Лікар повинен сприяти реалізації права пацієнта на вільний вибір лікаря та медичної установи.

(2) Лікар не повинен чинити перешкоди пацієнтові у реалізації права довіри свого подальшого лікування іншому лікареві.

**Стаття 29. Відмова лікаря від надання медичної допомоги**

(1) Лікар вільний у виборі пацієнта та умов, за яких здійснюється медична допомога, за винятком невідкладних та екстрених випадків.

(2) Етично оправданою може бути відмова лікаря від лікування людини, у якої, на його думку, відсутнє захворювання або у випадках, коли лікування з різних причин протипоказане.

(3) Лікар не несе відповідальності за здоров'я пацієнта в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення ним встановленого для нього режиму. Він має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній неодноразово порушував правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я або не виконував медичних приписів, за умови, що ця відмова не загрожуватиме життю та здоров'ю хворого та інших людей.

(4) Якщо пацієнт має можливість вибору лікаря, останній може скористатися своїм правом відмовитися від надання медичної допомоги з особистих причин.

#### **Стаття 30. Оплата праці лікаря визначається нормами дієчого законодавства**

(1) У випадках, якщо не визначені норми, лікар не може оцінювати свою діяльність невикрадкою високо.

(2) Оцінка діяльності лікаря повинна враховувати:

- складність і унікальність запропонованої медичної допомоги;
- необхідні вміння та досвід лікаря;
- якість виконаної роботи;
- репутацію лікаря, медичного закладу тощо.

(3) Лікар не може вимагати оплати праці до закінчення обстеження чи лікування. Підвищення платні за якість та ефективність лікування неприпустиме.

(4) Лікар, якщо це можливо, повинен попередньо інформувати пацієнта про вартість лікування.

(5) Ніжкий особливий спосіб розрахунку не повинний нав'язуватися хворому.

### **РОЗДІЛ 4. ВЗАЄМОВІДНОСИНИ І ВЗАЄМОДІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ПРЕДСТАВНИКІВ ІНШИХ ПРОФЕСІЙ**

#### **Стаття 31. Взаємини між лікарями**

(1) Взаємини між лікарями (медичними працівниками) будуються на підставі колегіальності, рівноправності, чесності, справедливості, порядності, а також готовності передати свої професійні знання і досвід.

(2) Лікарі повинні допомагати один одному у долати труднощі та у випадках нещастя. У разі виникнення розбіжностей між колегами слід шукати шлях їх усунення, у разі потреби – за посередництвом етичного комітету відповідної професійної асоціації.

(3) Обов'язок кожного лікаря – неупереджено аналізувати як власні помилки, так і помилки своїх колег. Виявлення незгоди з їхніми думками чи діями, критика на їх адресу повинні бути об'єктивними, аргументованими і необразливими. Слід уникати некоректних висловлювань про роботу колег у присутності пацієнтів чи їхніх близьких, за винятком випадків, пов'язаних з оскарженням дій лікаря. Спроби завоевати собі авторитет шляхом дискредитації колег неетичні.

(4) Моральний обов'язок лікаря – активно протидіяти практиці безчасних і некомпетентних колег, а також різного роду непрофесіоналів, що наносять шкоду здоров'ю та життю пацієнтів.

#### **Стаття 32. Надання невідкладної допомоги**

(1) Лікар, запрошений до пацієнта для надання невідкладної допомоги, якщо останній підлягає подальшому огляду особистим чи іншим лікарем, повинен проінформувати колегу про свої дії і рекомендації пацієнтові. Він доводить це до відома пацієнта, а у себе зберігає копію цієї інформації.

(2) При наданні невідкладної допомоги потрібно:

- + поважати рішення і вибір пацієнта, щонайбільше враховуючи та реагуючи на невідкладний (терміновий) вжиток і його наслідки;

- сприяти забезпеченню взаєморозуміння у відносинах між усіма лікарями, до яких зверталися за допомогою та консультацією;
- попереджати конфлікти, що можуть виникнути на ґрунті відносин між лікарями різних спеціальностей;
- не допускати, щоб угода про сумісну діяльність медичних працівників заподіяла шкоди пацієнтові.

### **Стаття 33. Лікар-консультант**

(1) Лікар (за необхідністю) повинен запропонувати консультацію свого колеги залежно від обставин або погодитися на консультацію, бажану пацієнтом чи його близькими.

(2) Лікар, що консультиє пацієнта, в першу чергу повинен дотримуватися інтересів пацієнта, підтримувати його вільний вибір щодо одержання консультації у іншого фахівця, не принижувати гідність особистого лікаря, проводити лікування головним чином у випадках необхідності надання невідкладної допомоги.

(3) Лікар, до якого звернулися за консультацією, повинен, за згодою пацієнта, поінформувати про це його особистого лікаря і повідомити йому свої висновки і рішення. У випадку відсутності дозволу пацієнта на таку інформацію він повинен поінформувати останнього про наслідки його відмови.

(4) Якщо лікар не вважає доцільним вибір пацієнтом консультанта, то він може ухилитися від видачі направлення до нього. У цьому випадку він повинен порадити звернутися до іншого консультанта і довести пацієнтові доцільність такого вибору.

(5) Якщо після консультації виявляється, що висновки консультанта і особистого лікаря не збігаються, пацієнт повинен бути поінформований про це. Особистий лікар може припинити надання своїх послуг, якщо пацієнт чи його близькі віддадуть перевагу висновкові консультанта.

(6) Консультант не повинен під час хвороби, з приводу якої він надавав консультацію, з власної ініціативи викликати чи обстежувати пацієнта, не поінформувавши про це його особистого лікаря (за винятком невідкладних випадків).

### **Стаття 34. Надання допомоги декількома лікарями та госпіталізація пацієнта**

(1) Пацієнт не повинен страждати через розбіжності між лікуючими його лікарями. Якщо кілька лікарів спільно обстежують чи лікують одного пацієнта, вони повинні постійно обмінюватися інформацією; кожний із цих лікарів бере на себе персональну відповідальність і стежить за інформуванням пацієнта.

(2) Кожний з лікарів має право відмовитися надавати допомогу чи припинити її надавання за умови, що це не заподіє шкоди хворому і що про це будуть попереджені його колеги.

(3) Особистий лікар повинен узагальнювати результати різних досліджень, інформувати пацієнта про отримані дані та спостереження, пояснювати йому у зрозумілих для нього виразах висновки, до яких прийшла група фахівців.

(4) Лікар, що взяв на себе відповідальність за пацієнта у зв'язку з його госпіталізацією, повинен сповістити про це особистого лікаря або лікаря, визначеного пацієнтом чи його близькими. Він повинен інформувати цього лікаря про основні рішення щодо пацієнта.

### **Стаття 35. Ділові стосунки з представниками інших спеціальностей**

(1) В інтересах пацієнтів лікарі повинні підтримувати колегальні відносини з представниками інших спеціальностей як зі сфери охорони здоров'я, так і інших галузей (соціальні працівники, психологи тощо). Медичні працівники повинні поважати їхню професійну незалежність і вільний вибір пацієнта.

(2) Лікар повинен підтримувати діяльність мультидисциплінарних бригад, які сприяють поліпшенню обслуговування хворих, профілактичним заходам, доглядові за особами похилого віку та пацієнтів у передтермінальному стані та особами з обмеженою працездатністю, а також проведенню гуманітарних акцій.

- (3) У випадку виникнення розбіжностей в запропонованих рекомендаціях лікар може:
- звернутися в етичний комітет відповідного професійного товариства;
  - апелювати безпосередньо до відповідного керівного органу професійного товариства.

## **РОЗДІЛ 5. ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ**

### **Стаття 36. Повага до професії лікаря**

(1) Принцип поваги до своєї професії повинен бути зигриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній та ін. Кожний лікар повинен утримуватися від будь-якої дії, навіть поза межами своїх професійних обов'язків, яка знецінює повагу до медичного фаху. Своєю діяльністю він повинен утверджувати повагу до професії медика, її сутності та громадської значущості, сприяти збереженню та підвищенню її престижності.

(2) Лікар не повинен вчиняти дій, спрямованих на обмеження прав іншого лікаря як фахівця та людини.

(3) Лікареві (медичному працівникові) забороняється сприяти усім, хто займається протизаконною медичною діяльністю.

### **Стаття 37. Межі компетенції лікаря**

(1) Кожний лікар, як правило, має повноваження виконувати всі дії у сфері діагностики, профілактики і лікування. При цьому він не може, крім виняткових обставин, починати чи продовжувати лікування, давати рекомендації в галузях, що виходять за межі його знань, досвіду і навичок у нього можливостей.

Неетичною є постійна практика лікаря поза межами своєї професійної компетенції.

(2) Знання, досвід і наявні можливості лікаря повинні застосовуватися в кожному окремому випадку таким чином, щоб забезпечити найкраще надання медичної допомоги.

(3) Обов'язок лікаря – свідомо оцінити роль, яку він може взяти на себе в конкретному випадку в залежності від своєї компетентності, інтелекту, обставин та середовища.

### **Стаття 38. Відповідність умов надання медичної допомоги**

(1) Місце виконання професійних обов'язків лікаря повинно бути належно устатковане, в тому числі технічними засобами, що відповідають характеру його діяльності, а також дозволяють зберегти професійну таємницю. Лікар повинен стежити за належним станом свого робочого місця і засобів лікування відповідно до встановлених норм і правил сучасних чинних санітарно-гігієнічних вимог.

(2) Лікар може не виконувати своїх професійних обов'язків в умовах, які істотно знижують якість медичної допомоги чи безпеку людей.

Він повинен дбати про компетентність осіб, з якими він співпрацює в наданні допомоги пацієнтам.

(3) Знання з гігієни є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для лікаря при їхній роботі з апаратурою, устаткуванням і потенційно забрудненими препаратами, з якими їм доводиться маніпулювати в процесі професійної діяльності. Обов'язок медичних працівників – проводити обробку таким чином, щоб ні для самих співробітників, ні для будь-якої людини, що вступила з ними в контакт, не існувало ризику випадкового зараження.

### **Стаття 39. Підтримання професійної компетентності**

(1) Лікар відповідальний за безперервне підвищення власної кваліфікації.

(2) Лікар повинен здобувати, застосовувати і поглиблювати наукові знання, поширювати відповідну інформацію серед пацієнтів, колег і громадськості, одержувати консультації і використовувати допомогу лікарів інших спеціальностей, якщо це необхідно.

(3) Якщо лікар звертається за консультацією або співпрацює з іншими професіоналами, він повинен бути упевнений в їх кваліфікації та компетентності. Якщо в нього

є сумніви щодо підготовки, кваліфікації й етичних якостей представника суміжної професії, він не повинен користуватися його допомогою.

(4) Якщо лікар бере на себе роль співробітника чи керівника іншого спеціаліста, він повинен усвідомлювати власну відповідальність і бути впевненим, що пацієнт отримає необхідну та якісну допомогу.

#### **Стаття 40. Складання професійних висновків**

(1) В процесі виконання своїх професійних обов'язків лікар повинен оформлювати медичні висновки, довідки, свідчення та інші документи відповідно до норм законодавчих постанов та регламентів.

(2) Будь-яка довідка, розпорядження, свідчення чи документ, які видаються лікарем, повинні бути датовані, складені розбірливо, державною мовою, підписані ним, з уможливленням ідентифікації його як лікаря і автора документа.

(3) Лікар не повинен складати довідки, якщо вони можуть бути використані з метою зловживання, всупереч загальноприйнятим правилам та законодавству.

#### **Стаття 41. Діяльність приватного лікаря**

Лікар, який здійснює приватну діяльність, може використовувати допомогу колег та фахівців згідно з діючим законодавством України. Його діяльність підпорядковується дії основних статей та положень даного Кодексу.

#### **Стаття 42. Виконання професійних обов'язків в галузі експертної медицини**

(1) Лікар не може бути одночасно лікарем-експертом і особистим лікарем одного й того ж хворого.

(2) Лікар не повинен проводити експертизу, у висновках якої зацікавлені: він сам, один з його пацієнтів, один з його близьких, друзів або група осіб, яка звернулася до нього за послугами.

(3) При одержанні завдання на експертизу лікар повинен відмовитися від нього, якщо вважає, що поставлені перед ним питання не мають безпосереднього відношення до медицини, його знань та його можливостей або якщо це завдання суперечить положенням чинного законодавства чи цього Кодексу.

(4) Лікар-експерт до початку експертних дій повинен проінформувати особу, яку він обстежує, щодо поставленого перед ним завдання.

(5) Текст акту експертизи повинен містити тільки такі дані, які необхідні лікареві-експерту для формулювання відповіді на поставлені питання.

#### **Стаття 43. Проведення досліджень та випробувань на замовлення фірм**

(1) Проведення досліджень та випробувань здійснюється відповідно до етичних правил, що встановлені етичним комітетом відповідної медичної асоціації (товариства, спілки) та чинним законодавством України.

(2) При написанні наукових та науково-популярних праць, поданні матеріалів до засобів масової інформації посилання на замовника чи спонсора є етично обов'язковим.

#### **Стаття 44. Лікар і чинне законодавство**

Лікар зобов'язаний дотримуватися закону і повинен визнавати свою відповідальність перед пацієнтом.

#### **Стаття 45. Участь у громадському житті**

(1) У суспільно-громадській роботі лікар повинен дотримуватися етичних норм поведінки. У разі відсутності відповідних повноважень він не може обґрунтовувати власні заяви громадського характеру авторитетом своєї професії чи професіонального співтовариства.

(2) Лікар може ділитися з громадськістю своїм досвідом розуміння та вирішення різних проблем, які впливають на стан здоров'я населення. Лікар повинен завжди пам'ятати про свою особливу громадянську роль захисника здоров'я та добробуту людини.

## ЄВРОПЕЙСЬКА ДЕКЛАРАЦІЯ ПО ОХОРОНІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

### Проблеми і шляхи їх вирішення

#### Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів охорони психічного здоров'я

#### Проблеми і шляхи їх вирішення Гельсінкі, Фінляндія, 12–15 січня 2005 р.

#### Преамбула

1. Ми, міністри охорони здоров'я держав – членів Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у присутності європейського комісара з питань охорони здоров'я й захисту прав споживачів, разом з директором Європейського регіонального бюро ВООЗ, що зустрілися на конференції ВООЗ на рівні міністрів з питань охорони психічного здоров'я, яка відбулася в Гельсінкі 12–15 січня 2005 р., визнаємо, що психічне здоров'я й психічне благополуччя – це найважливіші передумови для доброї якості життя й продуктивної діяльності окремих осіб, родин, місцевих співтовариств і народів у цілому, тому що вони дозволяють людям сприймати своє життя як повноцінне і значиме й бути активними і творчими членами суспільства. Ми думаємо, що найважливіша мета зусиль по охороні психічного здоров'я полягає в забезпеченні більш високого рівня благополуччя й повсякденного функціонування людей, приділяючи при цьому основну увагу їхнім сильним сторонам і наявним ресурсам, підвищенню їх стійкості до зовнішніх негативних впливів і посиленню захисних зовнішніх факторів.
2. Ми визнаємо, що зміцнення психічного здоров'я, профілактика психічних порушень, лікування й реабілітація осіб із проблемами психічного здоров'я й догляд за ними є пріоритетними завданнями для ВООЗ і її держав-членів, Європейського союзу (ЄС) і Ради Європи, що знайшло своє відображення в резолюціях Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, Виконавчого комітету ВООЗ, Європейського регіонального комітету ВООЗ і Ради Європейського Союзу. Ці резолюції закликають держави-члени, ВООЗ, ЄС і Раду Європи вжити заходів для зменшення тягаря проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям, і підвищення рівня психічного благополуччя.
3. Ми нагадуємо про нашу прихильність резолюції EUR/RC51/R5 щодо Африканської декларації з психічного здоров'я й антропогенних катастроф, стигматизації й обслуговування населення й резолюції EUR/RC53/R4, прийнятої Європейським регіональним комітетом ВООЗ у вересні 2003 р., у яких висловлюється стурбованість з приводу того, що в Європейському регіоні не зменшується тягар хвороб, пов'язаних із психічними розладами, і того, що, незважаючи на наявність ефективних методів і підходів, багато людей із психічними проблемами не одержують того лікування й допомоги, яких вони потребують. Зокрема, Регіональний комітет запропонував Регіональному директору:
  - приділяти питанням охорони психічного здоров'я першочергову увагу при організації й здійсненні заходів щодо відродження політики досягнення здоров'я для всіх;
  - організувати в Гельсінкі в січні 2005 р. Європейську конференцію на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я.

4. Ми нагадуємо про ряд резолюцій у підтримку програми дій по охороні психічного здоров'я. Зокрема, резолюція EB109 R8, прийнята Виконавчим комітетом ВООЗ у січні 2002 р. і підтримана в травні 2002 р. резолюцією WHA55.10 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, закликає держави – члени ВООЗ:
- прийняти рекомендації, що містяться в "Доповіді про стан охорони здоров'я у світі, 2001 р.";
  - установити політику, програми й законодавство в галузі психічного здоров'я, ґрунтовані на сучасних знаннях і повазі до прав людини, у консультації з усіма партнерами з охорони психічного здоров'я;
  - збільшити обсяг інвестицій в охорону психічного здоров'я як на рівні окремих країн, так і в межах двостороннього й багатостороннього співробітництва як невід'ємний компонент забезпечення благополуччя населення.
5. У резолюціях Ради Європейського Союзу, рекомендаціях Ради Європи й резолюціях ВООЗ, починаючи з 1975 р., надається важливе значення діяльності, спрямованій на зміцнення психічного здоров'я, а також наявність безпосереднього взаємозв'язку між проблемами психічного здоров'я, з одного боку, і соціальної маргіналізації, безробіття, безпритульності й розладів, пов'язаних із уживанням алкоголю й інших психоактивних речовин, з іншого. Ми визнаємо важливе значення положень Конвенції про захист прав людини й основних свобод, Конвенції про права дитини, Європейської конвенції з попередження катувань і поведінки або покарання, що є нелюдським або принижує людську гідність, і Європейської соціальної хартії, а також прихильності Ради Європи до забезпечення охорони й зміцнення психічного здоров'я, що знайшло своє відображення в Декларації Конференції на рівні міністрів із проблем психічного здоров'я в майбутньому (Стокгольм, 1985 р.) і в інших прийнятих ним рекомендаціях у цій галузі, зокрема, у Рекомендації R(90)22 про захист психічного здоров'я деяких соціально уразливих груп населення й Рекомендації Rec(2004)10 про захист прав людини й достоїнства осіб із психічними розладами.

### **Сфера застосування**

6. Ми відзначаємо, що багато аспектів політики й діяльності служб охорони психічного здоров'я зараз істотно змінюються у межах усього Європейського регіону. Метою політики й роботи служб є забезпечення соціальної інтеграції й дотримання принципу справедливості на основі всебічного й зваженого аналізу існуючих потреб і позитивних результатів діяльності різних служб охорони психічного здоров'я, призначених для всього населення загалом, окремих груп підвищеного ризику й осіб із психічними проблемами. У цей час послуги з охорони психічного здоров'я надаються вже не тільки у великих установах закритого типу, але також різними службами на рівні громади. Ми вважаємо це правильним і необхідним напрямком діяльності. Ми із задоволенням відзначаємо той факт, що зараз політика й практична діяльність у галузі охорони психічного здоров'я охоплюють такі аспекти:
- зміцнення психічного благополуччя;
  - боротьба зі стигматизацією, дискримінацією й соціальною ізоляцією;
  - профілактика проблем психічного здоров'я;
  - надання допомоги людям із проблемами психічного здоров'я, використовуючи для цієї мети ефективні послуги й втручання комплексного характеру, забезпечуючи для споживачів послуг і осіб, що здійснюють за ними догляд<sup>1</sup>, можливості для індивідуального вибору й участі в процесі надання допомоги;
  - відновлення здоров'я й інтеграція в суспільство осіб, що пережили серйозні психічні проблеми.



**Першочергові завдання**

7. У нашій роботі варто ґрунтуватися на можливостях, створених завдяки процесу реформування й модернізації в Європейському регіоні ВООЗ, спільно використовувати накопичений досвід і враховувати специфічні особливості окремих країн. Ми вважаємо, що найбільш пріоритетними завданнями на наступне десятиліття будуть такі:
- сприяти більш широкому усвідомленню важливого значення психічного благополуччя;
  - здійснювати спільні дії, спрямовані на боротьбу зі стигматизацією, дискримінацією й нерівністю, а також розширювати права й можливості осіб із проблемами психічного здоров'я й членів їхніх родин і відтримувати їх з метою залучення до активної участі в даному процесі;
  - розробляти й впроваджувати комплексні, інтегровані й ефективні системи охорони психічного здоров'я, що включають такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування й реабілітація, догляд і відновлення здоров'я;
  - забезпечити задоволення потреб у кваліфікованому персоналі, здатному ефективно працювати у всіх цих галузях;
  - визнавати важливе значення знань і досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я й осіб, що здійснюють за ними догляд, як основу для планування й розвитку таких служб.

**Дії**

8. Ми підтримуємо заяву про те, що психічне здоров'я є невід'ємною частиною загального здоров'я людини. Ми також думаємо, що психічне здоров'я – одна із найважливіших складових людського, соціального й економічного капіталу націй і що тому охорону психічного здоров'я варто розглядати як невід'ємний і необхідний компонент соціальної політики в інших галузях, таких як захист прав людини, соціальне забезпечення, освіта й забезпечення трудової зайнятості. Тому ми, мінистри, відповідальні за питання охорони здоров'я, зобов'язуємося визнати необхідність прийняття науково обґрунтованих комплексних стратегій охорони психічного здоров'я й розглянути шляхи і способи розробки, здійснення й подальшого розвитку таких стратегій у наших країнах з урахуванням існуючих у них конституційних структур і обов'язків. Ці стратегії, метою яких є забезпечення психічного благополуччя й соціальної інтеграції осіб із проблемами психічного здоров'я, вимагають здійснення дій у таких галузях:
- зміцнення психічного благополуччя населення в цілому за допомогою заходів, спрямованих на підвищення рівня знань про психічне здоров'я й сприятливі позитивні зміни на рівні окремих осіб і родин, місцевих співтовариств і цільного суспільства, навчальних закладів і трудових колективів, урядів і державних установ;
  - вивчення потенційного впливу всіх напрямків соціальної політики на психічне здоров'я людей, приділяючи особливу увагу уразливим групам населення, забезпечуючи при цьому розуміння того, що психічне здоров'я відіграє найважливішу роль у створенні здорового, згуртованого й продуктивного суспільства;
  - боротьба зі стигматизацією й дискримінацією, забезпечення захисту прав людини й людської гідності і впровадження необхідного законодавства для того, щоб люди, що піддаються ризику, або особи із психічними проблемами й інвалідністю мали можливості для повноцінної й рівноправної участі в житті суспільства;
  - надання цілеспрямованої підтримки й вживання заходів, адаптованих до різних етапів життя людей, що піддаються ризику, особливо в таких галузях, як

виконання батьківських функцій, виховання й навчання дітей і молоді й надання медико-соціальної допомоги особам похилого віку;

- розробка і здійснення заходів, спрямованих на скорочення причин, яким можна запобігти, розвитку психічних проблем, що супроводжують захворювання і самогубства;
  - розширення потенціалу й можливостей лікарів загальної практики й первинних ланок охорони здоров'я, що працюють у взаємодії зі спеціалізованими медичними й немедичними установами, для забезпечення ефективного доступу й надання лікувально-діагностичної допомоги особам із проблемами психічного здоров'я;
  - надання можливості одержання особами з важкими психічними проблемами ефективного комплексного лікування й догляду в різних умовах у такій формі, що забезпечує уважне ставлення до їхніх особистих переваг і захист від жорстокої й зневажливої поведінки;
  - розвиток партнерських стосунків, координації й лідерства між всіма регіонами, країнами, секторами й установами, що впливають на психічне здоров'я й соціальну інтеграцію окремих осіб, родин, груп людей і місцевих співтовариств;
  - розробка програм набору кадрів, їх навчання й підвищення кваліфікації для того, щоб забезпечити служби достатньою кількістю кваліфікованого персоналу різного профілю;
  - проведення оцінок стану психічного здоров'я й потреб населення в цілому, певних груп і окремих осіб таким чином, щоб це дозволяло порівнювати отримані дані на національному й міжнародному рівнях;
  - надання на справедливій основі фінансових ресурсів в обсягах, достатніх для досягнення цих цілей;
  - ініціювання наукових досліджень і надання підтримки в проведенні оцінки й розширенні масштабів вищевказаних дій.
9. Ми визнаємо важливе значення й нагальну потребу виявлення проблем, що стоять перед нами, і знаходження науково обґрунтованих шляхів їхнього рішення. Тому ми схвалюємо Європейський план дій з питань охорони психічного здоров'я і підтримуємо його здійснення в межах усього Європейського регіону ВООЗ із врахуванням того, що кожна країна буде адаптувати різні його елементи, виходячи зі своїх конкретних потреб і ресурсів. Ми також зобов'язуємося демонструвати солідарність у рамках Регіону й обмінюватися знаннями, прикладами найкращої практики й передовим досвідом.

### **Зобов'язання**

10. Ми, міністри охорони здоров'я держав – членів Європейського регіону ВООЗ, зобов'язуємося підтримувати, з врахуванням існуючих у кожній країні конституційних структур, принципів, загальнонаціональних і регіональних потреб, стану справ і наявних ресурсів, здійснення заходів, спрямованих на:
- забезпечення виконання політики й дотримання законодавства з охорони психічного здоров'я, що встановлює стандарти діяльності в цій галузі й сприятливому захисту прав людини;
  - координацію в межах державного апарату обов'язків з розробки, поширення й виконання стратегій і законодавства в галузі охорони психічного здоров'я;
  - оцінку впливу здійснюваних урядом дій на психічне здоров'я населення;
  - усунення стигматизації й дискримінації і посилення соціальної інтеграції шляхом підвищення рівня інформованості населення й розширення прав і можливостей осіб, що піддаються ризику;

- надання особам із проблемами психічного здоров'я можливості вибору й залучення в процес власного лікування, проведеного з урахуванням їх потреб і культури;
  - перегляд і, при необхідності, прийняття законодавства, що забезпечує рівність можливостей і відсутність дискримінації;
  - сприяння зміцненню психічного здоров'я в освітніх установах, на робочих місцях, у місцевих співтовариствах та інших відповідних умовах і місцях шляхом посилення співробітництва між організаціями й відомствами, відповідальними за питання охорони здоров'я, та іншими секторами;
  - попередження факторів ризику, там де вони мають місце, наприклад, підтримуючи створення виробничих умов, що сприяють зміцненню психічного здоров'я, а також розвиваючи стимули для надання підтримки на роботі або для якомога більш раннього повернення до роботи осіб після успішного подолання ними проблем психічного здоров'я;
  - попередження самогубств і усунення причин шкідливих стресових факторів, насильства, депресій, триажних станів і розладів, пов'язаних із уживанням алкоголю й психоактивних речовин;
  - визначення й посилення центральної ролі первинної медико-санітарної допомоги та лікарів загальної практики й розширення їхніх можливостей у плані взяття на себе відповідальності за охорону психічного здоров'я людей;
  - розвиток служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, для того щоб замінити ними допомогу в стаціонарних установах для осіб з вираженими психічними проблемами;
  - забезпечення виконання заходів, спрямованих на припинення використання негуманних методів лікування і таких, що принижують людську гідність;
  - посилення партнерського співробітництва між установами, відповідальними за надання медико-соціальної допомоги й підтримки в таких галузях, як охорона здоров'я, соціальне забезпечення, житло, освіта й працевлаштування;
  - включення питань охорони психічного здоров'я в навчальні програми для всіх працівників охорони здоров'я й розробка програм базового професійного навчання й підготовки персоналу служб охорони психічного здоров'я;
  - сприяння розвитку в працівників служб охорони психічного здоров'я спеціальних навичок і знань, необхідних для задоволення особливих потреб таких груп населення, як діти, молодь, особи похилого віку й особи із хронічними й серйозними психічними проблемами;
  - надання достатніх обсягів ресурсів для охорони психічного здоров'я, беручи до уваги тягар хвороб, а також забезпечення того, щоб інвестиції в охорону психічного здоров'я стали легко ідентифікованою частиною загальних витрат на потреби охорони здоров'я з метою досягнення їхнього паритету з інвестиціями в інші сфери охорони здоров'я;
  - розвиток системи спостереження за показниками психічного благополуччя й проблемами в галузі психічного здоров'я, включаючи фактори ризику й звернення за допомогою, а також моніторинг процесу її впровадження;
  - проведення наукових досліджень у тих випадках, коли коло наявних знань або технологій видається недостатнім, і поширення отриманих результатів.
11. Ми будемо підтримувати неурядові організації, що активно працюють в галузі охорони психічного здоров'я, і будемо стимулювати створення неурядових організацій і організацій споживачів послуг. Ми особливо вітаємо організації, що ведуть активну діяльність у таких галузях:

- створення організацій споживачів послуг, що розвивають власні види діяльності, включаючи створення й функціонування груп самопомоги й навчання навичкам, що сприяють відновленню здоров'я;
  - розширення прав і можливостей уразливих і маргінальних груп населення й відстоювання їхніх інтересів;
  - надання послуг на рівні громади за участю осіб, що користуються такими послугами;
  - вироблення у членів родин і осіб, що здійснюють догляд, практичних навичок надання допомоги й психологічної адаптації, а також забезпечення їх активної участі в програмах допомоги;
  - створення систем, нацелених на поліпшення здатностей людей ефективно виконувати батьківські функції, і на підвищення рівня освіченості й терпимості людей, а також на боротьбу з такими проблемами, як розлади, пов'язані з уживанням алкоголю й психоактивних речовин, насильство і злочинність;
  - розвиток місцевих служб, орієнтованих на задоволення потреб маргінальних груп населення;
  - організація роботи телефонних ліній допомоги й консультування по мережі Інтернет для осіб, що перебувають у кризових ситуаціях, страждають від насильства або піддаються ризику здійснення самогубства;
  - забезпечення можливостей працевлаштування для осіб з інвалідністю.
12. Ми закликаємо Європейську комісію й Раду Європи надавати підтримку виконанню цієї Європейської декларації з охорони психічного здоров'я в межах свого кола відповідальності.
13. Ми пропонуємо директорів Європейського регіонального бюро ВООЗ почати дії в таких галузях:
- A. Партнерство:*
- сприяння розвитку співробітництва в даній галузі з міжурядовими організаціями, включаючи Європейську Комісію й Раду Європи.
- B. Медико-санітарна інформація:*
- надання підтримки державам-членам у розвитку системи епідагляду за станом психічного здоров'я населення;
  - підготовка порівняльних даних про стан справ і успіхи в галузі психічного здоров'я й роботи служб охорони психічного здоров'я в державах-членах;
- C. Наукові дослідження:*
- створення мережі співпрацюючих центрів з питань охорони психічного здоров'я, що забезпечує можливості для розвитку міжнародного партнерського співробітництва, проведення високоякісних досліджень і обміну науковцями;
  - збір і поширення найкращих наявних прикладів передової практики, враховуючи при цьому етичні аспекти роботи в галузі охорони психічного здоров'я.
- D. Розробка політики й розвиток служб:*
- надання підтримки урядам країн шляхом надання експертних даних для реформування системи охорони психічного здоров'я за допомогою ефективних стратегій охорони психічного здоров'я, що охоплюють питання законодавства, розробки схем надання послуг, зміцнення психічного здоров'я й профілактики психічних проблем;
  - сприяння в розробці й впровадженні програм підвищення кваліфікації викладачів;
  - ініціювання механізмів обміну фахівцями для впровадження передового досвіду;
  - сприяння в розробці політики в галузі наукових досліджень і у формулюванні відповідних питань;

- сприяння прихильникам і ініціаторам змін за допомогою створення мережі, що поєднує національних лідерів в галузі реформування й ключових посадових осіб.

*E. Відстоювання інтересів і пропагандистська діяльність:*

- інформаційна й моніторингова підтримка стратегій і заходів, що забезпечують дотримання прав людини стосовно людей із психічними проблемами, їхню інтеграцію в життя суспільства, а також зменшення стигматизації й дискримінації щодо них;
  - розширення прав і можливостей користувачів, осіб, що здійснюють за ними догляд, і неурядових організацій за допомогою надання їм відповідної інформації й координація діяльності на міжнародному рівні;
  - надання підтримки державам-членам у створенні бази даних, що сприяє розширенню прав і можливостей користувачів служб охорони психічного здоров'я;
  - надання сприяння у здійсненні міжнародного обміну досвідом, накопиченим кваліфікованими регіональними й місцевими неурядовими організаціями;
  - надання засобом масової інформації, неурядовим організаціям та іншим зацікавленим групам і окремим особам об'єктивної й конструктивної інформації.
14. Ми просимо Європейське регіональне бюро ВООЗ ужити необхідних заходів для забезпечення повної підтримки зусиль з розробки й здійснення політики охорони психічного здоров'я, а також того, щоб заходам і програмам, спрямованим на виконання вимог даної Декларації, приділялася належна увага й щоб для них виділялися адекватні ресурси.
  15. Ми зобов'язуємося відвітувати перед ВООЗ про хід виконання справжньої Декларації в наших країнах на міжурядовій нараді, що повинна відбутися до 2010 р.

**Примітка**

1. У даному документі термін "особи, що здійснюють догляд" використовується щодо членів родини, друзів і інших неофіційних осіб.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
**НАКАЗ**

15.04.2008 № 199

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України  
 3 липня 2008 р. за № 577/15268

**Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу**

Відповідно до частини 3 статті 32 Основ законодавства України про охорону здоров'я (в редакції Закону України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів і заняття народною медициною (цілительством)" від 17 травня 2007 року № 1033-V) **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, що додається.
2. Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України (Жданова М.П.) забезпечити у встановленому порядку державну реєстрацію цього наказу в Міністерстві юстиції України.
3. Скасувати наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.10.2007 № 658 "Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу".
4. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра Митника З.М.

Міністр В.М.Князевич

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
 15.04.2008 № 199

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України  
 3 липня 2008 р. за № 577/15268

**ПОРЯДОК ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ**

1. Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, розроблений відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України "Про психіатричну допомогу", "Про соціальні послуги", "Про освіту", "Про ліцензування певних видів господарської діяльності" встановлює єдині вимоги до застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, у тому числі щодо місць застосування таких методів.
2. Психологічний вплив є вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру, за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.
3. Психотерапевтичний вплив є застосування методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи.

4. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу можуть застосовуватися виключно з метою:
- психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у навчальних закладах;
  - визначення, корекції, реабілітації, профілактики порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини;
  - діагностики, корекції, лікування, реабілітації, профілактики розладів психічного стану людини, корекції особистості.
5. Особи, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність:
- Психолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки "Психологія" (магістр, спеціаліст).
  - Лікар-психолог – фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст) за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "медична психологія".
  - Лікар-психотерапевт – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "психотерапія".
  - Лікар-психіатр – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "психіатрія".
  - Лікар-нарколог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "наркологія".
  - Лікар-сексолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки "Медицина", спеціалізацію за фахом "сексологія".
6. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності:
- Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах:
    - визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація);
    - психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психологічного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).
  - Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога:
    - діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).
  - Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта:
    - діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, у походженні яких провідним чинником є психологічний.
  - Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психіатра:
    - застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності "психіатрія", тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.
  - Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-нарколога:

- застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності "наркологія", тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.
- 6.6. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-сексопатолога:
- застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності "сексопатологія", тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.
- 6.7. Застосування методів психотерапевтичного і/або психологічного впливу відносно осіб з наявністю розладів психіки і поведінки може здійснюватися спеціалістами, які мають відповідну підготовку зі спеціальностей "психотерапія", "медична психологія", "психіатрія", "наркологія".
- 6.8. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу, які були набуті при підготовці на циклах тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами, в медичній практиці можуть використовувати лікарі інших спеціальностей.
7. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу можуть застосовуватися лише за усвідомленою згодою інформованої дієздатної особи, відносно якої вони застосовуються, або за згодою її законного представника.
8. Місця застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу:
- 8.1. Місця застосування методів психологічного впливу з метою визначення, корекції, реабілітації, профілактики порушень взаємин людини з оточуючим соціальним середовищем у закладах Міністерства праці та соціальної політики України визначаються відповідно до Закону України "Про соціальні послуги". До роботи в соціальних службах для співучасті в наданні соціально-медичних послуг за потребою можуть залучатися лікарі-психологи і психотерапевти.
- 8.2. Місця застосування методів психологічного впливу з метою психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у закладах Міністерства освіти і науки України визначаються відповідно до Закону України "Про освіту". До роботи в психологічній службі системи освіти України для розширення діагностичних, корекційних, реабілітаційних і профілактичних заходів за потребою можуть залучатися лікарі-психологи і психотерапевти.
- 8.3. Місцями застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу з метою діагностики, лікування, профілактики, реабілітації розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, корекції психічного стану людини, її особистості мають бути психотерапевтичні кабінети, відділення, центри у закладах охорони здоров'я за умови дотримання ними ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.
9. Психологічний і психотерапевтичний вплив в лікувально-профілактичних закладах застосовується:
- за самозверненням особи або її законного представника;
  - за направленням лікарів будь-якої спеціальності лікувально-профілактичного закладу або органу охорони здоров'я.



10. Забороняється застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу особам, які мають дозвіл на заняття народною медициною (цілительством), без вищої психологічної або медичної освіти та відповідної післядипломної освіти.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги  
М. П. Жданова

## Додаток 6

## НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ, ЯКІ РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ МЕРЕЖІ УКРАЇНИ

методичні рекомендації

Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, В. А. Федосєєв

\* Публікуються за виданням:

Михайло Б. В., Сердюк О. І., Федосєєв В. А. Нормативні документи, які регламентують діяльність психотерапевтичної мережі України: Методичні рекомендації. – Харків, 2002. – 11 с.

Для оптимізації практичної та організаційної діяльності психотерапевтичної мережі створена підбірка витягів з діючих державних та відомчих нормативних регламентуючих документів.

### 1. ШТАТНІ І ПОСАДОВІ НОРМАТИВИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ МЕРЕЖІ

Штатний і структурний розподіл психотерапевтичної мережі у лікувально-профілактичних установах України регламентовано наказом МОЗ від 23.02.2000 № 33 у відповідних додатках, які наводяться нижче.

#### Додаток 10

**Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу і працівників кухонь психіатричних лікарень (відділень, палат), в тому числі дитячих**

#### 1. Лікарський персонал

1.1. Посади лікарів-психотерапевтів встановлюються в загальнопсихіатричних відділеннях з розрахунку 1 посада на 200 ліжок, в відділеннях пограничних станів та психосоматичних розладів з розрахунку 1 посада на 60 ліжок.

#### 5. Педагогічний персонал

53 посади психологів встановлюються в залежності від обсягу роботи, але не менше 1 посади на 200 ліжок.

Посади психологів-судових експертів встановлюються:

- у відділеннях судово-психіатричної експертизи, для примусового лікування психічно хворих та військово-лікарської експертизи – не менше 1 посади на відділення.
- в амбулаторних судово-психіатричних експертних комісіях з розрахунку 1 посада на 750 експертиз на рік.

#### Додаток 17

**Штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу та працівників кухонь психоневрологічних диспансерів**

#### 1. Лікарський персонал

1.3. Посади лікарів-психотерапевтів уводяться з розрахунку 1 посада на 10 посад лікарів-психіатрів дільничних, але не менше 1 посади на диспансер.

#### 2. Середній медичний персонал

2.2. Посади медичних сестер лікарських кабінетів устанавлюються відповідно до посад лікарів-психіатрів, устанавлених згідно з пп. 1.2, 1.3 і п.1.5.

**3. Молодший медичний персонал**

3.2. Посади молодших медичних сестер лікарських кабінетів устанавлюються з розрахунку 0,5 посади на кожну посаду лікаря, встановлених згідно з пп. 1.1–1.3, 1.5.

**5. Педагогічний персонал**

5.1. Посади психологів для надання амбулаторної допомоги вводяться в залежності від обсягу роботи, але не менше 1 посади на диспансер (відділення).

Штатні нормативи медичного і педагогічного персоналу психоневрологічних диспансерних відділень (кабінетів) у складі міських поліклінік або лікарень в містах.

**Посади медичного і педагогічного персоналу психоневрологічних диспансерних відділень (кабінетів) устанавлюються в штаті однієї з міських поліклінік або лікарень за відсутності в місті (міському адміністративному районі) психоневрологічного диспансеру згідно з п.п. 1.1–1.6, 2.1–2.3, 2.7а (в диспансерних відділеннях і кабінетах лікарень, які не мають поліклінічних відділень), 2.7б, 3.2, 3.3 (у диспансерних відділеннях і кабінетах лікарень, які не мають поліклінічних відділень), 5 і додатково за нормативами:**

**6. Посади психологів, уведених за п. 5 (розділ I), можуть бути замінені на посади лікарів-психологів.**

Штатні нормативи медичного і педагогічного персоналу денних стаціонарів та лікувально-виробничих майстерень при психоневрологічних (психіатричних) і лікувально-профілактичних установах

**1. Денні стаціонари**

- лікаря-психотерапевта – з розрахунку 0,5 посади на 50 ліжок;
- психолога – з розрахунку 0,5 посади на 50 ліжок.

**Додаток 26**

Тимчасові штатні нормативи структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів, діагностичних центрів, центрів медичної статистики

29. Тимчасові штатні нормативи медичного, педагогічного персоналу психотерапевтичного кабінету

При визначенні штатів психотерапевтичних кабінетів, які організуються у складі обласних, міських поліклінік та поліклінічних відділень центральних районних лікарень та закладів психоневрологічного профілю, що безпосередньо обслуговують не менше 25 тис. дитячого та 30 тис. дорослого населення, застосовуються штатні нормативи:

- лікар-психотерапевт – 1 посада,
- медична сестра – 1 посада,
- молодша медична сестра – 0,5 посади,
- психолог – 1 посада.

**Примітка.** Штати психотерапевтичних кабінетів інших закладів (міських поліклінік консультативно-діагностичної допомоги, психоневрологічних диспансерів) устанавлюються за наявності 10 посад лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

**Додаток 1**

Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу і працівників кухонь республіканської АР Крим та обласних лікарень

**Лікарський персонал**

1. Посади лікарів відділень (палат) стаціонару встановлюються з розрахунку одна посада на відповідну кількість ліжок;

Найменування відділень (палат)	Найменування посад лікарів	Кількість ліжок
Психосоматичної патології	Лікар-психотерапевт	25

2. Посади лікарів окремих спеціальностей (понад передбачені п. 1) встановлюються:  
 ж) у відділеннях з ліжками відновного лікування – по 0,5 посади лікаря-психотерапевта та лікаря-рефлексотерапевта;  
 и) у відділенні психосоматичної патології – з розрахунку 1 посада психолога на 60 ліжок.

**Додаток 2**

**Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу і працівників кухонь центральних міських і міських лікарень (медико-санітарних частин), розташованих у містах з населенням понад 25 тисяч чоловік**

**Лікарський персонал**

2. Посади лікарів окремих спеціальностей (понад передбачені п. 1) встановлюються:  
 і) посади лікарів-психотерапевтів – на 300 ліжок.

**Додаток 6**

**Тимчасові штатні нормативи медичного, фармацевтичного персоналу і працівників кухонь та їдальень госпіталів для інвалідів та ветеранів війни**

**Лікарський персонал**

2. Посади лікарів для амбулаторного прийому інвалідів війни, Армії та ветеранів війни встановлюються в залежності від затверджених органом управління охорони здоров'я за підпорядкуванням відвідувань і наступної кількості відвідувань на 1 годину прийому:

Найменування посад	Кількість відвідувань на 1 годину прийому
Лікар-психотерапевт	3

**Додаток 16**

**Тимчасові штатні нормативи спеціалізованих диспансерів радіаційного захисту населення**

**Лікарський персонал**

9. Посади лікарів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню встановлюються з розрахунку:

Найменування лікарських посад	Кількість посад на кількість постраждалого дорослого населення	Примітки
Лікар-психотерапевт	0,5 на 120 тис. чол., але не менш	Якщо розрахункове число лікарських посад перевищує 3, то вводиться не більше 3 посад лікарів.

**Додаток 50**

**Тимчасові штатні нормативи медичного, управлінсько-допоміжного персоналу міських лікарень "Хоспіс"**

**Лікарський персонал**

2. Посади лікарів-психотерапевтів або психологів встановлюються з розрахунку 1 посада на 25 ліжок.

## 2. ПІДГОТОВКА КАДРІВ І АТЕСТАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТІВ

**Спеціальність** "Психотерапія" за № 88 міститься у "Номенклатурі лікарських спеціальностей", затвердженій наказом МОЗ 19.12.1997 № 359.

**Підготовка кадрів** психотерапевтів проводиться шляхом спеціалізації за фахом "Психотерапія" осіб, які у порядку, передбаченому наказом МОЗ від 25.12.1992 № 195, допущені до лікарської діяльності.

Після закінчення курсів спеціалізації проводиться атестація на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання "лікар-спеціаліст" за означеною спеціальністю (наказ МОЗ 19.12.1997 № 359).

За результатами атестації закладом освіти видається сертифікат встановленого зразка.

Спеціалізація проводиться у термін 4 місяці за навчальним планом та програмою, розробленою за вказівкою МОЗ України від 11.03.1999 № 513 Харківською медичною академією післядипломної освіти та Донецьким медичним університетом, яка затверджена МОЗ України 27.10.2000 р.

**Подальша атестація** психотерапевтів на присвоєння кваліфікаційної категорії також визначається наказом МОЗ 19.12.1997 № 359.

П. 3.1. До атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій допускаються лікарі-спеціалісти за спеціальностями, передбаченими "Номенклатурою лікарських спеціальностей", які працюють за сертифікатом "лікарі-спеціалісти" та закінчили протягом року перед атестацією передатестаційний цикл в закладі післядипломної освіти або на факультеті післядипломної освіти.

Лікарі-спеціалісти, які закінчили навчання в клінічній ординатурі чи аспірантурі і мають необхідний стаж практичної роботи за даною спеціальністю, допускаються протягом року після закінчення навчання до атестації... без проходження передатестаційного циклу. Передатестаційний іспит вони складають перед закінченням навчання на кафедрах закладів післядипломної освіти, факультетів післядипломної освіти, на яких створені екзаменаційні комісії за відповідним фахом.

П. 3.4. Лікарі ... подають необхідні документи в територіальну атестаційну комісію:

1. Заява.
2. Звіт про діяльність за останні три роки, затверджений керівником установи.
3. Копія диплома.
4. Копія трудової книжки.
5. Копія сертифікату або свідоцтва про присвоєння категорії.
6. Свідоцтво про іспит на присвоєння категорії.
7. Атестаційний лист.
8. (Рецензії).

П. 3.7. Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями:

Друга кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам зі стажем роботи з даною спеціальністю не менше 5 років...

Перша кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам зі стажем роботи з даною спеціальністю не менше 7 років...

Вища кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам зі стажем роботи з даною спеціальністю не менше 10 років...

П. 3.11. ... Лікарям, які працюють за спеціальністю "Психіатрія", до стажу роботи

для проходження атестації зараховується період роботи за спеціальностями "Наркологія", "Психотерапія", "Судово-психіатрична експертиза" і навпаки.

П. 4.1. Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають ... особи, яким присвоєні кваліфікаційні категорії в строк до 5 років з дня попередньої атестації.

П 2.1. ... Особи, які не працювали більше 3 років за конкретною ... спеціальністю, та особи, які своєчасно не пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію ... не можуть займатися лікарською діяльністю з цієї спеціальності без попереднього проходження стажування у порядку, передбаченому наказом МОЗ України від 17.03.1993 № 48.

Витяг з наказу МОЗ України від 07.12.1998 р. № 346 "Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти"

№	Назва спеціальності та циклів	Контингент курсантів	Тривалість навчання (років)
88	Психотерапія		
88.1	Спеціалізація	Лікарі-психіатри, невропатологи, наркологи, терапевти	4
88.2	Тематичні цикли	а) психотерапевти; б) лікарі лікувального профілю	0,5-1
88.3	Передатестаційний цикл	Лікарі-психотерапевти	1

### 3. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

У професійно-змістовній частині своєї роботи лікарі-психотерапевти мають дотримуватися положень "Основ законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 р. № 2801-XII. Особлива увага повинна приділятися виконанню положень статті 32. "... з метою запобігання шкоди здоров'ю населення забороняється проведення без спеціального дозволу Міністерства охорони здоров'я України розрахованих на масову аудиторію лікувальних сеансів та інших аналогічних їм заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу".

Лікарі-психотерапевти мають також дотримуватися Закону України "Про психіатричну допомогу" від 22.02.2000 р. № 1489-III. Особлива увага повинна приділятися виконанню положень:

- Статті 6. ... "Медичні працівники ..., які беруть участь у наданні психіатричної допомоги ... яким ... стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі, чи перебування в психоневрологічних закладах ... інші відомості про стан психічного здоров'я, її приватне, життя не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами 3, 4 і 5 цієї статті.

Право на одержання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник.

За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам ...

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

- 1) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;
- 2) провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду\*.

\* Статті 7, "... Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів..."

Психотерапевти, які здійснюють медичну практику у закладах, які відносяться до суб'єктів господарської діяльності, приватної форми власності, а також як фізичні особи, мають дотримуватися Наказу державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2004 р. № 38/63 "Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, господарської діяльності з медичної практики та проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (крім робіт на об'єктах ветеринарного контролю)". Особлива увага повинна приділятися виконанню положень:

П. 2.1.2. Медична практика здійснюється ... на підставі ліцензії на певний вид медичної практики

П. 2.2.1. Медичною практикою можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту.

П. 2.3.1. Суб'єкти господарювання, що здійснюють медичну практику, повинні: ... дотримуватися вимог щодо ведення медичної документації (обліку та звітності) за формами державної статистичної звітності, затвердженими Наказом МОЗ та Держкомстату від 31.07.2000 р. № 256/184....

## ДОДАТОК

**Документи, які необхідно подавати до учбових частин закладів (факультетів) післядипломної освіти для зарахування на цикли:**

**Для зарахування на ВСІ ФОРМИ НАВЧАННЯ:**

1. Путівка або клопотання адміністрації.
2. Посвідчення про відрадження.
3. Паспорт.
4. Посвідчення про шлюб (якщо диплом виданий на інше прізвище).
5. Диплом (копія).

## ДОДАТКОВО:

**Для спеціалізації (4 місяці)**

1. Копія трудової книжки або справка з місця роботи про сумісництво з номером наказу заверена печаткою відділу кадрів.
2. 2 фотографії 5×6.
3. Сертифікат лікаря-спеціаліста (копія).

Не підлягають зарахуванню на курси спеціалізації лікарі, що закінчили інтернатуру менше 3 років тому (винятки – за розпорядженням МОЗ України).

**Для передатестаційного циклу (1 місяць)**

1. Копія трудової книжки.
2. Копія посвідчення про атестаційну категорію.
3. Оригінал посвідчення про проходження підвищення кваліфікації.

У випадку, коли термін переатестації прострочений на 1 рік і більш або при перерві в професійному стажі 3 і більше років – лікар зараховується на стажування з одержанням сертифіката лікаря-спеціаліста. У такому випадку надання чергової категорії здійснюється на наступний рік.

Додатково подаються 2 фотографії 5×6.

**Для тематичного удосконалення:**

Оригінал посвідчення про проходження підвищення кваліфікації.



## ЗАКОН УКРАЇНИ Про психіатричну допомогу

Цей Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

### РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

#### Стаття 1. Визначення термінів

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

- психічні розлади – розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті;
- тяжкий психічний розлад – розлад психічної діяльності (загмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоції, інтелекту чи пам'яті), який позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку;
- психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд та медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади;
- фахівець – медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер), психолог, соціальний працівник та інший працівник, який має відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і бере участь у наданні психіатричної допомоги;
- комісія лікарів-психіатрів – два чи більше лікарів-психіатрів, які колегіально приймають рішення з питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги;
- психіатричний заклад – психоневрологічний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад, центр, відділення тощо всіх форм власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги;
- законні представники – батьки (усиновителі), опікуни або інші особи, уповноважені законом представляти інтереси осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі здійснювати захист їх прав, свобод і законних інтересів при наданні їм психіатричної допомоги;
- усвідомлена згода особи – це згода, вільно висловлена особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що можуть застосовуватися в процесі надання психіатричної допомоги, їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування;
- амбулаторна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах;

- стаціонарна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години підряд.

### **Стаття 2. Законодавство України про психіатричну допомогу**

Законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України (254к/96-ВР) і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я (2801–12), цього Закону та інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Дія цього Закону поширюється на громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в Україні.

Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про психіатричну допомогу, то застосовуються правила міжнародного договору.

### **Стаття 3. Презумпція психічного здоров'я**

Кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України.

### **Стаття 4. Принципи надання психіатричної допомоги**

Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

### **Стаття 5. Державні гарантії щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади**

Держава гарантує:

- фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги;
- безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, – на догляд за ним у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян;
- надання у державних та комунальних психіатричних закладах безоплатної діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах;
- здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи; захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;
- вирішення в установленому законом порядку питань опіки та піклування щодо осіб, які страждають на психічні розлади;

- соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними;
- здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах;
- встановлення обов'язкових карт робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку.

З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:

- створюють мережу психіатричних закладів та організують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;
- забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;
- організують за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;
- створюють лікувально-виробничі підприємства, цехи, ділянки тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;
- організують гуртожитки та інші місця проживання для осіб, які страждають на психічні розлади і втратили соціальний зв'язок;
- поліпшують житлові умови осіб, які страждають на психічні розлади, в установленому законодавством порядку;
- забезпечують виконання загальнодержавних та інших програм у сфері надання психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади;
- здійснюють відповідно до законів інші заходи щодо соціального та правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади.

#### **Стаття 6. Конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги**

Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування у психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою та п'ятою цієї статті.

Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник. За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі.

Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

- 1) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;
- 2) провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду.

У листку непрацездатності, що видається особі, яка страждає на психічний розлад, діагноз психічного розладу вписується за згодою цієї особи, а у разі її незгоди – лише причина непрацездатності (захворювання, травма або інша причина).

Забороняється без згоди особи або без згоди її законного представника та лікаря-психіатра, який надає психіатричну допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на психічний розлад, фотографувати її чи робити кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй психіатричної допомоги.

Забороняється вимагати відомості про стан психічного здоров'я особи та про надання їй психіатричної допомоги, за винятком випадків, передбачених цим Законом та іншими законами.

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей.

Вилучення оригіналів цих документів та їх копіювання може здійснюватися лише у випадках, встановлених законом.

#### **Стаття 7. Діагностика психічного розладу та лікування особи, яка страждає на психічний розлад**

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальновизнаних міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих Міністерством охорони здоров'я України для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи посмертно.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога, застосовуються за призначенням і під контролем комісії лікарів-психіатрів: за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаній у встановленому законом порядку недеєздатною, – за згодою її опікуна.

Перелік методів діагностики та лікування і лікарських засобів, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

#### **Стаття 8. Забезпечення безпеки надання психіатричної допомоги та запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на психічні розлади**

Психіатрична допомога надається в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо залобігти діяльності особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції застосовуються відповідно до правил, встановлених Міністерством охорони здоров'я України.

Органи внутрішніх справ зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду. Органи внутрішніх справ повинні запобігати діям з боку особи, якій надається психіатрична допомога в примусовому порядку, що загрожують життю і здоров'ю оточуючих та інших осіб, та вживати заходи щодо забезпечення охоронності залишеного без нагляду майна та життя особи, яка госпіталізується в примусовому порядку, а в разі необхідності – проводити розшук особи, якій психіатрична допомога повинна надаватися в примусовому порядку.

#### **Стаття 9. Обмеження, пов'язані з виконанням окремих видів діяльності**

Особа може бути визнана тимчасово (на строк до п'яти років) або постійно непридатною внаслідок психічного розладу до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих.

З метою встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я вона підлягає обов'язковому попередньому (перед початком діяльності) та періодичним (у процесі діяльності) психіатричним оглядам. Порядок проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Рішення про визнання особи внаслідок психічного розладу тимчасово або постійно непридатною до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих, приймається відповідною лікарською комісією за участю лікаря-психіатра на підставі оцінки стану психічного здоров'я особи відповідно до переліку медичних психіатричних протипоказань і може бути оскаржено до суду.

Перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи або оточуючих, затверджується Кабінетом Міністрів України і підлягає періодичному (не рідше одного разу на п'ять років) перегляду.

#### **Стаття 10. Психіатричні заклади, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу**

Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників, інших фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюються відповідно до законодавства.

## РОЗДІЛ II. ВИДИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ПІДСТАВИ ТА ПОРЯДОК ЇЇ НАДАННЯ

### Стаття 11. Психіатричний огляд

Психіатричний огляд проводиться з метою з'ясування: наявності чи відсутності в особи психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання.

Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника у випадках, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, або завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги.

Рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром за заявою, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар, який має будь-яку медичну спеціальність, інші особи.

Заява про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність психіатричного огляду і вказують на відмову особи чи її законного представника від звернення до лікаря-психіатра.

Лікар-психіатр має право робити запит щодо надання йому додаткових медичних та інших відомостей, необхідних для прийняття відповідного рішення.

У невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, заява про психіатричний огляд особи може бути усною. У цих випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром самостійно і психіатричний огляд проводиться ним негайно.

У випадках, коли відсутні дані, що свідчать про наявність обставин, передбачених абзацами другим та третім частини третьої цієї статті, заява повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність проведення такого огляду. У разі встановлення обґрунтованості заяви про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника лікар-психіатр направляє до суду за місцем проживання цієї особи заяву про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку. До заяви додається висновок лікаря-психіатра,

який містить обґрунтування про необхідність проведення такого огляду, та інші матеріали. Психіатричний огляд особи проводиться лікарем-психіатром у примусовому порядку за рішенням суду.

Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватися особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду.

Дані психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксуються у медичній документації.

Умисне подання заяви про психіатричний огляд особи, що містить завідомо неправдиві або неточні відомості щодо стану психічного здоров'я цієї особи, тягне за собою відповідальність, передбачену законом.

### **Стаття 12. Амбулаторна психіатрична допомога**

Амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи, щодо неповнолітнього віком до 15 років – на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недеєздатною, – на прохання або за згодою її спільника. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Амбулаторна психіатрична допомога може надаватися без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду.

Питання про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку вирішується судом за місцем проживання особи. Заява про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги у примусовому порядку направляється до суду лікарем-психіатром. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави для надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність надання особі такої допомоги.

Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на місяць, а комісія лікарів-психіатрів – не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження чи припинення надання їй такої допомоги.

У разі необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен надіслати до суду за місцем проживання особи заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої допомоги. В подальшому продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, та ухилення від виконання цієї особою

або її законним представником рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, психіатрична допомога може надаватися на підставах та в порядку, передбачених статтями 14, 16 і 17 цього Закону.

Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням комісії лікарів-психіатрів у разі видужання особи або такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, або за рішенням суду про відмову в продовженні надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або її законним представником через 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги.

### **Стаття 13. Госпіталізація особи до психіатричного закладу**

Особа госпіталізується до психіатричного закладу добровільно – на її прохання або за її усвідомленою згодою. Неповнолітній віком до 15 років госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника. Особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків або відсутності батьків чи законного представника госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра.

Госпіталізація особи у випадках, передбачених частиною першою цієї статті, здійснюється за рішенням лікаря-психіатра.

Особа може бути госпіталізована до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, а також у випадках проведення експертизи стану психічного здоров'я особи або застосування до особи, яка страждає на психічний розлад і вчинила суспільно небезпечне діяння, примусового заходу медичного характеру на підставах та в порядку, передбачених законами України.

### **Стаття 14. Підстави для госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку**

Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомлення, згоди або без згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

### **Стаття 15. Огляд неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної недієздатною, госпіталізованих до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників**

Неповнолітній віком до 15 років та особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізовані до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників, підлягають обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування цих осіб у психіатричному закладі та надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.



При подальшому перебуванні в психіатричному закладі зазначені в цій статті особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питань про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

У разі виявлення комісією лікарів-психіатрів зловживань, допущених законними представниками неповнолітнього віком до 15 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган повідомляє про це органи охорони та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано.

#### **Стаття 16. Огляд осіб, госпіталізованих до психіатричного закладу в примусовому порядку**

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною і особа не виражає бажання залишитися в психіатричному закладі, ця особа підлягає негайній виписці.

У випадках, коли госпіталізація особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону.

До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність такої госпіталізації.

До винесення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів).

Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника. У разі відсутності відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особи, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляються органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.

#### **Стаття 17. Продовження госпіталізації особи в примусовому порядку**

Перебування особи в психіатричному закладі в примусовому порядку може здійснюватися лише протягом часу наявності підстав, на яких було проведено госпіталізацію.

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, повинні оглядатися комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації.

У разі необхідності продовження госпіталізації в примусовому порядку понад 6 місяців представник психіатричного закладу повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження такої

госпіталізації. В подальшому продовження госпіталізації особи в психіатричному закладі проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Клопотання про припинення госпіталізації в примусовому порядку можуть направлятися до суду особою, яку було госпіталізовано в примусовому порядку, або її законним представником через кожні 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про продовження такої госпіталізації.

### **Стаття 18. Виписка особи з психіатричного закладу**

Виписка з психіатричного закладу здійснюється у разі завершення обстеження чи експертизи психічного стану особи або видужання особи чи такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує подальшого лікування в стаціонарних умовах. Виписка особи, добровільно госпіталізованої до психіатричного закладу, здійснюється за письмовою заявою цієї особи або її законного представника чи за рішенням лікаря-психіатра.

Особі, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу добровільно, або її законному представнику може бути відмовлено у виписці цієї особи з психіатричного закладу, якщо комісією лікарів-психіатрів будуть встановлені підстави госпіталізації в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону. У цьому випадку питання про госпіталізацію особи в примусовому порядку, продовження госпіталізації та виписку вирішуються відповідно до статей 16 і 17, частин другої та третьої статті 22 цього Закону та частини третьої цієї статті.

Виписка особи, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, здійснюється за рішенням комісії лікарів-психіатрів або за рішенням суду про відмову в продовженні такої госпіталізації.

Виписка особи, яка вчинила суспільно небезпечні діяння та щодо якої судом було застосовано примусові заходи медичного характеру, здійснюється за рішенням суду.

### **Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру**

Примусові заходи медичного характеру застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним (2001-05, 2002-05), Кримінально-процесуальним кодексами України (1001-05, 1002-05, 1003-05), цим Законом та іншими законами.

За рішенням суду застосовуються такі примусові заходи медичного характеру:

- 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- 2) госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом;
- 3) госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- 4) госпіталізація до психіатричного закладу з суворим наглядом.

Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів.

Особі, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, що містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру.

У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу медичного характеру. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Питання про зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру вирішується судом у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, за якої відпадає необхідність застосування раніше призначеного заходу або виникає необхідність у призначенні іншого примусового заходу медичного характеру.

#### **Стаття 20. Експертиза психічного стану особи**

Експертиза психічного стану особи (медико-соціальна експертиза втрати працездатності, військово-лікарська та інші) проводиться на підставах та в порядку, передбачених законами та прийнятими відповідно до них іншими нормативно-правовими актами.

#### **Стаття 21. Судово-психіатрична експертиза**

Судово-психіатрична експертиза з адміністративних, кримінальних і цивільних справ призначається і проводиться на підставах та в порядку, передбачених законом.

#### **Стаття 22. Порядок судового розгляду заяв про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку**

Заява лікаря-психіатра про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку розглядається судом за місцем проживання цієї особи у триденний строк з дня її надходження.

Заява представника психіатричного закладу про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 24 годин з дня її надходження.

Заяви лікаря-психіатра про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються судом за місцем проживання особи у десятиденний строк з дня їх надходження. Заяви представників психіатричних закладів про продовження госпіталізації в примусовому порядку розглядаються судом за місцем знаходження психіатричного закладу у десятиденний строк з дня їх надходження.

Судові справи щодо надання психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються в присутності особи, щодо якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь при розгляді цих справ прокурора, лікаря-психіатра чи представника психіатричного закладу, що подав заяву, та законного представника осіб, щодо яких розглядаються питання, пов'язані з наданням їм психіатричної допомоги, є обов'язковою.

#### **Стаття 23. Поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання**

Підставою для поміщення особи, яка страждає на психічний розлад, до психоневрологічного закладу для соціального захисту, є особиста заява особи та висновок лікарської комісії за участю лікаря-психіатра; для неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – заява батьків або

іншого законного представника та рішення органу опіки та піклування, прийняте на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра. Висновок повинен містити відомості про наявність у особи психічного розладу та необхідність утримання її в психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Органи опіки та піклування повинні вживати заходів для охорони майнових інтересів особи, яка перебуває у психоневрологічному закладі для соціального захисту.

Підставою для поміщення до психоневрологічного закладу для спеціального навчання неповнолітнього віком до 18 років, який страждає на психічний розлад, є заява його батьків чи іншого законного представника та висновок комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога. Висновок повинен містити відомості про наявність у неповнолітнього психічного розладу та необхідність його навчання в умовах психоневрологічного закладу для спеціального навчання.

Власник психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи уповноважений ним орган зобов'язаний не рідше одного разу на рік організовувати проведення огляду осіб, які перебувають у них, лікарською комісією за участю лікаря-психіатра, комісією за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога з метою вирішення питання щодо подальшого їх утримання у цих закладах або щодо можливості перегляду рішень про недієздатність тих, хто такими визнаний.

#### **Стаття 24. Переведення і виписки з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання**

Переведення особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання до будинку-інтернату (пансіонату) для громадян похилого віку та інвалідів або до навчального закладу іншого типу здійснюється на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра, комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога про відсутність медичних показань для проживання особи у психоневрологічному закладі для соціального захисту або спеціального навчання.

Підставою для виписки особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання є:

- особиста заява особи за наявності висновку комісії лікарів-психіатрів про можливість особи задовольняти свої основні життєві потреби;
- письмова заява законного представника неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, із зобов'язанням здійснення необхідного догляду;
- рішення суду про незаконне поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання.

### **РОЗДІЛ III. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ОСІБ ПРИ НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

#### **Стаття 25. Права осіб, яким надається психіатрична допомога**

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України (254к/96-ВР) та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України.

- Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на:
- поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини;
  - стримування інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги;
  - одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;
  - відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом; усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;
  - одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, члена їх сім'ї, інших родичів або законних представників;
  - утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;
  - попередню згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;
  - безпеку надання психіатричної допомоги;
  - безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
  - безоплатку юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;
  - альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;
  - збереження права на житлове приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги;
  - особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;
  - відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіданційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги;
  - одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншими громадянами.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають право на:

- спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншими законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;
- повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання психіатричної допомоги;
- забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;
- доступ до засобів масової інформації;
- дозвілля, заняття творчою діяльністю;
- відправлення релігійних обрядів, дотримання релігійних канонів;

- звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділення психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом;
- допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають також права, які за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів) в інтересах захисту їх здоров'я чи безпеки, а також в інтересах здоров'я або безпеки інших осіб можуть бути обмежені:

- приймати відвідувачів наодинці;
- придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку;
- перебувати на самоті.

Рішення про обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксується у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду.

Забороняється залучення осіб, яким надається психіатрична допомога, до примусової праці.

### **Стаття 26. Інформація про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги**

Лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювань про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені цим Законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги. Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визаної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники.

Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги.

У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити. У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформує законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.

### **Стаття 27. Професійні права, обов'язки та пільги лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади**

Професійні права, обов'язки лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, при наданні психіатричної допомоги встановлюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, цим Законом та іншими законами. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та зі шкідливими і небезпечними умовами праці.

Виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного захворювання, прийняття рішення про необхідність надання

психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку.

При наданні психіатричної допомоги лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів незалежні у своїх рішеннях і керуються лише медичними показаннями, своїми професійними знаннями, медичною етикою та законом.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів несуть відповідальність за прийняті ними рішення відповідно до закону.

Рішення, прийняте лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів при наданні психіатричної допомоги, викладається у письмовій формі та підписується лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги у разі відсутності підстав для її надання. Відмова у наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону тощо.

Стаття 28. Обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади.

Працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заповнення шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню. Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України.

#### **Стаття 29. Обов'язки власника психіатричного закладу або уповноваженого ним органу**

- Власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган зобов'язаний:
  - створювати необхідні умови для надання психіатричної допомоги та правового захисту осіб, яким надається психіатрична допомога;
  - забезпечувати осіб, яким надається психіатрична допомога, психіатричною допомогою гарантованого рівня та іншою необхідною медичною допомогою;
  - знайомити осіб, яким надається психіатрична допомога, правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу, а також адресами та телефонами відповідних органів державної влади, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб, громадських організацій, до яких може звернутися особа у разі порушення її прав;
  - здійснювати захист прав і законних інтересів осіб, визначених у встановленому законом порядку недієздатними, які не мають законного представника;
  - створювати умови для дозвілля осіб, яким надається психіатрична допомога;
  - своєчасно інформувати членів сім'ї, інших родичів або законних представників чи інших осіб (за вибором осіб, яким надається психіатрична допомога) про стан їх здоров'я та перебування у психіатричному закладі;
  - створювати безпечні умови надання психіатричної допомоги;
  - забезпечувати виконання вимог санітарного законодавства; забезпечувати належні умови праці фахівців та інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, яким надається психіатрична допомога;
  - виконувати інші обов'язки, пов'язані з наданням психіатричної допомоги, передбачені законом.

## **РОЗДІЛ IV. КОНТРОЛЬ І НАГЛЯД ЗА ДІЯЛЬНІСТЮ З НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **Стаття 30. Контроль за діяльністю з надання психіатричної допомоги**

Державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюють у межах своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я України, інші відповідні центральні органи виконавчої влади.

Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень здійснюють контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, а також контроль за виконанням своїх обов'язків законними представниками.

Громадський контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм незалежно від їх підпорядкування та за фахівцями, іншими працівниками, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюється об'єднаннями громадян у межах їх компетенції відповідно до законодавства України про об'єднання громадян.

Представники об'єднань громадян можуть відвідувати психіатричний заклад відповідно до вимог, встановлених правилами внутрішнього розпорядку цього закладу.

### **Стаття 31. Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної допомоги**

Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної допомоги здійснюється Генеральним прокурором України та підпорядкованими йому прокурорами відповідно до закону.

## **РОЗДІЛ V. ПОРЯДОК ОСКАРЖЕННЯ РІШЕНЬ, ДІЙ І БЕЗДІЯЛЬНОСТІ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **Стаття 32. Оскарження рішень, дій і бездіяльності, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги**

Рішення, дії чи бездіяльність осіб, які порушують права, свободи та законні інтереси громадян при наданні їм психіатричної допомоги, можуть бути оскаржені, за вибором цих громадян, до власника психіатричного закладу або власника психоневрологічного закладу для соціального захисту чи спеціального навчання, або уповноваженого ними органу, або до вищестоящих органів (вищестоящих посадових осіб), або безпосередньо до суду.

Особи, які страждають на психічні розлади, та їх законні представники звільняються від судових витрат, пов'язаних з розглядом питань щодо захисту прав і законних інтересів особи при наданні психіатричної допомоги в порядку, встановленому законодавством.

### **Стаття 33. Відповідальність за порушення законодавства про психіатричну допомогу**

Особи, винні у порушенні законодавства про психіатричну допомогу, несуть відповідальність згідно з законами України.

## **РОЗДІЛ VI. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ**

1. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування, крім абзацу четвертого статті 5, абзацу дванадцятого частини третьої статті 25 і статті 28, які набирають чинності з 1 січня 2001 року.
2. До приведення законодавства України у відповідність з цим Законом нормативно-правові акти застосовуються у частині, що не суперечить цьому.



3. Кабінету Міністрів України у шестимісячний строк:

- подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність з цим Законом;
- привести свої нормативно-правові акти у відповідність з цим Законом;
- забезпечити перегляд та скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону;
- забезпечити прийняття нормативно-правових актів, передбачених цим Законом.

4. Внести зміни до таких законів України:

1) статтю 6 Закону України "Про страхування" (85/96-ВР) (Відомості Верховної Ради України, 1996 р., № 18, ст. 78; 1998 р., № 2, ст. 4, № 11-12, ст. 50; 1999 р., № 4, ст. 35) доповнити пунктом 29 такого змісту: "29) державне обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади";

2) статтю 4 Декрету Кабінету Міністрів України від 21 січня 1993 року № 7-93 "Про державне мито" (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 13, ст. 1-15., № 26, ст. 281, № 49, ст. 459; 1994 р., № 28, ст. 241, № 29, ст. 257, № 33, ст. 300; 1995 р., № 14, ст. 90; 1996 р., № 9, ст. 43, № 41, ст. 192, № 52, ст. 306 с., 1997 р., № 6, ст. 46, № 9, ст. 70, № 18, ст. 131) доповнити пунктом 41 такого змісту: "41) громадяни – за позовами, з якими вони звертаються до суду в справах, пов'язаних із захистом прав і законних інтересів при наданні психіатричної допомоги";

3) частину першу статті 43 Основа законодавства України про охорону здоров'я (2801-12) (Відомості Верховної Ради України, 1993 р., № 4, ст. 19) викласти у такій редакції: "Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основа пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та щодо пацієнта, який не досяг віку 16 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників".

Президент України  
м. Київ, 22 лютого 2000 року  
№ 1489-Ш Л. КУЧМА

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

## КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПЕРВИННИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД

**Код МКХ-10: F 20–29**

### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в позалікарняних умовах.

### **Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні.
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі.

### **Лікувальна програма**

Лікування первинного психотичного епізоду повинно бути як біологічним, так і психосоціальним. Медикаментозне лікування необхідно розпочати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом перших 48 годин. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, слід розглядати як її побічний ефект, що є підставою для термінового перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 2–4 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика, в тому числі і першого покоління (за відсутності побічних екстрапірамідних та інших ефектів).

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною пацієнта та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

### **Характер кінцевого очікуваного лікування**

1. Етап активної терапії:
  - нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
  - зменшення виразності (редукції) психотичної симптоматики;
  - відновлення критики.
2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:
  - купірування резидуальної продуктивної симптоматики;
  - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

3. Етап профілактичної (підтримуючої) антипсихотичної терапії:

- підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

**Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

У спеціалізованому стаціонарі термін перебування повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

**Критерії якості лікування**

1. Клінічний – ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціальний – ступінь здатності до автономного соціального функціонування.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Екстрапірамідні розлади (якому числі дистонічні реакції та акатизія) – слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутирофенону); антихолінергічних препаратів; при акатизії можливе застосування неселективних  $\beta$ -адреноблокаторів.

Пізня дискінезія – патогенетичної терапії не існує.

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) – зміна препарату, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) – дієтні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності – зміна базового засобу.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек – зміна антипсихотика.

Центральні холінергічні ефекти (в тому числі когнітивні розлади) – призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седативність – призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейродегенеративний синдром – відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення данролену, бромокриптину та бензодіазепінів, контроль температури тіла, соматичного стану.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, провадження стрес-менеджменту, тренінгу навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія після першого епізоду триває від 1 до 3 років. Надається можливість отримання довгострокової дистанснерної допомоги.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Особливі вимоги не передбачені.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

## КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Код МКХ-10: F 20–29

### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в позалікарняних умовах.

### Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні.
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації при потребі інших спеціалістів.

### Лікувальна програма

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним.

### Біологічна терапія

Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії.

### Етап активної терапії

На етапі активної терапії медикаментозне лікування необхідно розпочинати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом максимально короткого терміну. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, є підставою для перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано призначення одного антипсихотичного засобу. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4–12 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика або підсилити дію антипсихотика, що використовується, призначивши психотропний препарат іншого класу. Тривалість першого етапу терапії – 8–12 тижнів.

### Етап стабілізуючої терапії

Після досягнення очікуваних результатів активного лікування на етапі стабілізуючої терапії можливе зниження дози антипсихотика з метою підвищення рівня соціального функціонування

пацієнта. У разі неможливості дотримання режиму терапії рекомендується призначення depot-препаратів або антипсихотиків пролонгованої дії. Тривалість етапу терапії – не менше 6 місяців.

#### **Етап профілактичної (підтримуючої) терапії**

Рекомендовані мінімальні терапевтично ефективні дози антипсихотиків, що були застосовані на попередніх етапах терапії.

Тривалість етапу терапії – не менше 3 років, індивідуально.

#### **Терапевтична резистентність**

Якщо в разі дотримання режиму терапії, достатніх доз препарату та зміни послідовно двох антипсихотиків, один із яких другого покоління, з терміном призначення кожного з них не менше 4 тижнів не вдається досягти бажаного терапевтичного ефекту, йдеться про дійсну терапевтичну резистентність.

У цих випадках препаратом вибору є клозепін у дозі згідно з інструкцією. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів рекомендована комплексна терапія кількома антипсихотиками (в тому числі клозепіном) та одночасне застосування антипсихотиків із іншими видами біологічної терапії.

#### **Психосоціальна терапія**

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною пацієнта та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

#### **Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

1. Етап активної терапії:
  - нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
  - зменшення виразності (редукції) психотичної симптоматики;
  - часткове відновлення критики.
2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:
  - зворотний розвиток залишкової продуктивної симптоматики і редукція негативної, афективної та когнітивної симптоматики;
  - підвищення рівня соціальної адаптації.
3. Етап профілактичної (підтримуючої) антипсихотичної терапії:
  - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

#### **Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

У спеціалізованому стаціонарі термін перебування повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

#### **Критерії якості лікування**

1. Клінічний – ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – ступінь здатності до автономного соціального функціонування.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Екстрапірамідні розлади (в тому числі дистонічні реакції та екатизія) – слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутирофанону);

антихолінергічних препаратів; при акатизії можливе застосування неселективних  $\beta$ -адреноблокаторів.

**Пізня дискінезія – патогенетичної терапії не існує.**

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) – зміна препарату не такий, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) – дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності – зміна базового препарату.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до  $> 400$  мсек – зміна антипсихотика.

Центральні холінолітичні ефекти (в тому числі когнітивні розлади) – призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седатія – призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейролептичний синдром – відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення данролену, бромокриптину та бензодіазепінів, контроль температури тіла, соматичного стану.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття свого розладу, позитивне відношення до терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менше 3 років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

**Клінічний протокол надання медичної  
допомоги хворим на біполярний розлад**

F 30–39

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Згідно з МКХ 10

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Необхідно прагнути до забезпечення безпечного та ефективного лікування по можливості в умовах найменш обмежувального режиму. При виборі цих умов лікар

повинний враховувати: готовність і здатність пацієнта до співробітництва в рамках терапевтичного процесу; існуючий ризик суїцидальної чи агресивної поведінки; можливість і присутність соціально-психологічної підтримки в найближчому оточенні. Необхідність примусової госпіталізації визначається забезпеченням безпеки пацієнта від наслідків патологічної поведінки, а також створенням умов адекватного лікування.

#### **Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-діагностичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників маніакального чи депресивного розладу.

#### **Лікувальна програма**

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним.

#### **Біологічна терапія**

Процес лікування включає різні фази захворювання: активну терапію маніакального чи змішаного епізоду, активну терапію депресивного епізоду, профілактичну (підтримуючу) терапію. Зміст терапії залежить від ступеня тяжкості поточного психічного стану.

#### **Активна терапія маніакального чи змішаного епізоду**

Для більшості пацієнтів у маніакальному стані показано лікування в умовах спеціалізованої психіатричної установи з обов'язковою медикаментозною терапією.

При менш тяжких маніакальних чи змішаних станах можливе призначення монотерапії вальпроатами, солями літію або антипсихотиками другого покоління. У більшості випадків засобом потенціювання основного лікування є короткострокове призначення бензодіазепінів. Засобом другого вибору серед стабілізаторів настрою після вальпроатів і солей літію є карбамазепін.

Першою ланкою вибору терапії при більш тяжких маніакальних чи змішаних станах, з урахуванням доведеного швидкого формування аниманіакального ефекту, є комбіноване призначення вальпроатів і антипсихотичних засобів. Залишається прийнятною схема комбінованого призначення солей літію і антипсихотиків. Серед антипсихотичних засобів перевагу варто віддавати антипсихотичним засобам другого покоління, у яких ризик виникнення побічних ефектів незначний, а також накопичуються за останні роки докази самостійних аниманіакальних можливостей цих препаратів. При психомоторному порушенні в деяких випадках варто застосовувати парентеральне введення антипсихотичних і бензодіазепінових препаратів. При цьому не слід прагнути до форсованого нарощування дози антипсихотика з метою досягнення максимального седативного ефекту.

У пацієнтів із змішаним епізодом перевагу варто віддавати призначенню вальпроатів, а не солей літію.

Призначення будь-яких антидепресантів при розвитку маніакального чи змішаного епізоду повинно бути обов'язково поступово скасоване.

При відновленні здатності пацієнтів до співробітництва в рамках терапевтичного процесу слід якомога раніше почати застосування реабілітаційних і психосоціалізаційних програм із пацієнтами та їхніми близькими.

Для пацієнтів з повторним епізодом манії, що одержуть підтримуючу терапію, слід в першу чергу переконатися в дотриманні рекомендованого терапевтичного режиму.

потім підвищити дозу препарату профілактичної терапії в межах його індивідуальної переносимості. Тільки після цього при недостатньому ефекті варто додавати нові антиманіакальні засоби з препаратів першої лінії вибору.

При призначенні терапії варто враховувати переваги самого пацієнта і думку членів його родини в рамках попереднього досвіду лікування – як у плані ефективності, так і переносимості психотропних засобів.

При відсутності ознак позитивної терапевтичної реакції в гострому маніакальному стані протягом 10–14 днів слід додатково до прийнятих препаратів призначити препарати першої лінії вибору (вальпроати, солі літію або антипсихотики другого покоління) або засобу другого вибору (карбамазепін або антипсихотики першого покоління). Наявність ознак резистентності (відсутність терапевтичного ефекту при адекватній терапії понад 4 тижні) є показанням для призначення клоzapіну чи електросудомної терапії (ЕСТ). ЕСТ також є засобом вибору при виражених змішаних епізодах або маніакальному стані при вагітності.

При наявності психотичної симптоматики в структурі маніакального чи змішаного епізоду призначення антипсихотичних засобів є обов'язковим, при цьому перевагу варто віддавати антипсихотикам другого покоління.

У середньому період активної терапії складає 3–4 місяці. Припинення активної терапії маніакального або змішаного епізоду повинне проводитися з поступовим скасуванням препаратів (не менше 2-х тижнів) тільки після досягнення стану ремісії. Один із базових препаратів-стабілізаторів (солей літію, вальпроатів, антипсихотиків другого покоління), що ефективно застосовувався під час активної терапії в конкретного пацієнта, повинен розглядатися як препарат першого вибору для подальшої профілактичної терапії.

#### **Активна терапія депресивного епізоду**

Основною умовою для лікування депресивного епізоду в рамках біполярного розладу є відмова від монотерапії антидепресантами.

Існує два основних підходи в лікуванні депресивного епізоду у пацієнтів із вказівкою в анамнезі на перенесений маніакальний епізод:

1. Одночасне комбіноване призначення антидепресантів групи СИЗЗС і препаратів-стабілізаторів – солей літію, вальпроатів, антипсихотиків другого покоління.
2. Призначення тільки стабілізаторів – солей літію і ламотриджину, як у монотерапії, так і в комбінації. При цьому варіанті відсутність ознак позитивної терапевтичної реакції протягом 3–4 тижнів припускає додаткове призначення антидепресантів – СИЗЗС, бупропіону, венлафаксину, інгібіторів MAO.

Існує ризик інверсії фази при призначенні антидепресантів, особливо трициклічних. У пацієнтів із вказівкою в анамнезі на випадки інверсії фази варто віддавати перевагу комбінованій терапії солями літію і ламотриджину, а при наявності стійкої до терапії або тяжкої депресивної симптоматики варто розглядати можливість призначення ЕСТ.

Когнітивно-поведінкова і міжособистісна психотерапія повинні призначатися якомога раніше в поєднанні з медикаментозним лікуванням.

#### **Профілактична (підтримуюча) терапія**

Запобігання повторних епізодів біполярного розладу

Проведення профілактичної підтримуючої терапії в даний час рекомендується після першого перенесеного маніакального епізоду.

Найбільша доказова база існує у відношенні профілактичної ефективності солей літію. Дозування препарату визначається моніторингом досягнутої концентрації в крові з розрахунку 0,5–1,2 мгеку/л. Монотерапія препаратами літію більш ефективна в



запобіганні маніакальних епізодів. Призначення препаратів літій знижує ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів з біполярним розладом. При недостатній переносимості чи ефективності солей літій засобами профілактичної терапії можуть бути вальпроати (запобігання обох полюсів афективної патології), ламотриджин (переважно ефективний у запобіганні депресивних фаз), антипсихотики другого покоління (найбільш інтенсивно порівнювана доказова база у відношенні їх профілактичної ефективності в запобіганні обох полюсів афективної патології).

#### При виборі засобу профілактичної терапії рекомендується:

- враховувати частоту, клінічні і функціональні наслідки кожного з полюсів афективної патології;
- віддавати перевагу одному з препаратів, що ефективно використовувалися в активній терапії останнього епізоду захворювання;
- враховувати позитивний попередній досвід профілактичного лікування і переваги самого пацієнта, що в значній мірі буде сприяти дотриманню терапевтичного режиму.

Недостатня ремісія, що полягає в наявності підпорогових афективних коливань, є підставою для призначення комбінованої профілактичної терапії. Зокрема, переважанню симптомів маніакального спектра припускає комбінацію антипсихотиків з літєм або вальпроатами, депресивних симптомів – комбінацію літій або вальпроатів з ламотриджином і антидепресантами. Часта зміна фаз у пацієнта з біполярним розладом також є показанням для призначення комбінованої профілактичної терапії.

На відміну від лікування уніполярного депресивного розладу, застосування антидепресантів при депресивному епізоді у пацієнтів з біполярним розладом у середньому не повинно перевищувати 10–12 тижнів.

У зв'язку з підвищеним ризиком інверсії фази і несприятливим профілем побіжних ефектів варто відмовитися від застосування в рамках довгострокової терапії антипсихотиків першого покоління (нейролептиків) і трициклічних антидепресантів.

Варто підкреслити особливу важливість реабілітаційних соціально-психологічних заходів, включаючи психотерапію, для досягнення результативності довгострокової профілактичної терапії. Психотерапія повинна бути спрямована на раціональний моніторинг контролю проявів захворювання та на поліпшення міжособистісного функціонування.

#### Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психосоціальна робота з родиною та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

#### Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:
  - Усунення ризику суїцидальної поведінки
  - Зменшення виразності (редукція) депресивної або маніакальної симптоматики.
2. Етап профілактичної (підтримуючої) терапії:
  - Зворотний розвиток залишкової афективної симптоматики
  - Відновлення попередньої (до захворювання) соціальної і трудової адаптації та подальша підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта
  - Профілактика повторних епізодів манії або депресії.

**Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

Перебування в спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

**Критерії якості лікування**

1. Клінічний критерій – редукція манакальної та депресивної симптоматики і стабільність досягнутого психічного стану протягом не менше 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

**Можливі побічні дії та ускладнення****Побічна дія стабілізаторів**

Побічні ефекти	Літій	Вальпроати	Карбамазепін
Тремор	+++	-	-
Зниження когнітивних функцій	+++	-	+++
Порушення ниркової функції	+++	-	-
Шкірні реакції (дерматити, вугри)	++	-	+++
Нейроендокринні зміни	++	++	+
ШКТ-розлади (диспепсія)	++	+	+
Порушення функцій печінки	+	++	++

Швидка відміна літій пов'язана з високим ризиком повторного манакального епізоду.

Ламотриджин – повільна титрація у зв'язку з високим ризиком тяжких дерматитів.

Холінергічний синдром: сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади (перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану з цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія; можливе переключення на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до >400 мсек – якщо використовувався трициклічний антидепресант, слід його замінити антидепресантом іншої групи.

Серотонінергічний синдром (симптоми: психічні розлади аж до розладів свідомості, агітація, пітливість, пронос, блювота, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при комбінаціях з інгібіторами MAO інших антидепресантів. Через це категорично забороняється використання інгібітора MAO в комбінації з іншими антидепресантами.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психосоціальної роботи з родиною та пацієнтом, спрямованої на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренування навичок самостійного життя.

Нині не існує можливості визначення індивідуальної тривалості підтримуючої терапії біполярного розладу. Успішна підтримуюча терапія, що забезпечує відсутність повторних епізодів протягом декількох років, є підставою для продовження її на максимально тривалій період. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з діючим законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсєєнко

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПАНІЧНИЙ РОЗЛАД**

**Код МКХ-10 F40–48**

У процесі диференційної діагностики необхідно виключити наступні патології:

- вроджені порушення (гіпо- та гіпертиреоз, гіпоглікемічний стан при цукровому діабеті);
- деякі серцеві захворювання (стенокардія, аритмія, гіпертонічну хворобу);
- захворювання органів дихання, що зумовлюють часте і поверхневе дихання (хронічний бронхіт та бронхіальну астму);
- неврологічні захворювання (епілепсія, гіпоталамічні порушення);
- абстинентний синдром, зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами;
- гормональні порушення, пов'язані з наднирниками;
- напади гіпотонії чи інші органічні зміни, зумовлені інфекцією або травмами.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Презалкарічно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

**Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові) методи
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників.

**Лікувальна програма**

Лікування панічного розладу (ПР) включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається комбінуванню цих заходів.

Процес лікування ПР включає такі етапи: купірування панічної атаки (ПА), етап стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість періоду купірування ПА становить від 6 тижнів до 2–3 місяців, періоду стабілізації – 4–6 місяців, періоду профілактичної терапії – не менше 1 року.

**Фармакологічне лікування**

На етапі купірування ПА провідна роль у лікуванні ПР належить антидепресантам,  $\beta$ -адреноблокаторам та бензодіазепінам.

Вибір антидепресантів зумовлюється особливостями симптоматики, психофармакологічним анамнезом, поточним використанням медикаментозних засобів. При цьому застосовуються препарати наступних груп: трициклічних, гетероциклічних антидепресантів, інгібіторів моноаміноксидази (МАО), селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н) та ін. Перевага надається антидепресантам групи СІЗЗС, СІЗЗС та Н і гетероциклічним, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції.

Бензодіазепіни є симптоматичними засобами для купірування нападу. Застосовуються як типові бензодіазепіни (седуксен, феназепам та ін.), так і атипові (клоназепам, альпразолам). Термін використання бензодіазепінів не повинен перевищувати 3–4 тижнів.

Термін використання  $\beta$ -адреноблокаторів становить 2–3 місяці і більше.

Антидепресанти є патогенетичним засобом лікування ПР. Провідна роль у його лікуванні належить групі СІЗЗС.

При неефективності препаратів групи СІЗЗС призначають антидепресанти інших груп: трициклічні, гетероциклічні, СІЗЗС та Н, інгібітори МАО.

Фармакологічне лікування на етапі стабілізуючої терапії включає використання підтримуючих доз попередньо ефективних засобів.

Необхідність застосування антидепресантів на етапі профілактичної терапії визначається особливостями перебігу клінічної симптоматики.

**Психотерапевтичне лікування** ПР передбачає використання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії.

**Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

1. Етап купірування ПА:
  - усунення гострої тривоги;
  - зменшення страху;

- регрес соматовегетативного симптомокомплексу.
- 2. Етап стабілізуючої терапії:
  - усунення агорафобних проявів, у тому числі тривоги очікування та поведінки уникнення;
  - запобігання виникненню ранніх рецидивів симптоматики;
  - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
- 3. Етап профілактичної терапії:
  - запобігання розвитку повторних ПА;
  - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

#### **Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

#### **Критерії якості лікування**

1. Клінічний – ступінь редукції клінічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седативність – зменшення дози антидепресанту, що викликає седативність, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортоstaticна гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливе, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортоstaticна гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек, якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи.

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, агітація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла і т. п.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психосвітної роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення

стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

#### **Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

## **КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД**

### **Код МКХ-10 F 40–48**

У процесі діагностичної процедури необхідно враховувати, що в 50–65 % випадків генералізований тривожний розлад (ГТР) супроводжується коморбідними розладами (панічними атаками, депресивним епізодом, соціальними або простими фобіями, розладами особистості, станами залежності, obsесивно-компульсивним розладом).

### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

### **Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

### **Лікувальна програма**

Лікування ГТР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається комбінуванню цих заходів. Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість етапу активної терапії – 6 тижнів, стабілізуючої – до 6 місяців, профілактичної – до 1 року.

#### **Фармакологічна терапія**

При лікуванні ГТР використовуються препарати різних фармакологічних груп. Препаратами першої лінії є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), трициклічні та гетероциклічні антидепресанти, парціальні агоністи 5-HT<sub>1A</sub> рецепторів (буспірон).

Препаратами другої лінії є нейролептичні засоби, інгібітори моноаміноксидази (МАО), антигістамінні засоби (H<sub>1</sub>-блокатори).

При необхідності призначають бензодіазепіни (термін їх застосування не повинен перевищувати 3–4 тижнів).

#### **Лікування ГТР із коморбідними станами включає:**

1. При коморбідній депресії та коморбідних панічних атаках – СІЗЗС або СІЗЗС та Н.
2. При коморбідних obsесивно-компульсивних розладах – кломіпрамін або СІЗЗС.

Якщо після 6-тижневого лікування не спостерігається ніяких змін, необхідно перейти до застосування іншого препарату або комбінації препаратів.

Можлива зміна психотерапевтичної тактики.

На етапах стабілізуючої та профілактичної терапії використовується попередньо ефективний фармакологічний засіб.

**Психотерапевтичне лікування ГТР включає використання наступних методів або їх поєднання:**

- релаксаційної терапії;
- недирективної психотерапії;
- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії.

#### **Психосоціальна терапія**

З першого дня лікування обов'язково проводиться психосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення ними сутності розладу та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

#### **Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

1. Етап активної терапії:
  - регрес соматичних симптомів;
  - зменшення виразності психологічних проявів.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
  - зворотний розвиток залишкових психологічних проявів;
  - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної терапії:
  - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта;
  - профілактика рецидивів ГТР.

**Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

**Критерії якості лікування**

1. Клінічний – ступінь редукції тривожної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортоstaticна гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення іншого антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортоstaticна гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла і т. п.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з чинним законодавством.



Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню Р. О. Моисєнко

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

## **КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД**

**Код МКХ-10 F 40–48**

У процесі діагностичної процедури слід враховувати, що обсесивно-компульсивні розлади (ОКР) супроводжуються коморбідними станами (депресивним епізодом, тривожними та соціальними фобіями, панічними атаками, станом залежності, розладами харчової поведінки).

### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

### **Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Проходіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

### **Лікувальна програма**

Лікування ОКР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається їх комбінуванню.

Процес лікування ОКР включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії. Тривалість активної терапії становить 12–16 тижнів, стабілізуючого етапу – від 6 місяців до 1 року, профілактичного – 1 рік.

### **Фармакологічне лікування**

У фармакологічному лікуванні провідна роль належить антидепресантам: селективним інгібиторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторам зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), трициклічним, тетрциклічним та іншим групам. Перелічені засоби використовуються у вищих дозах, ніж при лікуванні депресії.

Якщо в межах періоду активної терапії (12–16 тижнів) не спостерігається позитивних змін психопатологічної симптоматики, йдеться про резистентні форми ОКР. Подолання резистентності включає наступні стратегії:

- збільшення доз і тривалості призначення антидепресанту (якщо використовується трициклічний антидепресант, то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300–400 мкг/л);
- перехід на застосування антидепресантів інших груп;
- зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);
- підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад, антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та ін.);
- комплексна терапія двома антидепресантами різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

Етап стабілізуючої терапії включає використання підтримуючих доз попередньо ефективних засобів. Необхідність застосування фармакологічних засобів визначається особливостями перебігу клінічної симптоматики.

#### **Психотерапевтичне лікування ОКР передбачає використання:**

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії.

#### **Психосоціальна терапія**

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності хвороби та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

#### **Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

1. Етап активної терапії:
  - усунення соматичних проявів;
  - зменшення виразності obsесивно-компульсивних порушень;
  - зменшення депресивного фону настрою.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
  - нормалізація настрою;
  - зворотний розвиток obsесивно-компульсивних проявів;
  - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної терапії:
  - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта;
  - профілактика повторних епізодів ОКР.

#### **Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

#### **Критерії якості лікування**

1. Клінічний – ступінь редукції obsесивно-компульсивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Холінергмічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортоstaticна гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортоstaticна гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергмічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами – зменшення дози або повне припинення лікування цими препаратами.

Найбільший ризик серотонінергмічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психосвітної роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття хвороби, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

### **Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з чинним законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р.О. Моисєнко

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

## КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

Код МКХ-10: F 40–48

У процесі діагностики необхідно враховувати характерну для посттравматичних стресових розладів (ПТСР) коморбідну патологію. Особливо часто спостерігається поєднання ПТСР із депресивними розладами, різними формами хімічної залежності, а також із панічними, obsесивно-компульсивними, тривожно-фобійними розладами.

### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

### Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

### Лікувальна програма

Лікування ПТСР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається їх комбінуванню. Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість етапу активної терапії – 6 місяців, стабілізуючої – до 1 року, профілактичної – до 3 років.

### Фармакологічна терапія

Фармакотерапія в більшості випадків має тривалий характер і полягає переважно в комбінованому застосуванні антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних препаратів,  $\beta$ -адреноблокаторів, антипсихотичних засобів та інших засобів, причому основна роль належить антидепресантам. Терапія антидепресантами розпочинається з їх призначення разом із транквілізаторами або снодійними засобами, в разі потреби – із  $\beta$ -адреноблокаторами. Вибір антидепресантів зумовлюється особливостями симптоматики, психофармакологічним анамнезом, поточним використанням медикаментозних засобів. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н) та гетероциклічним, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до отримання бажаної терапевтичної реакції.

Призначення транквілізаторів має тимчасовий характер і становить, як правило, 3–4 тижні, в особливих випадках – не більше 3 місяців. Застосування снодійних

засобів рекомендується виключно впродовж коротких курсів і в тому разі, коли у клінічній картині спостерігається поєднання симптомів порушень сну з афективними розладами.  $\beta$ -адреноблокатори призначають малими дрібними дозами. Нейролептичні засоби застосовують виключно в тих випадках, коли тривога супроводжується вираженим психомоторним збудженням та/або дезорганізацією мислення, а також у разі неефективності інших анксiolітичних та седативних засобів.

**Психотерапевтичне лікування ПТСР включає використання наступних методів або їх поєднання:**

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії;
- психодинамічної психотерапії.

#### **Психосоціальна терапія**

З першого дня лікування обов'язково проводиться психосвітіння робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності розладу та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

#### **Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

1. Етап активної терапії:
  - регрес основної психопатологічної симптоматики;
  - афективна переосінка травматичного досвіду.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
  - зворотний розвиток залишкових психологічних проявів;
  - відновлення відчуття цінності власної особистості;
  - створення нової когнітивної моделі життєдіяльності.
3. Етап профілактичної терапії:
  - підтримка оптимального рівня функціонування пацієнта;
  - профілактика рецидивів ПТСР.

#### **Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

Период перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

#### **Критерії якості лікування**

1. Клінічний критерій – ступінь редукції симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади, перли за все при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає в першу чергу при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитация, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок застосування комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування цими препаратами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

#### **Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко

Затверджено  
Наказ МОЗ України  
від 05.02.2007 № 59

### **КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДИСОЦІАТИВНУ АМНЕЗІЮ**

**Код МКХ-10: F 40–48**

#### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво

необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

#### Клініко-діагностична програма

1. Клініко-anamnestичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі: скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу.

#### Лікувальна програма

Пацієнтам, хворим на дисоціативні розлади, необхідно проводити специфічну терапію, зумовлену клінічними проявами невротичного регістру, а також неспецифічну терапію, пов'язану із наявністю соматоневрологічних змін: зміцнювальну, тонізуючу, що підвищує реактивність. Поряд із цим проводиться психотерапія та реабілітаційні заходи.

Специфічною терапією для пацієнтів на дисоціативні розлади є психотерапія:

- а) **індивідуально-орієнтована психотерапія** проводиться після зняття гостроти хворобливих переживань. Проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії та спрямована на виявлення і вивчення збільшених адаптаційних можливостей особистості, досягнення у пацієнта усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між вагомими переживаннями і особливостями системи відносин, корекцію неадекватних реакцій і форм поведінки, логічне переконання пацієнта, вироблення у нього адекватного ставлення до розладу. Частота – 3–5 разів на тиждень, тривалість – 4–6 тижнів;
- б) **гіпно́терапія** – спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на седатцію емоційних порушень, відновлення настрою, проводиться щодня, усього 8–10 сеансів;
- в) **аутогонне тренування** – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня, 10–15 сеансів під контролем лікаря, а потім самостійно протягом 3–4 місяців;
- г) **сімейна психотерапія** – спрямована на стабілізацію відносин у сім'ї;
- д) **тілесно-орієнтована психотерапія**.

#### Медикаментозне лікування:

- транквілізатори – короткостроковий курс лікування для купірування гострих проявів захворювання;
- нейролептики – при грубих поведінкових розладах, порушеннях свідомості;
- антидепресанти.

#### Характер кінцевого очікуваного результату лікування

У стаціонарі – зменшення емоційних порушень. Купірування афективних розладів, гострих невротичних розладів, дезактуалізації психогенної дезадаптації тощо, пом'якшення змін особистості, покращення якості життя хворого.

Амбулаторне – зменшення емоційних порушень, зменшення впливу психогенних факторів. Купірування невротичних та афективних розладів, порушень поведінки, покращення якості життя пацієнта.

**Тривалість лікування** – від 3 тижнів до 6 місяців.

**Критерії якості лікування**

Нормалізація емоційного стану та психологічних установок пацієнта і, як наслідок, покращання якості життя.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до  $> 400$  msec (якщо використовувався трициклічний антидепресант, слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

**Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги**

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: прийом підтримуючого лікування протягом 3–6 місяців із поступовим зниженням доз препаратів; обов'язкове використання умовнорефлекторного тренінгу упродовж тривалого часу, аутогенного тренування. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р.О. Моїсеєнко



**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА  
СОМАТИЗОВАНИЙ РОЗЛАД****Код МКХ-10: F 40–48****Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

**Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі.

**Лікувальна програма**

Терапією даного розладу є комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів. Використовується:

**Психотерапія:**

- a) **раціональна психотерапія** – спрямована на роз'яснення пацієнту особливостей формування захворювання, неадекватного відношення до свого стану, переоцінки значущості виникаючих відчуттів, проводиться 2–3 рази на тиждень протягом 1 місяця;
- б) **групова психотерапія** – спрямована на формування нових психологічних установок, проводиться щодня впродовж 21 дня;
- в) **аутогенне тренування** має переважно симптоматичний характер і спрямоване на усунення симптомів, проводиться 2–3 рази на тиждень протягом 1 місяця;
- г) **тілесно-орієнтована психотерапія**;
- д) **сімейна психотерапія** використовується з метою створення сприятливого мікроклімату в сім'ї, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2–3 місяців;
- е) **поведінкова (умовно-рефлекторна) терапія**, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2–3 місяців.

**Медикаментозне лікування:**

Транквілізатори;  $\beta$ -адреноблокатори; антидепресанти; нейролептики; нейрометаболічні, ангіотропні та вегетотропні препарати.

**Тривалість лікування** – від 3 до 6 місяців.

**Критерії якості лікування**

Нормалізація емоційного стану та психологічних установок пацієнта і, як наслідок, покращення якості життя.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі побічні дії, які пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим призначенням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до  $> 400$  msec (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

#### **Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги**

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: призначення підтримуючого лікування впродовж 2–3 місяців із поступовим зниженням доз препаратів. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

#### **Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсєєнко

## КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕВРАСТЕНІЮ

### Код МКХ-10: F 40–48

#### Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

#### Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі.

#### Лікувальна програма

Особливістю терапії даного розладу є комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів.

#### Психотерапія:

- а) раціональна** – спрямована на роз'яснення пацієнту особливостей формування захворювання, неадекватного відношення пацієнта до ситуацій, що призвели до розладу, переоцінки своєї ролі та положення у психотравмуючій ситуації;
- б) індивідуально-орієнтована** – спрямована на всебічне вивчення особистості пацієнта, специфіки формування, структури і функціонування його системи відношень; досягнення у пацієнта усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку особливостями його системи відношень і захворюванням; допомога в розумінні ситуації, що є психотравмуючою, зміна відношення до цієї ситуації, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки.
- в) аутогенне тренування** проводиться із застосуванням спеціально розроблених вправ з урахуванням скарг пацієнта і симптоматики розладу та спрямована на розвиток і зміцнення саморегуляції, самоконтролю і самовладання, при цьому здійснюється вплив на загальноневротичну симптоматику, нейровегетативні розлади, тривалість – 2–3 місяці, перші 2–3 тижні під контролем лікаря, потім самостійно.

#### Медикаментозне лікування:

- адаптогени природного походження;
- ноотропи;
- нейрометаболічні препарати;
- транквілізатори;
- антидепресанти.

**Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

Редукція психопатологічної симптоматики, остаточної реконвалесценція.

**Тривалість лікування** – від 3 до 6 тижнів.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі побічні дії, пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади), перш за все при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектра дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на застосування антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до  $> 400$  мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO з іншими антидепресантами.

**Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко

## КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕПРЕСИВНИЙ ЕПІЗОД ТА РЕКУРЕНТНУ ДЕПРЕСІЮ

### F 30–39

Ознаки та критерії діагностики захворювання.

### Згідно з МКХ 10

#### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, тяжких соматичних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

#### Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи.
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти).
3. Методи інструментального обстеження.
4. Лабораторні методи.
5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників депресивного розладу.

#### Лікувальна програма

Лікування повинне бути біологічним і психосоціальним.

#### Біологічна терапія

Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії. Зміст терапії залежить від ступеня тяжкості поточного психічного стану.

#### Етап активної терапії

Підставою для початку медикаментозного лікування є наявність депресивної симптоматики протягом більше ніж 2 тижнів. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), починаючи з мінімальних доз, передбачених інструкціями, з поступовим нарощуванням доз до бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендоване використання одного антидепресанту. При повній відсутності його терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів необхідно перейти до іншого антидепресанту. При незначному поліпшенні афективного стану – ще 2 тижні продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності прогресу слід перейти до іншого антидепресанту. При наявності клінічно значущих симптомів тривоги, рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) строком на 1–2 тижні.

**Залежно від тяжкості стану**

При тяжкому депресивному епізоді, який потребує інтенсивнішого лікування, або при відсутності прогресу у лікуванні депресивного епізоду середнього ступеня тяжкості зазначеними вище засобами, бажано призначати сучасні антидепресанти подвійної дії або трициклічні антидепресанти (бажаний лабораторний моніторинг трициклічного антидепресанту в крові). Депресивний епізод, обтяжений психотичною симптоматикою, потребує обов'язкового поєднаного призначення антидепресантів і антипсихотиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою схильністю пацієнтів цієї категорії до виникнення екстрапірамідних ускладнень. Тривалість етапу активної терапії – 8–16 тижнів.

**Етап стабілізуючої терапії**

Терапія антидепресантами продовжується в дозах, які були обрані на етапі активної лікування. Тривалість етапу стабілізуючої терапії – не менше 6 місяців.

**Етап профілактичної (підтримуючої) терапії**

Профілактичне (підтримуюче) лікування необхідно всім пацієнтам протягом не менше 3 років, а пацієнтам з трьома та більше епізодами в минулому, з обтяженим депресією сімейним анамнезом та соматично обтяженим пацієнтам – більше трьох років. При вирішенні питання про відміну антидепресанту слід забезпечити поступове зменшення його дози протягом не менше 4 тижнів (для уникнення "синдрому віддачі").

**Терапевтична резистентність**

Якщо в разі дотримання режиму терапії, достатніх дозувань та при умові відсутності ознак біполярного розладу протягом не менш 6 тижнів (для кожного із двох послідовно використаних антидепресантів) не настає бажаний терапевтичний ефект – йдеться про дійсну терапевтичну резистентність.

Для подолання терапевтичної резистентності рекомендується:

- підвищення дозувань і тривалості призначення антидепресанту, що використовується (якщо використовується трициклічний антидепресант, то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300–400 мкг/л);
- переключення на антидепресанти інших груп;
- зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);
- підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад, антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та інших);
- комбінація двох антидепресантів різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

**Психосоціальна терапія**

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною і когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

**Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

1. Етап активної терапії:
  - Усунення ризику суїцидальної поведінки.

- Зменшення виразності (редукція) депресивної симптоматики.
2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:
    - Зворотній розвиток залишкової депресивної симптоматики.
    - Відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
  3. Етап профілактичної (підтримуючої) антидепресивної терапії:
    - Підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.
    - Профілактика повторних епізодів депресії.

### **Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі**

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

### **Критерії якості лікування**

1. Клінічний критерій – ступінь редукції депресивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – ввідновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Холінергічний синдром: сухість в роті, порушення зору, когнітивні розлади (перш за все при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все при використанні трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можлива, переключення на антидепресанти, що не викликають сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади, аж до розладів свідомості, ажитация, гіпергідроз, пронос, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при комбінаціях з інгібіторами MAO інших антидепресантів. Через це категорично забороняється використовувати інгібітори MAO в комбінації з іншими антидепресантами.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з родиною та пацієнтом, спрямованої на прийняття розладу, позитивне відношення до терапії, стрес-стійкості у повсякденному житті (стрес-меджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менше 3-х років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно з діючим законодавством.

Директор Департаменту  
організації та розвитку  
медичної допомоги населенню

Р. О. Моїсеєнко



**КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ****ПОСТАНОВА****рід 27 вересня 2000 р.****№ 1465, Київ**

Про затвердження Порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих.

Відповідно до статті 9 Закону України "Про психіатричну допомогу" (1489-14) Кабінет Міністрів України **постановляє**:

Затвердити Порядок проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих (додаються).

**Прем'єр-міністр України**

Інд. 28

**В. ЮЩЕНКО**

ЗАТВЕРДЖЕНО постановою  
Кабінету Міністрів України  
від 27 вересня 2000 р. № 1465

**ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВИХ  
ПОПЕРЕДНІХ ТА ПЕРІОДИЧНИХ ПСИХІАТРИЧНИХ ОГЛЯДІВ**

1. Метою проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів є встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я.
2. Обов'язковий попередній психіатричний огляд проводиться перед початком діяльності (влаштуванням на роботу), а обов'язковий періодичний – у процесі діяльності. Періодичність проведення цих психіатричних оглядів визначається переліком медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих (далі – перелік).
3. Обов'язкові попередній та періодичний психіатричні огляди проводяться лікарем-психіатром у державних та комунальних психіатричних закладах, закладах охорони здоров'я, що мають у своєму складі спеціалізовані психоневрологічні центри, відділення, кабінети (далі – психоневрологічні заклади), за місцем постійного проживання громадянина. Працівники МВС, СБУ, Міноборони та інших військових формувань, утворених відповідно до законів України, проходять обов'язкові попередній та періодичний психіатричні огляди у відповідних відомчих лікувально-профілактичних закладах.
4. Обов'язкові попередній та періодичний психіатричні огляди проводяться за програмою, яка передбачає обов'язкове та у разі потреби додаткове обстеження. Обсяги обов'язкового обстеження встановлюються МОЗ.

5. Під час проведення обов'язкових попереднього та періодичного психіатричних оглядів враховуються відомості про звернення особи у психоневрологічні заклади за психіатричною допомогою.
6. У разі виявлення в особи ознак психічного захворювання (розладу), зазначеного у переліку, яке є протипоказанням для виконання окремих видів діяльності, або якщо вона страждала на тяжкий психічний розлад в минулому (не менш як 5 років тому), а також у разі незгоди особи з результатами психіатричного огляду вона повинна пройти додаткове психіатричне обстеження – амбулаторне або в умовах стаціонару. Рішення про наявність психіатричних протипоказань для виконання окремих видів діяльності після додаткового психіатричного обстеження приймається лікарсько-консультативною комісією.
7. Після проведення обов'язкових попереднього або періодичного психіатричних оглядів, а у разі потреби – додаткового психіатричного обстеження, особі видається довідка про проходження обов'язкових попереднього або періодичного психіатричних оглядів (зразок додається), в якій зазначається наявність чи відсутність у неї психіатричних протипоказань для виконання окремих видів діяльності. Термін дії довідки встановлюється відповідно до періодичності психіатричних оглядів.
8. Наявність чи відсутність в особи наркологічних протипоказань для виконання окремих видів діяльності встановлюється відповідно до Порядку про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд громадян (1238-97-п), встановленого Кабінетом Міністрів України.
9. Інструкція про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і форми відповідної медичної звітності розробляються і затверджуються МОЗ.

Додаток до Порядку

Зразок.....  
(назва/кваліфікація установи)

**ДОВІДКА**

про проходження попереднього (періодичного) психіатричного огляду

Прізвище .....

Ім'я .....

По батькові .....

Рік народження .....

Адреса .....

Дата проходження огляду .....

Результати огляду:

а) психіатричних протипоказань для виконання .....

(вид професійних обов'язків)

б) психіатричних протипоказань для провадження .....

(вид діяльності)

Результати обстеження, проведеного лікарсько-консультативною комісією

Довідка дійсна до .....

Лікар-психіатр .....

МП лікаря (підпис) .....

(прізвище та ініціали)

МП установи

## ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Судово-психіатрична експертиза (надалі – експертиза) призначається органами досудового слідства та суду і проводиться за їх відповідним рішенням з метою відповіді на питання, що виникають під час провадження адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи.

Експертиза проводиться в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, центрах судово-психіатричних експертиз, відділеннях (амбулаторних, стаціонарних експертиз), які є структурними підрозділами психоневрологічних (психіатричних) лікарень, психоневрологічних диспансерів. Зазначені заклади охорони здоров'я виконують функції судово-експертних установ або підрозділів (далі – експертна установа / підрозділ).

Експертизу в експертній установі (підрозділі) виконує лікар-судово-психіатричний експерт (далі – експерт) одноособово або у складі амбулаторних (стаціонарних) судово-психіатричних експертних комісій (далі – комісія). Посади експертів та голів комісій встановлюються згідно з чинними нормативними документами Міністерства охорони здоров'я. Склад комісії затверджується наказом керівника експертної установи (підрозділу). Проведення експертиз з кримінальних, цивільних та адміністративних справ у експертних установах (підрозділах); обов'язки, права та відповідальність експерта; організація проведення експертиз та оформлення їх результатів визначаються Законами України "Про судову експертизу", "Про психіатричну допомогу", Кримінально-процесуальним, Цивільним процесуальним кодексами, Кодексом України про адміністративні правопорушення та цим Порядком.

Експертиза може проводитись амбулаторно (у тому числі посмертно), стаціонарно, у судовому засіданні.

Експертиза може бути первинна, додаткова і повторна.

Первинною є експертиза, яка призначається у даній справі з даних питань уперше.

Додатковою є експертиза, яка призначається для вирішення окремих питань, які не були поставлені при первинній експертизі, а також у разі неповноти або недостатньої якості первинної експертизи, і проведення її доручається експертам у тому самому або іншому складі.

Повторною є експертиза, яка призначається, якщо висновок первинної експертизи суперечить матеріалам справи, викликає сумніви щодо його правильності і визнаний органами дізнання, слідчим, прокурором, судом необґрунтованим. Призначення повторної експертизи повинно бути мотивоване, а її проведення доручається іншому більш кваліфікованому складу експертів.

**Предметом експертизи** є визначення психічного стану осіб, яким призначено експертизу, у конкретні проміжки часу і відносно певних обставин, що становлять інтерес для органів слідства та суду.

**Об'єктами експертизи є:** підозрювані, стосовно яких в органів дізнання та слідства виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності; обвинувачені та підсудні, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх осудності або можливості за психічним станом брати участь у слідчих діях чи судовому засіданні; свідки і потерпілі, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності; потерпілі, стосовно яких вирішується питання про взаємозв'язок змін у їхньому психічному стані зі скоєними щодо них протиправними діяннями (безпорадний стан та

заподіяння шкоди здоров'ю); позивачі, відповідачі та інші особи, стосовно яких вирішується питання про їхню дієздатність; позивачі, стосовно яких вирішується питання про їх психічний стан у певні проміжки часу, про обґрунтованість установленого раніше психіатричного діагнозу та прийнятих щодо них медичних заходів; матеріали кримінальної або шлюбної справи, медична документація, аудіовізуальні матеріали та інша інформація про психічний стан особи, відповідно до якої проводиться експертиза.

Експертизи мають призначатися відповідно до зони, яка обслуговується певною експертною установою (підрозділом). При повторній експертизі або в разі неможливості чи недоцільності проведення експертизи в експертній установі (підрозділі) за зоною обслуговування особа або орган, які призначають експертизу, указавши відповідні мотиви, можуть доручити її виконання експертам іншої експертної установи (підрозділу).

Організаційне, матеріально-технічне забезпечення виконання експертизи, контроль за своєчасним її проведенням та дотриманням чинного законодавства з питань експертизи покладються на керівника експертної установи (підрозділу).

Якщо отримані матеріали оформлені з порушеннями, які унеможливають організацію проведення експертизи (не надійшло рішення про призначення експертизи, не надійшли об'єкти досліджень, поставлені запитання виходять за межі спеціальних знань експерта і т. ін.), то керівник експертної установи (підрозділу) негайно повідомляє про це особу або орган, які призначили експертизу.

Якщо особа або орган, які призначили експертизу, не вживають належних заходів для усунення цих перешкод, то керівник експертної установи (підрозділу) після закінчення одного місяця з дня надання зазначеного повідомлення повертає їм матеріали.

Кількісний склад експертів (односособовий або комісійний) щодо конкретної справи встановлюється органом, який призначив експертизу. Якщо це не зазначено, його встановлює керівник експертної установи (підрозділу). При цьому враховуються форма проведення експертизи, її вид та складність. При проведенні комісійної експертизи експерт, призначений головою комісії, не має переваг перед іншими членами комісії при вирішенні порушених питань. Як голова комісії він виконує лише організаційні функції з проведення експертизи. В експертизі відсутня інстанційність. У разі розходження думок між експертами однієї комісії, у разі розходження висновків первинної та повторної експертиз жоден із висновків не має заздальгідь установленої сили. Права й обов'язки експерта, на якого покладено виконання експертизи, незалежно від виду судочинства передбачаються Законом "Про судову експертизу" (ст. ст. 12, 13) та процесуальним законодавством.

**Експерт, на якого покладено виконання експертизи, зобов'язаний:** з'явитися на виклик органу, який призначає експертизу; особисто досліджувати надані йому об'єкти і давати об'єктивний висновок на поставлені перед ним запитання; заявити про самовідвід за наявності підстав, передбачених законодавством, які виключають його участь у справі; повідомити у письмовій формі орган, що призначив експертизу, про неможливість проведення експертизи із зазначенням причин (ненадання об'єктів для проведення експертизи, ненадання вжитрбуваних додаткових матеріалів або надання матеріалів, що недостатні для вирішення запитань, або запитання, що ставлять перед ним, виходять за межі його компетенції).

**Експерт має право:** ознайомитися з матеріалами справи, медичною документацією, які стосуються експертизи; порушувати клопотання про надання додаткових та нових матеріалів, необхідних для вирішення поставлених питань; з дозволу особи або органу, які призначили експертизу, бути присутнім під час проведення слідчих і судових дій, порушувати клопотання, що стосуються проведення експертизи, та задавати відповідні запитання особам, яких допитують; указувати у висновку експертизи на факти, які мають значення для справи і про які йому не були поставлені питання; у разі

незгоди з іншими членами експертної комісії – скласти окремих висновок експертизи; оскаржувати в установленому порядку дії та рішення особи або органу, які призначили експертизу, внаслідок чого порушуються права експерта або порядок проведення експертизи; за наявності відповідних підстав на забезпечення безпеки.

**Експерту забороняється:** самостійно збирати матеріали, які підлягають дослідженню, а також вибирати вихідні дані для проведення експертизи, якщо вони відображені в наданих йому матеріалах неоднозначно; розголошувати без дозволу прокурора, слідчого, особи, яка провадить дізнання, дані досудового слідства; вступати в контакти, не передбачені порядком проведення експертизи, з будь-якими особами, якщо такі особи прямо чи побіжно стосуються експертизи; зберігати кримінальні, цивільні та господарські справи, а також речові докази й документи, що є об'єктами експертизи, поза службовим приміщенням.

Амбулаторна експертиза може проводитись у кабінеті слідчого, суді, слідчому ізоляторі, експертній установі (підрозділі). Виклик експерта на вимогу слідчих або судових органів здійснюється згідно з вимогами чинного законодавства.

Термін проведення амбулаторної експертизи становить до 30 діб з моменту отримання всіх відповідних матеріалів. Залежно від ступеня складності експертизи і обсягу її об'єктів, поданих на дослідження, цей термін може бути продовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу. Експерти, які проводять амбулаторну експертизу, у разі неможливості відповісти на всі запитання, поставлені перед ними, обґрунтовують висновок про необхідність проведення стаціонарної експертизи.

При проведенні експертизи в суді експерт оголошує акт експертизи в судовому засіданні і дає роз'яснення з питань, які виникли в учасників процесу. Стаціонарна експертиза обвинуваченого проводиться в експертній установі (підрозділі) за наявності рішення суду про призначення відповідної експертизи.

Стаціонарна експертиза потерпілого, свідка, позивача та відповідача у кримінальних і цивільних справах призначається судом тільки за їх згодою. Стаціонарна експертиза проводиться у експертній установі (підрозділі) з окремим утриманням осіб, які перебувають і не перебувають під вартою. При проведенні стаціонарної експертизи за наявності медичних показань до осіб застосовуються відповідні їх стану методи лікування і дослідження, дозволені Міністерством охорони здоров'я України.

Термін проведення стаціонарної експертизи становить до 30 діб. Залежно від обсягу та складності експертизи термін її проведення може бути подовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу.

Особа, яка перебуває під вартою, після завершення експертизи повертається до установи, звідки поступила на експертизу, незалежно від експертного рішення.

Особа, яка не перебуває під вартою, після закінчення експертизи може бути виписана з експертної установи (підрозділу) залежно від психічного стану самостійно або в супроводі родичів, законних представників на підставі дозволу слідчого на її виписку. Особа, яка за психічним станом не може усвідомлювати свої дії та свідомо керувати ними і становить безпосередню небезпеку для себе і оточення, може бути переведена до психіатричної лікарні за місцем порушення кримінальної справи, згідно з діючими нормативними документами, де і перебуває до рішення суду за цією справою. Цей пункт поширюється на осіб, які на момент закінчення експертизи звільнені з-під варті.

По закінченні експертизи складається акт експертизи, що містить вступну, досліджувальну, мотивувальну частини і висновок.

**Вступна частина акта експертизи містить:** дату проведення експертизи; дату експертизи, її номер, чи є вона додатковою, повторною, комісійною або комплексною, форму проведення експертизи (амбулаторна, стаціонарна тощо); прізвище, ім'я та по батькові особи, якій призначено експертизу; прізвище експерта (експертів), фах,

посаду, експертний стаж, кваліфікаційний клас, ранг, науковий ступінь, учене звання; ким і коли винесено рішення про призначення експертизи; прізвища присутніх при експертизі; перелік об'єктів, поданих на експертизу; запитання, поставлені перед експертом (експертами); підпис експерта (експертів) під попередженням про відповідальність.

**Досліджувальна частина акта експертизи містить:** факти, які отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, що стосуються психічного стану особи, у різні періоди часу та їх пояснення; дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення експертизи (психічний, соматичний, неврологічний стани тощо).

**Мотивувальна частина акта експертизи містить обгрунтоване пояснення даних про психічний стан особи та фактів, які встановлені і виявлені при дослідженні об'єктів експертизи.**

**Висновок експертизи повинен бути обгрунтованим і містити відповідь на поставлені перед ним питання у межах його компетенції, мати конкретний характер.** У разі виявлення експертом важливих фактів, з приводу яких йому не були поставлені запитання, він дає відповідь з власної ініціативи. Відповіді не можуть мати форму рекомендацій або вказівок слідству чи суду. Акт експертизи (односособової, комісійної) підписується експертом, членами комісії і засвідчується печаткою експертної установи. При комісійній експертизі у разі незгоди експертів щодо відповідей на поставлені питання кожен з них складає і підписує окремий акт або частину спільного акта, яка відображає хід і результати досліджень, проведених ним особисто. Акт експертизи складається у двох примірниках, один з яких направляється особі або органу, які призначили експертизу, а другий залишається в експертній установі.

ЗАТВЕРДЖЕНО  
постановою Кабінету Міністрів України  
від 27 вересня 2000 р. № 1465

### ПЕРЕЛІК

медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих

Загальними медичними психіатричними протипоказаннями для зазначених у цьому переліку видів діяльності, що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих, є тяжкі хронічні та затяжні психічні розлади (захворювання), що супроводжуються затьмаренням свідомості, порушенням сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті та позбавляють особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку. Додаткові психіатричні протипоказання наведено у третій графі цього переліку.

Питання про наявність психіатричних протипоказань для провадження видів діяльності, зазначених у цьому переліку, в особи, яка у минулому страждала на тяжкий психічний розлад (не менш як 5 років тому) або має виражені форми (прояви) психічних розладів непсихотичного рівня, вирішується в кожному випадку окремо.

Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
1. Працівники всіх професій, які виконують підземні роботи та гірничі відкриті роботи	один раз на 5 років	епілепсія і синкопальні стани
2. Працівники всіх професій, які працюють на гідрометеорологічних станціях, спорудах зв'язку, розташованих у полярних, високогірних районах та важких клімато-географічних умовах	-II-	-II-
3. Працівники усіх професій, які виконують роботи у віддалених, малонаселених, важкодоступних, заболочених і гірських районах країни	-II-	-II-
4. Роботи на висоті, роботи верхолазні та пов'язані з підніманням на висоту, а також роботи з обслуговування підйомних пристроїв	один раз на 5 років	епілепсія і синкопальні стани
5. Особи, що обслуговують діючі електроустановки з напругою 127 В і вище та здійснюють на них оперативні переключення, налагоджувальні, монтажні роботи і високочастотні дослідження	-II-	-II-

Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
6. Робота у державній лісовій охороні, на рубанні лісу, сплавланні, транспортуванні та первинній обробці лісу	-II-	епілепсія і синкопальні стани (індивідуально)
7. Апаратники, які обслуговують посудини, що працюють під тиском	-II-	епілепсія з пароксизмальними розладами
8. Машиністи (кочегари), оператори газифікованих котелень, працівники експлуатаційних підрозділів газодобувних підприємств, газотранспортних підприємств, спеціалізованих підприємств газового господарства газотранспортних підприємств, спеціалізованих підприємств газового господарства	один раз на 3 роки	епілепсія і синкопальні стани
9. Роботи, пов'язані із застосуванням вибухових речовин, а також на вибухо- і пожежонебезпечних виробництвах	-II-	-II-
10. Працівники, які для виконання своїх професійних обов'язків повинні отримати, носити і використовувати вогнепальну зброю, в тому числі працівники вогнепальної охорони незалежно від відомчого підпорядкування, громадяни, які в установленому порядку повинні отримати чи перереєструвати дозвіл на право зберігання, носіння та використання вогнепальної зброї, в тому числі мисливської та газової	-II-	-II-
11. Працівники пожежної охорони, газорятувальної служби, служб запобігання виникненню відкритих газових і нафтових фонтанів, пріоритетувальних команд, служби екстреної медичної допомоги, спеціалізованих медичних бригад постійної готовності	один раз на рік	всі форми психічних розладів (у тому числі на стадії ремісії)
12. Працівники атомної енергетики та атомної промисловості	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани
13. Роботи на механічному обладнанні (токарних, фрезерних та інших верстатах, штампувальних пресах)	один раз на 5 років	-II-



Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
14. Водії транспортних засобів, у тому числі: мотоциклів, моторолерів, мотонарт усіх типів і марок (категорія А), міні-тракторів і мотоблоків, зареєстрованих у Державтоінспекції; автомобілі з ручним керуванням для інвалідів усіх категорій	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів непсихотичного рівня (індивідуально)
мопедів усіх типів і марок (категорія А)	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, поліпні захворювання за наявності I, II групи інвалідності, в інших випадках – індивідуально
автомобілі, повна маса яких не перевищує 3500 кг, а кількість сидінь, крім сидіння водія, – 8 (категорія В), з правом роботи за наймом; тракторів та інших самохідних машин	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів непсихотичного рівня (індивідуально)
автомобілі, повна маса яких не перевищує 3500 кг, а кількість сидінь, крім сидіння водія, – 8 (категорія В), без права роботи за наймом	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів непсихотичного рівня (індивідуально)
автомобілі, призначені для перевезення вантажів, повна маса яких перевищує 3500 кг (категорія С)	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів непсихотичного рівня (індивідуально)
автомобілі, які призначені для перевезення пасажирів та мають (більш як 8 місць, крім сидіння водія (категорія D) складів транспортних засобів із під'їздами, що належать до транспортних категорій В, С або D (категорія E)	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість і виражені форми (прояви) психічних розладів непсихотичного рівня, дефекти мови і заїкуватість важкої форми (індивідуально)

Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
трамвая, тролейбуса	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспокотного рівня, дефекти мови і зайкуватість важкої форми (індивідуально)
мотоколяска для інвалідів	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, легка розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспокотного рівня (індивідуально)
15. Працівники залізничного транспорту та метрополітену, робота яких пов'язана з рухом поїздів і роботою на залізничних коліях	-II-	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспокотного рівня (індивідуально), дефекти мови і зайкуватість важкої форми (індивідуально)
16. Працівники плавального складу водного транспорту	один раз на 2 роки	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, розумова відсталість, виражені форми (прояви) психічних розладів неспокотного рівня (індивідуально), дефекти мови і зайкуватість важкої форми (індивідуально)
17. Персонал цивільної авіації, який підлягає медичній сертифікації в лікарсько-льотних сертифікаційних комісіях закладів цивільної авіації	один раз на рік	епілепсія і синкопальні стани, захворювання, що супроводжуються нарколептичними та каталептичними пароксизмальними розладами, усі форми психічних розладів (у тому числі на стадії ремісії), дефекти мови і зайкуватість важкої форми

Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
ІВ. Інші види професійної діяльності: робітники підприємств харчової промисловості, промислових харчування і торгівлі, молочних ферм, молочних кухонь, роздривальних пунктів, баз і складів продовольчих товарів, що мають контакт з харчовими продуктами в процесі їх виробництва, зберігання і реалізації, у тому числі робітники, пов'язані з санітарною обробкою і ремонтом інвентарю, устаткування, а також особи, що мають безпосередній контакт з харчовими продуктами при транспортуванні на всіх видах транспорту	один раз на 5 років	
медичні працівники, інші фахівці психіатричних закладів, психо-неврологічних закладів для соціального збереження та спеціального навчання, які здійснюють безпосереднє обслуговування хворих	один раз на 5 років	Епілепсія (індивідуально)
медичні працівники хірургічних стаціонарів, пологових будинків (відділень), дитячих лікарень (відділень), відділень патології новонароджених, недоношених	один раз на 5 років	Епілепсія (індивідуально)
працівники навчальних закладів	-II-	
працівники дитячих і підліткових оздоровчих закладів, у тому числі сезонних	-II-	
працівники дитячих дошкільних закладів, будинків дитини, дитячих будинків, шкіл-інтернатів, інтернатів при школах	-II-	
працівники лікувально-профілактичних закладів, санаторіїв, будинків відпочинку, пансіонатів, будинків-інтернатів, які безпосередньо пов'язані з організацією харчування	-II-	
працівники закладів санітарно-гігієнічного обслуговування населення (бандажі, робітники душових, парукері, манікюрниці, педикюрниці, косметички, підсобний персонал пралень, приймальних пунктів білизни, хімчисток)	-II-	Епілепсія (індивідуально)

Працівники та види діяльності	Періодичність оглядів	Додаткові психіатричні протипоказання
тренери, інструктори з плавання, працівники басейнів і лікувальних ванн, що проводять процедури	Один раз на 5 років	Епілепсія і синкопальні стани
обслуговуючий персонал готелів, гуртожитків, провідники пасажирських вагонів поїздів далекого прямування	-II-	
працівники водопровідних споруд, які безпосередньо займаються підготовкою води, і особи, що обслуговують і водогінні мережі	-II-	
робітники тваринницьких ферм і комплексів	-II-	

#### Примітки:

1. Працівники, що здійснюють види діяльності, зазначені у графі першій цього переліку, перед влаштуванням на роботу проходять обов'язковий (попередній) психіатричний огляд.
2. Обов'язкові попередні та періодичні психіатричні огляди працівників, зайнятих обслуговуванням руху залізничного транспорту та метрополітену, плаваючого складу водного транспорту, здійснюються за списками виробництва і професій, що затверджуються відповідними міністерствами.
3. Особи, які поступають на службу в органи МВС і державної податкової служби, Міністерства Оборони, СБУ, митні органи та інші утворені відповідно до законів України військові формування, в тому числі такі, що призиваються на строкову військову службу, проходять психіатричний огляд відповідно до наказів МВС, Державної податкової адміністрації, Міністерства Оборони, СБУ, Держмитслужби та відповідних органів управління інших військових формувань, утворених відповідно до законів України.
4. Інваліди всіх категорій для визначення медичних психіатричних протипоказань для керування транспортними засобами проходять огляд у медико-соціальних експертних комісіях.
5. Роботами на висоті вважаються роботи, які виконуються на висоті 1,5 метра і більше від поверхні ґрунтового покриття або робочого настилу і виготовлені з монтажних пристосувань або безпосередньо з елементів конструкції, устаткування, машин і механізмів під час їх встановлення, експлуатації, монтажу та ремонту.

Для заметок

Для заметок

Навчальне видання

С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Підручник для студентів  
вищих навчальних закладів

Редактор *Л. В. Кухарич*  
Коректор *Л. Я. Шурова*  
Комп'ютерна верстка *К. М. Полтовська*

Надано до друку 06.07.08. Гарнітура Pragmatica C.  
Формат 70×100/16. Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 42,25. Наклад 1500 прим.

ПП «Нова Книга»  
21029, м. Вінниця, вул. Кватерка, 20  
Свідчення про внесення суб'єкта видавничої справи  
до державного реєстру видавців, виготівників  
та розповсюдників видавничої продукції  
ДК № 2646 від 11.10.2006 р.  
тел. (0432) 52-34-82, 52-34-81  
e-mail: info@novaknyha.com.ua  
www.novaknyha.com.ua

Надруковано у друкарні ПП «Тризна»  
м. Хмельницький, вул. Харківська, 19. Тел. 793 96 16, 793 11 21.