

Никоненко Ю.П.

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Київ 2016

УДК 159.9 (073)

Н 64

Рецензенти:

Папуча М.В. — завідувач кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, доктор психологічних наук, професор.

Щотка О.П. — завідувач кафедри психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, кандидат психологічних наук, доцент

Никоненко Ю.П.

Н 64 Клінічна психологія : Навчальний посібник / Укл. Ю.П. Никоненко. — Київ : КНТ, 2016. — 369 с.

ISBN-978-966-373-798-0

Посібник становить собою стислий виклад основних питань клінічної психології. Складається з наступних розділів: „Теоретико-методологічні основи клінічної психології”, „Психологія хворої людини”; „Роль клініко-психологічної інтервенції в реабілітації хворих”; „Психологія лікувально-діагностичного процесу” та „Психологічні особливості хворих із різними соматичними захворюваннями”.

Призначений для студентів спеціальності “соціальна педагогіка, практична психологія”, “практична психологія”; “дошкільна освіта, практична психологія”. Буде корисний викладачам, психологам-практикам, аспірантам, медичним працівникам.

УДК 159.9 (073)

ISBN 978-966-373-798-0

© Никоненко Ю.П., 2015
© ТОВ «КНТ», 2016

Зміст

Вступ.....	5
------------	---

Розділ 1. Теоретико-методологічні основи клінічної психології

1.1. Предмет, завдання та основні розділи клінічної психології.....	9
1.2. Зв'язок клінічної психології із суміжними дисциплінами	12
1.3. Особливості, систематика, функції клініко-психологічної діагностики	13
1.4. Методи дослідження в клінічній психології	16
1.5. Клінічне інтерв'ю	19
1.6. Експериментально-психологічні (пато- і нейропсихологічні) методи дослідження.....	32
1.7. Завдання і функції психодіагностичного дослідження в клінічній психології.....	41
1.8. Дослідження особистості хворого біографічним методом	64
1.9. Клінічні прояви психічної норми та патології.....	67
Питання для самоперевірки та самоконтролю	94

Розділ 2. Психологія лікувально-діагностичного процесу

2.1. Систематика, функції та методи клініко-психологічної інтервенції.....	96
2.2. Клініко-психологічна інтервенція як частина лікування та психологічного консультування пацієнтів	100
2.3. Поняття про психопрофілактику та її види	102
2.4. Роль психогієни в профілактиці порушень психологічного здоров'я пацієнтів	109
2.5. Основи психопрофілактики.....	135
2.6. Медична деонтологія. Особливості взаємин лікар — медичний персонал — хворий.....	141
2.7. Моделі психотерапії в лікуванні психічних порушень у хворих	163
Питання для самоперевірки та самоконтролю	181

Розділ 3. Психологія хворої людини

3.1. Етіологія психічних розладів та пограничних порушень психіки пацієнтів	182
3.2. Психологічні особливості хворих з пограничними психічними розладами та з невротичними порушеннями....	206

3.3. Етіологія та класифікація невротичних (дисоціативних) порушень	212
3.4. Особливості проявів та перебігу дисоціативних розладів ..	223
3.5. Психосоматичні порушення і захворювання	237
3.6. Соматопсихічні впливи	240
3.7. Клінічна діагностика та класифікація психосоматичних та соматопсихічних синдромів	253
3.8. Психологічні особливості соматично хворих	260
Питання для самоперевірки та самоконтролю	268

Розділ 4. Клінічна психологія та реабілітація терапевтичних хворих

4.1. Зміни психіки у пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту	269
4.2. Зміни психіки у пацієнтів із захворюваннями органів дихання.....	277
4.3. Зміни психіки у пацієнтів кардіологічного профілю	287
Питання для самоперевірки та самоконтролю	294

Розділ 5. Клінічна психологія в реабілітації хворих дітей

5.1. Психологія хворих з ушкодженнями обличчя та тіла	296
5.2. Психологічні особливості пацієнтів з порушеннями слуху та зору	300
5.3. Клінічна психологія в дерматології	306
5.4. Реакція на хворобу у дітей та особливості надання їм психотерапевтичної допомоги	310
Питання для самоперевірки та самоконтролю	318

Розділ 6. Психологічні складові ендокринології

6.1. Психологічні особливості в разі захворювань щитовидної залози та гіпофізу	320
6.2. Психологічні особливості хворих на цукровий діабет	324
Питання для самоперевірки та самоконтролю	328

Розділ 7. Психологічні особливості хірургічних, онкологічних, гінекологічних хворих

7.1. Психологічні особливості хірургічних хворих	329
7.2. Психологічні особливості та реакція на хворобу онкологічних хворих	336
7.4. Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання.....	352
Питання для самоперевірки та самоконтролю	359
Література.....	360

Вступ

У сучасному суспільстві людина являє собою єдність морфологічної (організм), психоемоційної (індивідуальність) та соціальної (особистість) структур. У зв'язку з цим знання клінічної психології в професійній підготовці практичних психологів мають надзвичайно важливе значення. Психологія вчить, що людина — це особистість, тому і для лікування, і для профілактики хвороб потрібно знати її особливості.

Предмет охоплює дві частини — загальну клінічну психологію та спеціальну і розрахований на теоретичний, практичний курси навчання та самостійну позааудиторну роботу студентів.

Мета клінічної психології — надати поняття студентам про основні психологічні особливості людей, що страждають на різні захворювання, методи і засоби діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів та психопатологічних синдромів, психологію взаємовідносин пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичні, психокорекційні та психотерапевтичні засоби допомоги пацієнтам, а також теоретичні аспекти психосоматичних і соматопсихічних взаємовпливів.

На сьогодні існує достатня кількість споріднених психологічних дисциплін, які мають відношення до клінічної психології: патопсихологія, нейропсихологія, психологія девіантної поведінки, психіатрія, неврологія, психосоматична медицина та інші. Кожний із вищенаведених предметів поєднує в собі медичні та психологічні знання. Однак всі вони мають відношення до клініки і внаслідок цього можуть бути визнаними складовими частинами клінічної психології. Тому з метою покращення теоретичної та практичної підготовки фахівців завдання курсу передбачають:

- вивчення психології хворого;
- ознайомлення з основами психології лікувальної взаємодії;
- визначення норми та патології психічної діяльності;
- ознайомлення з методами дослідження в клінічній психології;
- засвоєння основ вікової клінічної психології;

- аналіз та корекція змін психіки пацієнтів із соматичною патологією.

Слід зазначити, що курс передбачає ознайомлення студентів з основами неврології та психосоматичної медицини. Клінічна психологія тісно пов'язана із спорідненими дисциплінами, в першу чергу із психіатрією та психосоматикою, неврологією. Спільною для них сферою наукового і практичного інтересу є діагностичний процес. Методи досліджень психічних особливостей соматичних хворих клінічна психологія позичає у психодіагностики та загальної психології; оцінку адекватності або девіантності поведінки людини — у психіатрії, психології розвитку та вікової психології. Вивчення клінічної психології неможливе без медичних знань, зокрема з галузі неврології та суміжних дисциплін. Психосоматичний розділ клінічної психології ґрунтується на наукових уявленнях таких галузей, як психотерапія, валеологія.

Окрім того, клінічна психологія вчить мистецтву спілкування, висвітлює психічні якості хворої людини, у зв'язку з чим передбачає єдність психічних і моральних якостей медичного працівника, психологічні аспекти лікувальної практики та медичної деонтології.

Лекційні та практичні заняття з клінічної психології повинні допомогти майбутньому фахівцю пізнати розділи спеціальної клінічної психології, вивчити особливості психологічних порушень, лікування та реабілітації хворих з терапевтичною, хірургічною, онкологічною та гінекологічною патологією. Курс клінічної психології дає можливість ознайомитись студентам з основними патопсихологічними синдромами, які характерні для пацієнтів з хворобами ендокринної системи та дефектами слуху, зору та інш.

Отже, в межах клінічної психології досліджуються психологічні аспекти лікування, профілактики, діагностики та реабілітації особистості. Якщо окреслити загальне коло завдань, що їх намагається вирішити дана галузь, слід визначити наступні:

- вивчення особистісних особливостей хворих людей;
- дослідження типів реагування пацієнтів на своє захворювання;
- вивчення особливостей взаємостосунків пацієнта з лікарем та іншим медичним персоналом;
- особливості структурно-динамічних змін, що відбуваються з особистістю на різних етапах хвороби (початок захворювання, перебіг захворювання, одужання, реабілітація, профілактика);
- проблеми лікарської етики та медичної деонтології;

- організація емпіричних досліджень для отримання наукових даних у галузі психології хворого;
- розроблення засобів надання психологічної допомоги хворим людям, медичному персоналу та родичам хворих.

Клінічна психологія, з практичної точки зору, має не лише лікувально-діагностичний, але й профілактичний аспект, оскільки вивчає широкий діапазон позитивних чи негативних психологічних впливів на особистість хворого та його міжособистісні стосунки, на процес лікування та одужання.

Разом з перерахованими вже завданнями клінічної психології слід відокремити психологічні аспекти організації лікувального середовища (стаціонару, амбулаторії), вивчення взаємостосунків хворої людини у сім'ї, з медичним персоналом, стосунки пацієнтів один з одним, оцінки особистості лікаря.

Після вивчення курсу студенти повинні знати:

- основні психологічні закономірності психології хворого;
- особистість хворого та її вплив на хворобу;
- психосоматичні та соматопсихічні взаємовпливи за умови різної патології;
- особливості психології медичного працівника;
- умови створення сприятливого психологічного клімату медичного закладу;
- основні етичні принципи психології спілкування хворого та лікаря;
- психотерапевтичні аспекти діяльності медичного працівника;
- основні психологічні моделі порушень психіки у пацієнта;
- особливості психологічного консультування та психологічної корекції хворої людини.

Після закінчення курсу студент повинен уміти:

- використовувати методи дослідження в клінічній психології (експериментально-психологічні, клініко-психологічні та ін.);
- уміти проводити клінічне інтерв'ю;
- складати анкету;
- проводити анкетування в колективі, аналізувати дані, робити висновки і рекомендації щодо поведінки медичного працівника та хворого;
- вирішувати ситуаційні справи психологічного характеру та вміти надати пацієнтові психологічну підтримку;
- виявляти тип реагування пацієнта на хворобу та його психічний стан;

- аналізувати фактори формування внутрішньої картини хвороби;
- надавати психологічну підтримку людині в кризовій ситуації, стресовому стані, з дисоціативними та психосоматичними порушеннями;
- проводити аналіз психічного стану пацієнтів з терапевтичною, гінекологічною, онкологічною, акушерською, хірургічною, ендокринною патологіями;
- проводити психокорекційну роботу з пацієнтами, які мають дефекти органів зору, слуху, обличчя, тіла.

При розробці цього навчально-методичного посібника використовувалися матеріали з підручників за ред. Н. Д. Лакосіної, С.Д.Максименка та посібника В. Д. Менделевича.

Розділ 1. Теоретико-методологічні основи клінічної психології

1.1. Предмет, завдання та основні розділи клінічної психології

Клінічна психологія — це галузь психології, головними завданнями якої є вирішення питань (як практичних так і теоретичних), що відносяться до попередження, діагностики психологічних порушень хворих людей, а також до психокорекційних форм впливу на процес їх одужання, реабілітації, вирішення різних експериментальних питань і вивчення дії психічних чинників на форму і перебіг захворювань.

Предметом клінічної психології є вивчення механізмів і закономірностей виникнення стійких дезадаптивних станів. Таким чином, можна сказати, що клінічна психологія займається діагностикою, корекцією і відновленням повноцінного співвідношення індивіда та складових його життя на основі знань про дезадаптацію пацієнта, яка виникає в процесі формування хвороби.

Клінічна психологія належить до міждисциплінарної, межевої галузі досліджень. Вона ґрунтується на основі найбільш поширених психологічних теорій і психологічних методів, розроблених на їх підставі, головна роль котрих полягає у вирішенні наукових і практичних проблем, актуальних для медицини.

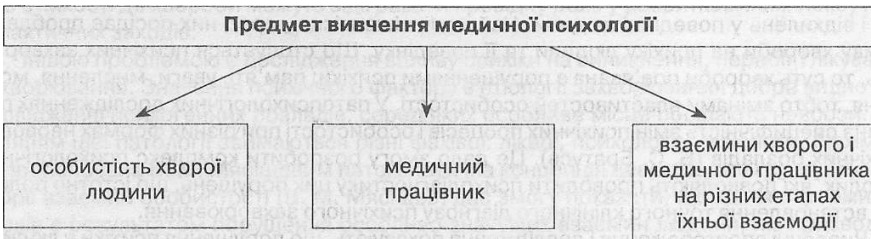
Загальна теорія медицини нерозривно пов'язана з поширеними психологічними концепціями, оскільки медицині і психології притаманні спільні методологічні принципи. Об'єднують їх і спільні проблеми, що виходять за межі суто медичної проблематики, — це співвідношення біологічного і соціального у діяльності 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 клінічної 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.

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



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

Основними розділами клінічної психології є загальна та спеціальна клінічна психологія.

Загальна клінічна психологія вивчає:

- основні характеристики психології хворої людини та розмежування нормальної, тимчасово зміненої і хворобливої психіки;
- внутрішню картину хвороби, варіанти реакцій особистості на хворобу та їх значення для лікувально-діагностичного процесу;
- психологію лікарської діяльності;
- стосунки лікар — медична сестра — хворий;
- психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи;
- індивідуальність хворої людини (темперамент, характер, особистість), етапи її постнатального онтогенезу (дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість та похилий вік) і особливості психології людини в різні вікові періоди;
- медичну деонтологію, включаючи питання лікарського обов'язку, етики, лікарської таємниці.

Вельми значущими розділами клінічної психології є *психогігієна, психопрофілактика, психологічне консультування і методи експериментально-психологічної оцінки психічного стану хворого, психокорекція і психотерапія*, що забезпечують попередження та усунення психічних розладів у хворого.

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

- психологія медико-генетичного консультування;
- психогігієна сімей, і насамперед тих, де є особи з несприятливим перебігом захворювань;
- психогігієна в кризові періоди життя людини, включаючи пубертатний і клімактеричний періоди;
- психогігієна шлюбу і статевого життя;
- психогігієна навчання, виховання і праці медичних працівників;
- психогігієна режиму лікувальних установ;
- психогігієна взаємин лікаря і хворого.

Спеціальна клінічна психологія розкриває головні аспекти психології лікарської діяльності при взаємодії з хворими на певні захворювання.

Основну увагу при цьому звертають на:

- особливості психології хворого з пограничними формами психічних розладів, які фактично є об'єктом діяльності лікаря будь-якої спеціальності;
- особливості психології хворих, що страждають на різні захворювання внутрішніх органів (серцево-судинні, легеневі, шлунково-кишкові, інфекційні, ендокринологічні, неврологічні);
- психологію хворих хірургічного профілю на етапах підготовки, проведення хірургічних втручань і в післяопераційному періоді (зокрема онкологічних хворих, хворих з травмами і опіковою хворобою, урологічних хворих);
- особливості клінічної психології в акушерстві і гінекології;
- психологію хворих з дефектами тіла, органів чуття і аномаліями розвитку (сліпота, глухота, глухонімота і ін.);
- клінічну психологію в педіатрії;
- проблеми психічного здоров'я і психологічні аспекти роботи з хворими, що мають виражену психічну патологію, страждають на психічні захворювання, алкоголізм, наркоманію.

1.2. Зв'язок клінічної психології із суміжними дисциплінами

Нині існує досить багато споріднених психологічних дисциплін, що стосуються клінічної 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 клінічної 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, яка містить кілька десятків спеціальних наукових дисциплін. Деякі з них відображають зв'язок психології з суспільними науками (педагогіка, соціологія), 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. Анан'єв).

Отже, серед понад п'ятидесяти психологічних дисциплін особливе місце посідає клінічна психологія. Ця прикладна наука, яка має особливе значення не лише для медичної практики, а й для загальної психології, виникла в ХІХ ст. Її засновником вважається Лотус — німецький психіатр.

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

Тісний зв'язок впливу психології на медицину і навпаки свідчить про те, що клінічна психологія одночасно грає роль і психологічної, і медичної науки. Проблеми, які вона вирішує, і завдання, поставлені перед нею, свідчать про те, що це медична наука, а теоретичні передумови і методи дослідження характеризують її як психологічну науку. І все ж клінічна психологія є галуззю психологічної науки, яка спрямована на вирішення теоретичних і практичних завдань, пов'язаних із запобіганням захворювань, діагностикою хвороб і патологічних станів, формами впливу на

процес одужання, з вирішенням різних експертних питань, соціальною і трудовою реабілітацією.

Клінічна психологія, яка тісно взаємодіє з медичними дисциплінами, а також із психологічними й педагогічними науками (психологією особистості, експериментальною психологією, психологією спілкування, конфліктологією, сурдопсихологією), та, опосередковано, з соціологією й філософією, передбачає дуже ґрунтовне й глибоке вивчення як фізіологічного, так і соціально-психологічного аспектів діяльності особистості.

1.3. Особливості, систематика, функції клініко-психологічної діагностики

В основі постановки клінічного діагнозу покладено три прийоми: *спостереження, порівняння та класифікація*. Ціль постановки медичного діагнозу — передбачення розвитку подій (протікання хвороби) та результату (одужання, хронізація, смерть). В основі класифікації лежить принцип *типологізації*: пошук стійких ознак та їх типових поєднань. Логічна схема типологізації теж, на перший погляд, досить проста: *симптом — синдром — нозологія* (назва хвороби).

Синдром — це сукупність симптомів, при чому одні й ті ж симптоми в різному поєднанні можуть формувати абсолютно різні синдроми. Користуючись психологічною термінологією, синдром — це *гештальт, ціле*, яке формується тут і зараз. Відповідно, синдром — це образ стану пацієнта, який складається в свідомості лікаря. Його «цеглинками» є *симптоми*, тобто менші, перемінливі ознаки. Як і в теорії гештальта, синдром (ціле) не зводиться до простої суми частин (симптомів) аналогічно тому, як готовий будинок не зводиться до купи цеглин, з яких він побудований. В свою чергу характерне поєднання і зміна синдромів у часі дозволяє їх об'єднати в більші класифікаційні одиниці — «нозології», тобто назви хвороб. Так само, як і синдроми, подібні (але не ідентичні) симптоми можуть зустрічатися при різних хворобах. Дещо спрощуючи, можна сказати, що синдром — це характерний хворобливий *стан*, в той час як хвороба — це характерна сукупність різних станів, зміна яких визначена специфікою саме даної хвороби.

Існування синдромів як сукупностей симптомів, які постійно спостерігаються, відображає об'єктивні закономірності, які лежать в основі виникнення та протікання хвороби, що дозволяє

їх вивчити та запропонувати адекватні міри лікування. В основі підбору лікування лежить так званий *етіопатогенетичний* принцип. Він передбачає закономірний зв'язок двох рядів подій: етіології (тобто походження, причин) хвороби та факторів її розвитку (патогенезу). Так від класифікації ми переходимо до мети будь-якої науки — *пояснення причин та закономірностей* факторів, що спостерігаються, *динаміки* розвитку об'єкта вивчення. В медицині ціна знання цих причин та закономірностей часто рівна ціні людського життя.

Після цього короткого екскурсу в методологію постановки клінічного діагнозу варто зробити суттєве доповнення. Ні симптоми (наприклад, больове відчуття), ні синдроми (наприклад, больовий синдром, який включає окрім больового відчуття, ряд суміжних ознак: серцебиття, потовиділення і т.п.) не ідентичні для різних нозологій (хвороб). Це означає, що якою логічною не була б методологія і класифікація, що використовується, остаточний діагноз можливий лише при співставленні великої кількості фактів та умов, причому в основі завжди лежить розуміння внутрішніх закономірностей їх поєднань (інсайт). Таке розуміння формується з роками практики по мірі накопичення клінічного досвіду. Кожен пацієнт — це унікальний випадок, який вимагає індивідуального вивчення. Неможливо вивчити медицину лише по підручникам, тому і не існує заочних медичних факультетів. Навчання відбувається методом вказівки, тобто при безпосередньому спілкуванні між учнем та вчителем.

Це абсолютно спараведливо і для оволодіння клінічними методами психодіагностики особистості. В клінічній психології описана вище методологія пристосована для потреб психодіагностики. В розділах клінічної психології, які близько стоять до медицини, цей зв'язок більш очевидний. Ми говоримо про «пато-психологічні» або «нейропсихологічні» синдроми, розуміючи під цим закономірне поєднання виявлених в дослідженні пато- та нейропсихологічних порушень. Відносно особистісних характеристик подібні закономірності не такі помітні, але такі ж суттєві.

Функції клініко-психологічної діагностики

Клініко-психологічна діагностика має наступні функції: опис, класифікація, пояснення, прогноз, оцінювання, які можуть відноситись як до окремих індивідів, так і до міжособистісних систем (партнерів, сімей, груп, організацій). В залежності від функцій і мети обираються різні діагностичні концепції, процеси, методи дослідження.

- Опис. Це вихідний базис всіх інших функцій (класифікації і т.д.). В описі визначаються проблеми або психологічні порушення одного індивіда або міжособистісної системи, а також тип, вираженість цих проблем або порушень. При цьому в клінічній практиці доводиться переводити непрофесійні висловлювання (скарги) в специфічні діагностичні запитання.

- Класифікація. На основі опису здійснюється спроба впорядкування по системам класифікації (наприклад, МКХ-10; DSM-IV). В клінічній практиці під класифікацією мається на увазі віднесення пацієнта до якоїсь діагностичної одиниці, але процес класифікації не обмежується тільки цим (наприклад, може бути впорядкування по відношенню до інтервенції). В медицині діагностика часто співпадає з класифікацією (встановлення діагнозів); але це завдання є тільки однією із функцій діагностики.

- Пояснення. Клініко-психологічна діагностика робить свій внесок в пояснення психічних порушень, надаючи для цього по можливості вичерпні і точні необхідні дані.

- Прогноз. У процесі клініко-психологічної діагностики прогнозується перебіг психічних порушень, як з врахуванням інтервенцій, так і без них. В першому випадку прогноз перебігу хворобливих змін містить висловлювання про вірогідність успіху терапії (Perrez, 1985). Теоретичні рамки для прогнозу — це теорії виникнення, підтримки та зміни психічних порушень. При цьому беруться до уваги особливості пацієнта, психотерапевта, ситуації та інтеракції.

- Оцінювання. В клінічній практиці оцінювання відіграє особливо велику роль і для окремих інтервенцій, і для систем забезпечення. В дослідженні інтервенції оцінювання базується в основному на вимірюванні змін (аналіз процесу).

Систематика методів дослідження

Бауман і Штіглиц (Bauman & Stieglitz, 1994) розрізняють наступні групи методів:

- Самоспостереження у формі опитувань, заснованих на власній оцінці.

- Сторонне спостереження у формі методів, заснованих на сторонній оцінці (іноді називається сторонній рейтинг), при яких найчастіше потрібна градація конструктів, таких як концентрація уваги, депресивність і т. д.

- Сторонне спостереження у формі спостереження за поведінкою (реєстрація характеристик поведінки).

- Інтерв'ю.

- Методи діагностики діяльності.
- Проективні методи.
- Змістовно-аналітичні методи, якими оцінюються тексти (власні або викладені).

Важливу для клініки відмінність в методах можна виділити на основі положень теорії прийняття рішень. З цієї точки зору ми розрізняємо «широкосмугові» і «вузькосмугові» методи: перші містять багато інформації з меншою точністю, другі — мало інформації, але з великою точністю. Саме в клінічній галузі часто необхідні широкосмугові методи (наприклад, інтерв'ю), щоб отримати певне уявлення про індивіда (Michel & Mail, 1968). Таким чином, користь методу визначається не тільки формальними критеріями якості, але розглядається більш комплексно в сукупності з іншими методами дослідження (Amelang & Zielinski, 1994).

1.4. Методи дослідження в клінічній психології

Види, цілі та функції діагностики. Негативна і позитивна діагностика: сенс і цілі.

Вся діагностика, що використовується в клінічній психології ділиться на позитивну і негативну. Негативна — це вид досліджень, що використовуються при різних станах порушень як психічного, так і соматичного здоров'я, метою яких є постановка діагнозу, виявлення патологічних механізмів функціонування, акцентуації і тому подібне, диференціація їх від інших подібних порушень і станів. Результати негативної діагностики застосовуються в психіатрії, нейропсихології, психокорекції та ін. Позитивна діагностика використовується для виявлення особистісних (індивідуальних) особливостей психіки людини, характеру протікання деяких її психічних функцій і ряду показників. Дані, отримані при використанні цього виду діагностики, застосовуються в багатьох прикладних сферах (наприклад при різних професійно-трудовах експертизах, індивідуальному і груповому консультуванні і тому подібне).

Умовно, всі види діагностики, що використовуються в рамках клінічної психології, можна розділити на:

1. Клінічні:

- диференціально-діагностичні ;
- топічні.

2. Діагностику структури і міри вираженості порушень психічних функцій .

3. Діагностику особистісних особливостей пацієнта.

4. Діагностику аномалій розвитку в дитячому віці.

5. Експертизи:

- військово-медичну;
- медично-трудова;
- судово-психіатричну;
- медико-педагогічну;
- реабілітаційну.

6. Методи оцінки ефективності психокорекційного впливу.

Оскільки психопатологічні прояви є результативним вираженням прихованих змін складних мозкових процесів, то розкрити характер порушень, що лежать в їх основі, не можна на підставі лише аналізу цих проявів. Наслідком цього стало вивчення закономірностей порушення мозкових процесів, структури і природи психічних захворювань та патологічних станів мозку на всіх рівнях в тому числі і методами психології. Таким чином, експериментально-психологічне дослідження повинне відповісти на питання, яким чином порушені перебіг та структура самих психічних процесів.

У вивченні конкретних аномалій розвитку особистості і недорозвинення психіки основні завдання психологічних досліджень пов'язані з виявленням тих основних компонентів психічної діяльності, недорозвинення або аномалія яких обумовлює формування патологічної структури психіки.

Як правило, психологічні методи, що використовуються в цілях діагностики є розумовими і практичними завданнями, які пропонуються хворим у вигляді різних комбінацій залежно від конкретних цілей діагностики. Так, для виявлення стомлюваності використовують рахунок по Крепеліну, метод відшукання чисел; для виявлення патології пам'яті — тести на заучування слів або/і цифр, опосередковане запам'ятовування за допомогою зорових образів і ряд інших. Існує також безліч як пато-психологічних так і нейропсихологічних методик вивчення розладів мови, сприйняття та ін. Всі ці методики направлені переважно на виявлення інтелектуальних, мовних, перцептивних та інших розладів, а можливості експериментально-психологічного виявлення симптомів зміни властивостей особистості (емоційних, мотиваційних і ін.) більш обмежені.

Разом з вище переліченими завданнями ці методи відіграють і самостійну роль в розпізнаванні і діагностиці ряду психічних, неврологічних і соматичних захворювань. В цьому випадку вони

не є продовженням і доповненням клінічного аналізу психічного або соматичного статусу хворого, а розширюють можливості цього аналізу.

Одним з основних і найбільш плідних шляхів розвитку клінічної психології є експериментальне вивчення закономірностей зміненого протікання психічних процесів при різних патологіях мозку. Цей підхід характеризується наступними критеріями:

1) експериментальні методики не уніфіковані, а є направлені на вивчення порушень певного роду, обумовлених патологією психіки (наприклад метод формування штучних понять);

2) ці методики будуються за принципом моделювання певних ситуацій, що вимагають від хворого виконання завдань, в процесі виконання яких і з'являються патологічні явища, що цікавлять експериментатора (наприклад метод виключення предмету).

Разом з прицілним використанням діагностичних методів існує і поширений підхід, заснований на використанні ряду стандартизованих методів (опитувальників, тестів і тому подібне). Ці методи не пов'язані з вивченням структури самих психічних процесів, а спрямовані на встановлення і визначення вираженості властивостей і особливостей психіки та ряду інших характеристик. Умовно їх ділять на інтелектуальні (наприклад — метод Біне, методика Векслера) і особистісні (тест Роршаха, ТАТ та інш.).

Вибір методів дослідження, що використовуються клінічним психологом, обумовлений тими завданнями, які виникають перед ним при виконанні професійних обов'язків. Діагностична функція диктує використання психологічних методик (батарей тестів, опитувальників і ін.), здатних оцінити як діяльність окремих психічних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, так і диференціювати психологічні феномени і психопатологічні симптоми та синдроми. Психокорекційна функція має на увазі використання різних шкал, на підставі яких можливий аналіз ефективності психокорекційних і психотерапевтичних методик. Підбір необхідних методик здійснюється залежно від цілей психологічного обстеження; індивідуальних особливостей психічного, а також соматичного стану випробовуваного; його віку; професії і рівня освіти; часу і місця проведення дослідження. Всі методи дослідження в клінічній психології прийнято ділити на три групи: 1) клінічне інтерв'ювання, 2) експериментально-психологічні методи дослідження, 3) оцінка ефективності психокорекційного впливу.

1.5 Клінічне інтерв'ю

Клінічна бесіда (інтерв'ю) є одним із основних методів що застосовує в повсякденній практиці клінічний психолог.

Під час бесіди лікар чи психолог визначає наявність або відсутність характерних психологічних ознак і на цій підставі описує *психологічний статус* (стан) хворого. Крім того, дуже важливим під час інтерв'ю є збирання *анамнезу* (історії) життя та хвороби пацієнта.

Анамнез поділяють на *суб'єктивний*, тобто те, що повідомляє про себе сам хворий, і *об'єктивний*, тобто факти, надані оточуючими (родичами, друзями, співробітниками). Відомості, одержані від хворого і оточуючих, взаємодоповнюються, факти анамнезу набувають об'єктивної значущості в процесі аналізу їх лікарем. При оцінюванні анамнестичних даних важливо враховувати спадковість хворого. Слід вияснити особливості соціального середовища, в якому знаходився хворий протягом життя та установки щодо захворювань, які існували в ньому. В деяких сім'ях хворобою нехтують, в інших — їм приділяється підвищена увага. В останньому випадку легше формується патологічна реакція на хворобу.

Кожен психолог має право вибрати собі з безлічі тих, що існують, найбільш відповідний для нього (його характеру, інтересів, рівня товариськості, світогляду, культури і так далі) спосіб інтерв'ювання клієнта (пацієнта). Тому слід розглядати пропонований текст і думки, викладені в ньому, як ще одну можливість, ще один варіант, який може задовольнити вимогливого діагноста і призвести до використання на практиці положень саме даної методики.

Однією з основних цілей клінічного інтерв'ювання є оцінка індивідуально-психологічних особливостей клієнта або пацієнта, їх ранжування за якістю, силою і складністю, віднесення до психологічних феноменів або до психопатологічних симптомів.

Термін «інтерв'ю» увійшов до лексики клінічних психологів недавно. Частіше говорять про клінічне розпитування або бесіду, характеристика яких в наукових працях носить, в переважній більшості, описовий характер. У відомих публікаціях і монографіях клінічний спосіб оцінки психічного стану людини і діагностики у неї психічних відхилень наводиться без опису власне методології розпитування, в них наводять рекомендації, які подаються за наукові і доступні рамки для ефективного відтворення. Виходить парадоксальна ситуація: навчитися клінічному обстеженню

і діагностиці можливо лише експериментальним шляхом, беручи участь в ролі учня-спостерігача в бесідах з клієнтами відомих і визнаних авторитетів в галузі діагностики та інтерв'ю.

Хочеться відзначити, що, на жаль, існує маса прихильників навіть в середовищі професіоналів діагностики психічних відхилень без проведення інтерв'ювання. Тобто діагноз ставиться заочно, без безпосередньої зустрічі лікаря з пацієнтом. Діагнози психічних захворювань, що виставляються на підставі аналізу дій людини, відомих лікареві з чуток або з вуст не фахівців, психопатологічні трактування текстів «підозрюваних» (листів, віршів, прози, кинутих колись фраз) лише дискредитують клінічний метод.

Справжня діагностика як психічних відхилень, так і індивідуально-психологічних особливостей людини в обов'язковому порядку повинна поєднувати психодіагностичні процедури і безпосереднє обстеження психологом клієнта (пацієнта), тобто інтерв'ювання.

В даний час діагностичний процес повністю відданий на відкуп лікарям-психіатрам. Це не можна визнати справедливим, оскільки лікар, в першу чергу, націлений на пошук симптому, а не на, власне, диференціацію симптому і феномену. До того ж, через традиції лікар-психіатр мало обізнаний з проявами здорової психічної діяльності. Саме через перераховані особливості можна вважати обґрунтованим залучення клінічного психолога до діагностичного процесу у формі інтерв'ювання при оцінюванні психічного стану досліджуваних.

Клінічне інтерв'ю — це метод здобуття інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени і психопатологічні симптоми та синдроми, внутрішню картину хвороби пацієнта, структуру його проблем, а також спосіб психологічного впливу на людину, вироблений безпосередньо на підставі особистого контакту психолога і клієнта.

Інтерв'ю відрізняється від звичайного розпитування тим, що націлене не лише на скарги, які активно пред'являються людиною, але і на виявлення прихованих мотивів поведінки людини і надання їй допомоги в усвідомленні дійсних (внутрішніх) підстав для зміненого психічного стану. Істотною для інтерв'ю вважається також психологічна підтримка клієнта (пацієнта).

Таким чином, функціями інтерв'ю в клінічній психології є: діагностична і терапевтична. Вони повинні здійснюватися паралельно, оскільки лише їх поєднання може призвести до бажаного для психолога результату — одужання і реабілітації пацієнта.

Пацієнти частенько не можуть точно описати свій стан і сформулювати скарги та проблеми. Саме тому, здатність вислухати розповідь людини — це лише частина інтерв'ю, друга, — здатність тактовно допомогти їй сформулювати її проблему, дати можливість зрозуміти витоки психологічного дискомфорту — викристалізувати проблему. «Мова дана людині для того, щоб краще зрозуміти себе», — писав Л.Виготський, і це розуміння через вербалізацію в процесі клінічного інтерв'ю може вважатися істотним і принциповим.

Принципами клінічного інтерв'ю є: однозначність; точність і доступність формулювань-запитань; адекватність; послідовність (алгоритмізованість); гнучкість; можливість перевірки інформації, що надається.

Під принципом однозначності і точності в рамках клінічного інтерв'ю мається на увазі правильне, коректне і точне формулювання питань. Прикладом неоднозначності може служити таке питання, звернене до пацієнта: «Чи відчуваєте Ви щодо себе психічний вплив?» Ствердна відповідь на це питання не дає діагносту практично нічого, оскільки інтерпретувати його можна всіляко. Пацієнт міг мати на увазі під «впливом» як звичайні людські переживання, події, людей, що оточують його, так і, наприклад, «енергетичний вампіризм» і так далі. Питання це неточне і неоднозначне, отже малоінформативне і є зайвим.

Принцип доступності базується на декількох параметрах: словарному (лінгвістичному), освітньому, культурному, мовному, національному, етнічному і інших чинниках. Звернена до пацієнта мова має бути йому зрозуміла, повинна збігатися з його мовною практикою, заснованою на безлічі традицій. Питання діагноста: «Чи не буває у Вас галюцинацій?» — може бути неправильно зрозумілим людиною, яка вперше стикається з подібним науковим терміном. З іншого боку, якщо у пацієнта запитати, чи не чує він голосів, то його розуміння слова «голоси» може кардинально відрізнятись від розуміння лікарем того ж терміну. Доступність ґрунтується на точній оцінці діагностом статусу пацієнта, рівня його знань, словникового запасу, субкультуральних особливостей, жаргонної практики.

Одним з важливих параметрів інтерв'ю вважається алгоритмізованість (послідовність) розпитування, заснована на знаннях діагноста в галузі поєднання психологічних феноменів і психопатологічних симптомів та синдромів; ендогенного, психогенного і екзогенного типів реагування; психотичного і непсихотичного

рівнів психічних розладів. Клінічний психолог зобов'язаний знати сотні психопатологічних симптомів. Але якщо він запитуватиме про наявність кожного відомого йому симптому, то це, з одного боку, займе велику кількість часу і буде стомлюючим як для пацієнта, так і для дослідника; з іншого, відобразить некомпетентність діагноста. Послідовність будується на відомому алгоритмі психогенезу: на підставі пред'явлення перших скарг хворим, розповіді його родичів, знайомих або на підставі безпосереднього спостереження за його поведінкою формується перша група феноменів або симптомів. Далі опитування охоплює виявлення феноменів, симптомів і синдромів, що традиційно поєднуються з вже виявленими, потім запитання мають бути направлені на оцінку типу реагування (ендогенного, психогенного або екзогенного), рівня розладів і етіологічних чинників. Наприклад, якщо першими вдається виявити наявність слухових галюцинацій, то подальше розпитування будується по наступній схемі-алгоритму: оцінка характеру галюцинаторних образів (кількість «голосів», їх усвідомлюваність і критичність, мовні особливості, визначення місця розташування джерела звуку на думку пацієнта, час появи і так далі) — міра емоційної залученості — міра критичності пацієнта щодо галюцинаторних проявів — наявність розладів мислення і далі залежно від кваліфікації описаних феноменів підтвердження екзогенного, ендогенного або психогенного типів реагування за допомогою опитування про наявність, наприклад, розладів свідомості, психосенсорних порушень та розладів. Окрім вищеописаного, принцип послідовності має на увазі детальне розпитування в лонгітюдному розрізі: черговість появи психічних переживань і їх зв'язок з реальними обставинами. При цьому важлива кожна деталь розповіді, важливий контекст подій, переживань, інтерпретацій.

Найбільш значимими є принципи можливості перевірки і адекватності клінічного інтерв'ю, коли для уточнення конгруентності понять і виключення невірної інтерпретації відповідей діагност ставить питання типу: «Що Ви розумієте під словом «голоси», які Ви чуєте?» або «Наведіть приклад «голосів». При необхідності пацієнтові пропонується конкретизувати опис власних переживань.

Принцип безпристрасності — основний принцип феноменологічно орієнтованого психолога-діагноста. Нав'язування пацієнтові власного уявлення про наявність в нього психопатологічної симптоматики на підставі упередженості або недбало проведеного інтерв'ю може відбуватися як внаслідок свідомої установки, так і

на базі незнання принципів інтерв'ю або сліпої прихильності до однієї з наукових шкіл.

Враховуючи вантаж відповідальності з боку клінічного психолога, в першу чергу морально-етичної, нам здається доречним привести основні етичні положення Американської психологічної асоціації, що стосуються консультування і інтерв'ювання:

1. Дотримуватися конфіденційності: поважати права клієнта і його особисте життя. Не обговорювати сказане ним під час інтерв'ю з іншими клієнтами. Якщо ж ви не зможете виконати вимоги конфіденційності, то необхідно повідомити про це клієнтові до розмови; хай він сам вирішить, чи можна на це піти. Якщо з вами поділилися інформацією, що містить відомості про небезпеку, яка загрожує клієнтові або суспільству, то етичні принципи дозволяють порушити конфіденційність заради безпеки. Проте, треба завжди пам'ятати, що відповідальність психолога перед клієнтом, який довірився йому, завжди первинна.

2. Усвідомте межі своєї компетентності. Психологи-початківці відразу намагаються глибоко копатися в душах своїх друзів і своїх клієнтів. Це потенційно небезпечно. Психологу-початківцю слід працювати під спостереженням професіонала; шукати поради і пропозицій з поліпшення стилю роботи. Перший крок до професіоналізму — усвідомлення своїх меж.

3. Уникайте розпитувати про неістотні деталі. Психолог-початківець зацікавлений деталями і «важливими історіями» своїх клієнтів, інколи ставить дуже інтимні питання про сексуальне життя. Для початківця або невмілого психолога характерне те, що він надає великого значення деталям з життя клієнта і одночасно пропускає те, що клієнт відчуває і думає. Консультування призначене перш за все для користі клієнта, а не для збільшення вашого об'єму інформації.

4. Відноситесь до клієнта так, як ви хотіли б, аби відносилися до вас. Поставте себе на місце клієнта. Кожен хоче, щоб до нього відносилися з повагою, поважаючи його почуття власної гідності. Глибокі стосунки і душевна розмова починається після того, як клієнт зрозумів, що його думки і переживання вам близькі. Стосунки довіри розвиваються із здатності клієнта і консультанта бути чесними.

5. Беріть до уваги індивідуальні і культуральні відмінності. Можна сказати, що практика терапії і консультування без врахування того, з якою групою ви маєте справу, взагалі не можна назвати етичною практикою. Чи досить ви підготовлені для того, щоб працювати з людьми, що відрізняються від вас?

Сучасне положення в суспільстві дозволяє говорити про потенційно або явно існуючі конфлікти у сфері спілкування. Клінічне інтерв'ю в цьому відношенні не є виключенням. Потенційні психологічні складнощі при проведенні інтерв'ю можливі на різних рівнях — вчора вони охоплювали одну галузь; сьогодні — другу; завтра — можуть поширитися на третю. Без довірчої атмосфери, терапевтичної емпатії між психологом і пацієнтом неможливе кваліфіковане інтерв'ювання, постановка діагнозу і психотерапевтичний ефект.

Слід зазначити, що основний деонтологічний принцип проведення клінічного інтерв'ю — це проведення бесіди із пацієнтом з позиції презумпції його психічної повноцінності.

У теорії Жака Лакана робиться припущення, що інтерв'ю — це не просто стосунки між двома людьми, фізично присутніми на сеансі. Це ще і взаємовідношення культур. Тобто в процес консультування залучені як мінімум четверо, і те, що ми приймали за бесіду терапевта і клієнта, може виявитися процесом взаємодії між їх культурно-історичним корінням.

Відзначимо, що консультування — предмет складніший, ніж просто видача клієнтові рекомендацій. Культуральна належність пацієнта завжди повинна враховуватися. Терапевт і клієнт — це те, що ми бачимо і чуємо в процесі інтерв'ю. «Але ніхто не може піти від свого культурного спадку. Деякі психологічні теорії мають тенденцію до антиісторизму і недооцінюють вплив культуральної приналежності на клієнта. Вони фокусуються в основному на стосунках клієнт — психолог, не беручи до уваги цікавіші факти їх взаємодії» (Ж. Лакан).

Емпатія вимагає, аби ми розуміли як особисту неповторність, так і культурно-історичні особливості свого клієнта. Історично емпатія фокусувалася на особистій неповторності, а другий аспект виявився забутим. Наприклад, для психологів США і Канади характерне очікування, що всі клієнти незалежно від їх належності до певної культури, однаково реагуватимуть на одне і те ж лікування.

У ідеальному варіанті обое — психолог і клієнт — усвідомлюють і використовують культурно-історичний аспект. Емпатію ж не можна вважати необхідною і достатньою умовою, якщо не приділяти уваги і культуральному аспекту.

В процесі клінічного інтерв'ю, як показує досвід і підтверджує теорія Ж. Лакана, можуть стикатися такі складові історико-культурних баз психолога (лікаря) і клієнта (пацієнта) як: стать, вік,

релігійні переконання і віросповідання, расові особливості (у сучасних умовах — національність). Ефективність інтерв'ю в цих випадках залежатиме від того, як психолог і пацієнт з різними переконаннями і особливостями порозуміються, який стиль спілкування запропонує діагност для створення атмосфери довіри. Сьогодні ми маємо справу з відносно новими проблемами в галузі лікувальної взаємодії. Пацієнти часто не довіряють лікарям, а лікарі — пацієнтам лише на підставі відмінностей по національним, релігійним, та іншим ознакам. Лікар (також як і психолог) повинен орієнтуватися на поточну ситуацію в галузі етнокультурних взаємин і вибирати гнучку тактику спілкування, що уникає обговорення гострих глобальних і немедичних проблем, зокрема національних, релігійних, тим більше не нав'язувати своєї точки зору на ці питання.

Існують різні методологічні підходи до проведення інтерв'ю. Вважається, що по тривалості перше інтерв'ю має тривати близько 50 хвилин. Подальші інтерв'ю з тим же клієнтом (пацієнтом) можуть бути трохи коротшими. Можна запропонувати наступну модель (структуру) клінічного інтерв'ю:

I етап: встановлення «довірливої дистанції». Ситуативна підтримка, надання гарантій конфіденційності; визначення домінуючих мотивів проведення інтерв'ю.

II етап: виявлення скарг (пасивне і активне інтерв'ю), оцінка внутрішньої картини — концепції хвороби; структуризація проблеми.

III етап: оцінка бажаного результату інтерв'ю і терапії; визначення суб'єктивної моделі здоров'я пацієнта і переважаючого психічного статусу.

IV етап: оцінка антиципаційних здібностей пацієнта; обговорення вірогідних варіантів результату захворювання (при його виявленні) і терапії; антиципаційний тренінг.

Наведені етапи клінічного психологічного інтерв'ю дають уявлення про істотні пункти, що обговорюються в процесі зустрічі психолога і хворого. Зрозуміло, що при першому інтерв'ю переважаючими мають бути перші три етапи, а при подальших — четвертий. Особливо слід враховувати рівень психічних розладів пацієнта (психотичний — непсихотичний); добровільність або примусовість інтерв'ю; критичність хворого; інтелектуальні особливості і здібності, а також реальну ситуацію, що оточує його.

Перший етап клінічного інтерв'ю («встановлення довірливої дистанції») можна визначити як активне інтерв'ю. Він є найбільш

важливим і важким. Перше враження пацієнта здатне вирішити подальший хід інтерв'ю, його бажання продовжувати бесіду, піти на розкриття інтимних подробиць. Спілкування лікаря або психолога з пацієнтом починається не з формального; «На що скаржитеся?», а з ситуативної підтримки. Інтерв'юер бере нитку розмови в свої руки і, в думках поставивши себе на місце пацієнта, що вперше звернувся до лікаря, відчувши драматизм ситуації, страх клієнта бути визнаним психічно хворим або поставленим на облік, допомагає йому почати розмову.

Зазвичай ефективними для встановлення «довірливої дистанції» — психологічного комфорту є вислови типу: «Я розумію, як це непросто звернутися до лікаря (психолога). Мені, напевно, не варто говорити про те, що все, чим Ви захочете поділитися зі мною про себе і свої переживання залишиться між нами». На подальших етапах бажано підтверджувати (нагадувати) пацієнтові свої гарантії конфіденційності. Наприклад, запитання, істотні для розуміння стану пацієнта, слід починати із слів: «Якщо не секрет, не могли б Ви розповісти детальніше про...» або «Ваше право не говорити мені про ...»; «Якщо Вам не хочеться обговорювати цю тему, ми могли б перейти до іншої». Подібними мовними, заснованими на етичних принципах, засобами можливе швидке і ефективне встановлення потрібної «душевної хвилі» між лікарем (психологом) і пацієнтом за умови, що за технікою комунікації стоятиме щире бажання розібратися в стані пацієнта, допомогти йому, а не маніпулювання.

Окрім цього, на першому етапі психолог повинен виявити домінуючі мотиви звернення до нього, скласти перше враження про рівень критичності респондента до себе і його психологічні особливості. Ця мета досягається за допомогою питань типу: «Хто був ініціатором Вашого звернення до фахівця?», «Ваш прихід на бесіду зі мною — це Ваше власне бажання або Ви зробили це для заспокоєння родичів (знайомих, батьків, дітей, начальства)?»

Навіть при бесіді із хворим з психотичним рівнем розладів доцільно почати інтерв'ю з надання гарантій конфіденційності. Нерідко ефективними для подальшої розмови з такими хворими виявляються фрази типу: «Ви напевно знаєте, що можете відмовитися від розмови зі мною як з психологом?» У переважній більшості випадків дана фраза не викликає бажання піти з кабінету лікаря, а навпаки виявляється прийнятним відкриттям для пацієнта, який починає відчувати свободу розпоряджатися інформацією про себе і при цьому стає більш відкритим для спілкування.

Активна роль лікаря (психолога) на цьому уривається і настає етап пасивного інтерв'ю. Хворому (клієнтові) надається час і можливість пред'явити скарги в тій послідовності і з тими подробицями і коментарями, які він вважає потрібними і важливими. Лікар або психолог при цьому виконують роль уважного слухача, що лише уточнює особливості проявів захворювання пацієнта. Найчастіше методика вислуховування включає наступні способи (таблиця 1).

Таблиця 1

Основні етапи діагностичного вислуховування

(по А. Айві)

Методика	Опис	Функція в процесі інтерв'ю
Відкриті питання	«Що?» — виявляє факти; «Як?» — відчуття; «Чому?» — причини; «Чи можна?» — загальну картину	Використовується для з'ясування основних фактів і полегшують розмову
Закриті питання	Зазвичай включають частку «чи», на них можна відповідати коротко	Дають можливість виявити особливі факти, скорочують дуже довгі монологи
Заохочення (підтримка)	Повторення декількох ключових фраз клієнта	Заохочує детальну розробку специфічних слів і сенсу
Віддзеркалення відчуття	Звертає увагу на емоційний зміст інтерв'ю	Прояснює емоційну підоснову ключових фактів, допомагає розкривати відчуття
Переказ	Повторення суті слів клієнта і його думок, використовуючи його ключові слова	Активізує обговорення, показує рівень розуміння
Резюме	У стислому вигляді повторює основні факти і відчуття клієнта	Корисно повторювати періодично під час інтерв'ю, що є обов'язковим в кінці зустрічі.

Питання, що задаються діагностом, спрямовані на оцінку внутрішньої картини хвороби, тобто виявлення уявлень пацієнта про причини виникнення у нього тих або інших симптомів. При цьому виробляється структуризація проблеми, яка залишається фруструючою на момент інтерв'ю. Тут же діагност ставить всілякі питання, що стосуються аналізу і психічного стану, ґрунтуючись на відомих діагностичних алгоритмах. Окрім вислуховування психолог під час інтерв'ю повинен використовувати і елементи впливу(таблиця 2).

Методи впливу в процесі інтерв'ю
(по А. Айві)

Метод	Опис	Функція в процесі інтерв'ю
Інтерпретація	Задає нові рамки, в яких клієнт може побачити ситуацію	Спроба дати можливість клієнтові по-новому побачити ситуацію— альтернативне сприйняття реальності, що сприяє зміні поглядів, думок, настрою і поведінки
Директива (вказівка)	Говорить клієнтові, яку дію зробити. Може бути просто побажанням або технікою.	Ясно показує клієнтові, якої дії психолог від нього чекає.
Порада (інформація)	Дає побажання, загальні ідеї, домашні завдання, пораду про те, як діяти, думати, поводитися.	Поради, які використовуються помірно, дають клієнтові корисну інформацію.
Саморозкриття	Психолог ділиться особистим досвідом і переживаннями, або розділяє відчуття клієнта.	Тісно пов'язаний з прийомом зворотного зв'язку, побудований на «я-пропозиція». Сприяє встановленню рапорта.
Зворотний зв'язок	Дає клієнтові можливість зрозуміти, як його сприймає психолог та оточуючі.	Дає конкретні дані, які допомагають клієнту зрозуміти, як його уявляють інші, сприймають його поведінку і стиль мислення, що створює можливість само сприйняття
Логічна послідовність	Пояснює клієнтові логічні наслідки його мислення і поведінки. «Якщо... то».	Дає клієнтові іншу точку відліку. Цей метод допомагає людям передбачати результати їх дій.
Резюме	Часто використовується в кінці бесіди, аби сформулювати думки психолога. Часто використовується в комбінації з резюме.	Прояснює, що психолог і клієнт добилися за час бесіди. Підводиться підсумок того, що сказав терапевт. Покликаний допомогти клієнтові перенести ці узагальнення з інтерв'ю в реальне життя.

Істотним на даному етапі інтерв'ювання є збір так званого *психологічного і медичного анамнезу* — історії життя і хвороби. Завданням психологічного анамнезу є здобуття від хворого відомостей для оцінки його особистості, ставлення до самого себе і, особливо, відношення до хвороби і оцінки того, наскільки хвороба змінила всю його особистість. Важливими є дані про перебіг хвороби і життєвий шлях, яке віддзеркалення хвороба отримує в суб'єктивному світі пацієнта, як позначається на його поведінці, на всій системі особистих стосунків. Зовні медичний і психологічний анамнез як методи дослідження вельми схожі — розпитування може йти по єдиному плану, але їх мета і використання отриманих даних абсолютно відмінні (В.М.Смірнов, Т.Н.Резнікова).

Наступний (III) етап клінічного інтерв'ю направлений на виявлення уявлень пацієнта про можливий і бажаний результати інтерв'ю та терапії. Хворого запитують: «Від чого з того, що Ви мені розповіли Вам хотілося б позбавитися в першу чергу? Як Ви уявляли собі до приходу до мене нашу бесіду і що Ви чекаєте від неї? Як Ви думаєте, чим би я міг Вам допомогти?»

Останнє питання націлює на виявлення бажаного для пацієнта способу терапії. Адже не рідкі випадки, коли хворий після пред'явлення лікареві скарг (часто різноманітних і суб'єктивно важких) відмовляється від лікування, посилаючись на те, що принципово не приймає жодних ліків, скептично відноситься до психотерапії або взагалі не довіряє лікарям. Подібні ситуації вказують на очікуваний психотерапевтичний ефект від самого інтерв'ю, від можливості висловитися, бути почутим і зрозумілим.

Цього виявляється в деяких випадках достатнім для певної частини тих, що звертаються за консультацією до лікаря або психолога. Адже часто людина приходить до лікаря (особливо психолога) не за діагнозом, а для того, щоб отримати підтвердження власних поглядів на своє психічне здоров'я і врівноваженість.

На четвертому завершальному етапі клінічного інтерв'ю знову активна роль переходить до інтерв'юєра. Ґрунтуючись на виявленій симптоматиці, маючи уявлення пацієнта про концепцію власної хвороби, знаючи чого чекає хворий від лікування, інтерв'юєр-психолог спрямовує інтерв'ю в русло антиципаційного тренінгу. Як правило, хворий на невроз боїться думати і навіть обговорювати з будь-ким можливі сумні результати конфліктних ситуацій для нього, що викликали звернення до лікаря і захворювання.

Антиципаційний тренінг, який заснований на антиципаційній концепції неврозогенезу (В.Д. Менделевич), спрямований, в першу чергу, на додумування пацієнтом самих негативних наслідків його хвороби і життя. Наприклад, при аналізі фобічного синдрому в рамках невротичного реєстра доцільно ставити питання, в наступній послідовності: «Чого саме Ви боїтеся? — Щось погане повинне статися. — Як Ви передбачаєте і відчуваєте, з ким це погане повинне статися: з Вами чи з Вашими близькими? — Я думаю зі мною. — Що ж саме, як Вам здається? — Я боюся померти. — Що означає для Вас смерть? Чим вона страшна? — Не знаю. — Я розумію, що це неприємне заняття — думати про смерть, проте, прошу Вас подумайте, чого саме Ви боїтеся смерті? Я спробую Вам допомогти. Для однієї людини смерть — це небуття, для іншої — страшна не сама смерть, а пов'язані з нею страждання, біль; для третьої — вона означає, що діти і близькі виявляться в разі смерті безпорадними і так далі Яка Ваша думка про це? — ...—»

Подібний прийом в рамках клінічного інтерв'ю виконує як функцію точнішої діагностики стану пацієнта, проникнення в глибини найпотаємніших особливостей його хвороби і особистості, так і терапевтичну функцію. Менделевичем В.Д. подібний прийом названий антиципаційним тренінгом. Його можна вважати патогенетичним способом терапії невротичних розладів.

Клінічне інтерв'ю складається з вербальних (описаних вище) і невербальних засобів, особливо на другому етапі. Разом з опитуванням пацієнта і аналізом його відповідей, лікар може розпізнати масу важливої інформації, не вираженої словами.

Мова міміки і жестів — це той фундамент, на якому ґрунтується консультування і опитування (А. Айві). Невербальна мова, на думку останнього автора, функціонує на трьох рівнях:

- умови взаємодії: наприклад, час і місце бесіди, оформлення кабінету, одяг і інші важливі деталі, більшість з яких впливає на характер взаємин між двома людьми;

- інформаційний потік: наприклад, важлива інформація часто приходить до нас у формі невербальної комунікації, але набагато частіше невербальна комунікація модифікує сенс і переставляє акценти в словесному контексті;

- інтерпретація: кожен індивід, що належить до будь-якої культури, має абсолютно різні способи інтерпретації невербальної комунікації. Те, що сприйняв з невербальної мови один, може повністю відрізнитися від того, що зрозумів інший.

Дослідження в західній психологічній науці по вивченню навичок вислуховування показали, що стандарти візуального контакту, нахилу тулуба, середній тембр голосу можуть абсолютно не підходити в спілкуванні з деякими клієнтами. Коли лікар працює з депресивним хворим або з людиною, що говорить про делікатні речі, візуальний контакт під час взаємодії може бути недоречним. Інколи мудрим рішенням буде відвести погляд від пацієнта.

Візуальний контакт. Не забуваючи про культуральні відмінності, слід все ж відзначити важливість того, коли і чому індивід перестає дивитися вам в очі. «Саме рух очей — ключ до того, що відбувається в голові клієнта, — вважає А. Айві, — Зазвичай, візуальний контакт припиняється, коли людина говорить на лоскитливу тему. Проте, аби точніше визначити значення зміни невербальної поведінки або візуального контакту, потрібна не одна бесіда, інакше можливий великий ризик зробити помилкові висновки.»

Мова тіла. За цим параметром відрізняються представники різних культур. Різні групи вкладають неоднаковий смисл в одні і ті ж жести. Вважається, що найбільш інформативною в мові тіла є зміна нахилу тулуба. Клієнт може сидіти природно, і потім, без всякої видимої причини стискувати долоні, схрестити ноги або сісти на край крісла. Часто ці начебто незначні зміни є індикаторами внутрішньоособистісного конфлікту.

Інтонція і темп мови. Інтонція і темп мови людини може стільки ж сказати про неї, особливо про її емоційний стан, скільки і вербальна інформація. Те, наскільки голосно або тихо виголошуються пропозиції, може служити індикатором сили відчуттів. Швидка мова зазвичай асоціюється із станом нервозності і гіперактивністю; тоді як сповільнена мова може свідчити про млявість і депресію.

Відзначимо услід за А. Айві значущість таких параметрів як побудову мови в процесі інтерв'ю. Те, як люди будують пропозиції, є важливим ключем до розуміння їх сприйняття світу. Наприклад, пропонується відповісти на запитання: «Що Ви скажете контролерові, коли він почне перевіряти наявність квитків, а Ви виявитесь в скрутному положенні?», запропонувавши наступні варіанти відповідей: а) «Квиток «порваний»; б) «Я порвав квиток»; в) «Машина порвала квиток»; г) «Щось сталося»?

Пояснення навіть такої незначної події може послужити ключем до розуміння того, як людина сприймає себе і навколишній світ. Кожна з наведених вище пропозицій відповідає дійсності, але кожна ілюструє різний світогляд. Перша пропозиція — просто

опис того, що сталося; друга — демонструє людину, що бере відповідальність на себе і вказує на внутрішній локус контролю; третя представляє зовнішнє управління, або «Я не робив цього»; і четверта вказує на фаталістичне, навіть містичне світосприймання.

Аналізуючи структуру пропозицій, ми можемо прийти до важливого висновку відносно психотерапевтичного процесу: слова, якими оперує людина, описуючи події, часто дають про неї більше інформації, ніж сама подія. Граматична структура речень теж є індикатором особистого світогляду.

Дослідження і спостереження Річарда Бендлера і Джона Гріндера — основоположників нейролінгвістичного програмування — акцентували увагу психологів і психотерапевтів на лінгвістичних аспектах діагностики і терапії. Вперше було відмічено значення використовуваних пацієнтом (клієнтом) слів і побудови фраз в процесі розуміння структури його розумової діяльності, а значить і власних особливостей. Учені відмітили, що люди по-різному розповідають про подібні явища. Одна жінка, наприклад, скаже, що «бачить», як її чоловік до неї погано відноситься; інша застосує слово «знаю»; третя — «відчуваю»; четверта — скаже, що чоловік не «прислухається» до її думки. Подібна мовна стратегія вказує на переважання певних репрезентативних систем, наявність яких необхідно враховувати з метою «підключення» до пацієнта і створення дійсного взаєморозуміння в рамках інтерв'ю.

Використання вербальної і невербальної комунікації сприяє точнішому розумінню проблем пацієнта і дозволяє створити взаємно сприятливу ситуацію під час клінічного інтерв'ю.

1.6. Експериментально-психологічні (пато- і нейропсихологічні) методи дослідження

Патопсихологічні методи дослідження.

Під патопсихологічними дослідженнями (експериментами) в сучасній психології розуміється використання будь-якої діагностичної процедури з метою моделювання цілісної системи пізнавальних процесів, мотивів і «стосунків особистості» (Б.В.Зейгарник), основним завданням якої є виявлення змін функціонування окремих психічних функцій. Патопсихологічний синдром — це патогенетично обумовлена група симптомів, ознак психічних порушень, які внутрішньо взаємообумовлені та взаємопов'язані (В.М.Блейхер) та є сукупністю поведінкових, мотиваційних, піз-

навальних особливостей психічної діяльності хворих, виражених в психологічних поняттях. Вважається, що в патопсихологічному синдромі відображаються порушення різних рівней функціонування центральної нервової системи. На думку А.Р. Лурія в системі ієрархії мозкових процесів розрізняють такі рівні, як патобіологічний, (який характеризується порушеннями морфологічної структури головного мозку, перебігу в ньому біохімічних процесів); фізіологічний, (який пов'язаний із змінами психофізіологічних процесів); пато- і нейропсихологічний, (для яких характерне порушення протікання психічних процесів та пов'язаних з ними властивостей психіки); психопатологічний, (який проявляється клінічними симптомами та синдромами психічної патології).

В результаті виявлення патопсихологічних синдромів можливо стає оцінка особливостей структури і протікання самих психічних процесів, що призводять до клінічних проявів — психопатологічних синдромів. Патопсихолог спрямовує своє дослідження на розкриття і аналіз певних компонентів мозкової діяльності, її ланок і чинників, випадання яких є причиною формування симптомів, які спостерігаються в клініці.

Виділяють наступні патопсихологічні реєстр-синдроми (І.А.Кудрявцев):

- шизофренічний;
- афективно-ендогенний;
- олігофренічний;
- екзогенно-органічний;
- ендогенно-органічний;
- особистісно-аномальний;
- психогенно-психотичний;
- психогенно-невротичний.

Шизофренічний симптомокомплекс складається з таких особистісно-мотиваційних розладів як: зміна структури та ієрархії мотивів, розлади розумової діяльності, що порушують цілеспрямованість мислення і смислоутворення (резонерство, зісковзування, різноплановість, патологічний полісемантизм); емоційні розлади (спрощення, дисоціація емоційних проявів); зміна самооцінки і самосвідомості (аутизм, сенситивність, відчуженість і підвищена рефлексія).

У *психопатичний (особистісно-аномальний) симптомокомплекс* входять: емоційно-вольові розлади; порушення структури та ієрархії мотивів; неадекватність самооцінки та рівня домагань; порушення мислення у вигляді «відносного афективного слабумства»; порушення прогнозування і опори на минулий досвід.

**Основні методи патопсихологічної діагностики
при порушеннях тих чи інших сфер психологічної діяльності**

Сфера психологічної діяльності, в якій виявлено порушення	Патопсихологічна методика
Розлади уваги	Таблиці Шульте; коректурна проба; методика Мюнстерберга.
Розлади пам'яті	Тест десяти слів; піктограма.
Розлади сприймання	Сенсорна збудливість; проби Ашафенбурга, Рейхардта, Ліпмана.
Розлади мислення	Тести на класифікацію, виключення, силогізми, аналогії, узагальнення; асоціативний експеримент; проблема Евер'є; піктограма; тест дискримінації властивостей понять.
Розлади емоцій	Тест Спілберга; метод кольорових виборів Люшера.
Розлади інтелекту	Тест Равена; тест Векслера.

Органічний (екзо — і ендогенний) симптомокомплекс характеризується такими ознаками, як: загальне зниження інтелекту; розпад наявних відомостей і знань; мнестичні розлади, що зачіпають як довгострокову, так і оперативну пам'ять; порушення уваги і розумової працездатності; порушення операційної сторони і цілеспрямованості мислення; зміна емоційної сфери з афективною лабільністю; порушення критичних здібностей і самоконтролю.

У олигофренічний симптомокомплекс входять такі прояви, як: нездатність до навчання і формування понять; дефіцит інтелекту; дефіцит загальних відомостей і знань; примітивність і конкретність мислення; нездатність до абстрагування; підвищена сугестивність; емоційні розлади.

Виділення патопсихологічних реєстр-синдромів дозволяє клінічному психологу не тільки зафіксувати порушення в різних сферах психічної діяльності, але і ранжувати їх по механізмам виникнення. Крім того, правильна кваліфікація патопсихологічного синдрому дозволяє клініцисту верифікувати нозологічний

діагноз і у вірному руслі спрямувати корекційну і терапевтичну роботу. Більшою мірою регістр-синдроми є значущими для патопсихологічних досліджень в психіатричній клініці, в меншій — в соматичній.

Патопсихологічна діагностика використовує батарею експериментально-психологічних методик-тестів, за допомогою котрих можлива оцінка функціонування як окремих сфер психічної діяльності, так і інтегративних утворень — типів темпераменту, особливостей характеру, особистих якостей.

Вибір конкретних методів і способів патопсихологічної діагностики в клінічній психології базується на виявленні кардинальних психопатологічних відхилень при різних типах психічного реагування в певних сферах психічної діяльності. В таблиці 3 представлені показання для використання тих чи інших методів патопсихологічної діагностики.

Нейрологічні та нейропсихологічні тести

Деякі проблеми особистості або поведінки індивіда спочатку виникають через ушкодження мозку або при зміні мозкової діяльності. Травми голови, пухлини мозку, дисфункція мозку, інфекції та інші порушення — все це може викликати органічні зміни. Якщо треба серйозно лікувати психічний розлад, необхідно знати, чи не лежать в його основі якісь фізіологічні порушення або органічні ураження мозку (Mattis & Wilson, 1997).

Існують методики, які можуть допомогти при виявленні патологій мозку. Деякі процедури, такі як хірургія мозку, біопсія та рентген, використовуються вже давно. Останнім часом розроблено кілька неврологічних тестів, спрямованих на пряме визначення структури мозку і його активності. Одним із таких тестів є електроенцефалографія (ЕЕГ), що реєструє електричні імпульси мозку, які виникають в результаті роботи нейронів. При цій процедурі електричні імпульси мозку реєструються за допомогою проводів, прикріплених до голови пацієнта.

Інші нейрологічні тести дозволяють отримати «зображення», які показують структуру мозку або виявляють особливості його діяльності. До таких тестів відноситься аксіальна комп'ютерна томографія, при якій рентгенівські промені відображаються від мозку під різними кутами; позитронна емісійна томографія; комп'ютерний запис рівня хімічної активності мозку, а також магнітно-резонансна томографія.

Хоча подібні діагностичні процедури використовуються скрізь, вони все-таки не завжди здатні виявити приховані патології моз-

ку. Нейропсихологічні тести, розроблені останнім часом, хоча і мають менш безпосередній підхід при обстеженні, можуть виявити більше результатів. При проведенні нейропсихологічних тестів для виявлення проблем, пов'язаних з мозком, в якості показників оцінюються когнітивні та моторні характеристики, а також здатність сприйняття (Rao, 2000; Butters et al., 1995). Пошкодження мозку особливо сильно впливають на зорове сприйняття, тимчасову пам'ять та візуально-моторну координацію, тому при проведенні тестів загалом звертається увага на дані показники.

Таким чином, нейропсихологічний тест — тест, за допомогою якого вимірюванням когнітивних і моторних характеристик виявляються мозкові порушення, а також особливості сприйняття. Наприклад, візуально-моторний гештальт-тест Бендера є одним із найбільш широко використовуваних нейропсихологічних тестів, складається із дев'яти карточок, на кожній з яких зображений простий малюнок. Пацієнти розглядають по одному малюнки на карточках і копіюють їх на листку паперу. Пізніше вони намагаються знову намалювати по пам'яті ці малюнки. До 12 років більшість людей здатні запам'ятати і відтворити ці малюнки. Помітні помилки в точності зображення є відображенням органічних порушень мозку.

Даний тест здатний виявити людей з органічними порушеннями в 75 % випадків. Однак жоден нейропсихологічний тест не здатний точно відрізнити один специфічний тип порушення діяльності мозку від іншого. Для того, щоб добитися більшої точності і чіткості, фахівці часто використовують серію, або батарею, нейропсихологічних тестів, кожний з яких спрямований на виявлення специфічних властивостей.

Генетико-моделюючий метод

Дослідницька діяльність слугує різним цілям клінічного психолога, але тільки завдяки використанню генетичних досліджень можна отримати знання про зростання і розвиток людини протягом всього її життя. Крім того, вони є основним методом перевірки ефективності соціальних і педагогічних впливів. Розвиток особистості — це неперевний динамічний процес, який триває протягом всього життя пацієнта. У зв'язку з цим, особливої актуальності набуває використання генетико-моделюючого методу в галузі клініко-діагностичної інтервенції, як методу, зосередженого на змінах психіки, що виникають у клієнта з плином часу (С. Д. Максименко).

Експериментально-генетичний метод несе безпосередньо 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 обумовлює тим самим наявність подібних структур (у вигляді способів аналізу) в самому психічному.

У Г.Олпорта ми зустрічаємо поділ всіх існуючих методів дослідження особистості на дві полярні 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 та 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. Г.Олпорт у реальних своїх емпіричних дослідженнях використовував саме останній, номотетичний метод.

Г.Олпорт не зміг створити методу, який опредметнив би його вихідні уявлення, і в цьому — його дійсна проблема. Вона, однак, є загальною для психології особистості. Більшість учених вбачає її вирішення у редукціонізмі: оскільки особистість — надто великий об'єкт, у ньому треба спочатку теоретично виокремити деякі частини, але не будь-які, а змістовні, тобто ті, дослідження яких буде, власне, адекватним вивченню всієї особистості.

Але даний метод не може охопити особистість як цілісність, що являє собою не суму окремих частин, а їх особливу організованість і рухливе взаємопроникнення. У цьому сенсі експериментально-генетичний метод є «типовим» 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 добудовувати 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.

Викладені методологічні положення були упредметнені авторами культурно-історичної теорії в особливому методі дослідження —

експериментально-генетичному. Сенс 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 «навпроти», враховуючи те, на чому підсилено акцентував Л. С. Виготський: не лише об'єкт знаходиться перед дослідником, але й дослідник — перед об'єктом. Важливо зафіксувати і підкреслити: сама позиція дослідника тут є унікальною — він не «перед», а «поруч». За своїми структурно-схематичними показниками ця позиція тяжіє до позиції психотерапевта (особливо в психоаналітичних і гуманістичних напрямках). Але є суттєва відмінність — експериментально-генетичний метод покликаний формувати 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.

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).

«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, як вважає Ф. Т. Михайлов, «виявляється дійсним визна-

чення власного предмета дослідження: 1) формування в онтогенезі системоутворюючої 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 та інш.); 3) перетворення їх у цілісність (єдність) усього об'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.

Генетико-моделюючий метод містить суттєвий аспект щодо 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 діяльність».

Так виникає ще один суттєвий методологічний аспект — вищі психічні функції людини 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 «явищем» зовсім іншого виду, природи і будови».

Генетико-моделюючий метод має на меті вивчення самої цілісної особистості, що саморозвивається. У зв'язку з цим виникла необхідність пошуку «єдиниць» 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 існування.

Цей метод ґрунтується на принципах:

- 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 дослідженнях особистості описаний тут метод використовується в процесі застосування окремих методик (дослідницьких процедур), серед яких головними є дослідження окремих випадків хвороби, 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.

Таким чином, 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 змодельовати 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 (С.Д. Максименко, К.С.Максименко, М.В.Папуча.).

Дослідження окремих випадків хвороби.

Дослідження окремих історій хвороб — це детальний опис життя людини та її психологічних проблем. Описується минуле людини, її виховання, теперішня ситуація та симптоми. В історії хвороби можуть висувуватись різні припущення про те, як у людини виникли психологічні порушення або психічні розлади, і буде описано лікування. Одне з найвідоміших подібних досліджень в психіатрії — «Три обличчя Єви». В ньому описана історія жінки з множинним розладом особистості. Це дослідження особливу увагу

приділяє трьом субособистостям жінки, які чергуються, у кожної з котрих свої спогади, смаки та звички (Thidpen & Cieckley, 1957).

Більшість клініцистів в ході лікування пацієнтів роблять замітки та записують, як проходить курс лікування, деякі з них перероблюють ці замітки у вивчення окремих випадків і діляться своїм досвідом з іншими професіоналами. Дослідження окремих пацієнтів можуть допомогти клініцисту краще зрозуміти кожного нового пацієнта та підказують йому ключ до його проблеми (Stricker & Trierweiler, 1995). Крім того, дослідження окремих випадків хвороби відіграють вагомую роль в розвитку науки, іноді більшу, ніж одиничні клінічні випадки (Beutler et al., 1995; Smith, 1988).

Окремі випадки історії хвороби слугують джерелом ідей, що пояснюють поведінку людей, та «відкривають шлях для нових знахідок» (Volgar, 1965). Наприклад, теорія психоаналізу Фрейда засновувалась головним чином на випадках з його особистої практики. Крім того, дослідження окремих випадків хвороби може дати експериментальне підтвердження теорії. Фрейд використовував дослідження окремих історій захворювання саме як підтвердження точності власних ідей. І навпаки, дослідження окремих випадків може піддати сумніву чиїсь теоретичні припущення (Kratochwill, 1992).

Дослідження окремих випадків хвороби допомагають оцінити нові терапевтичні техніки чи унікальні застосування вже існуючих методів. І нарешті, дослідження окремих випадків пропонують нові можливості для вивчення незвичних розладів, котрі рідко виникають в клінічній практиці, і тому обмежені невеликим числом спостережень (Lehman, 1991). Психологи, котрі досліджують такі проблеми, як, наприклад, множинний розлад особистості, раніше цілком опирались на окремі історії хвороб та в них шукали корисну для себе інформацію.

1.7. Завдання і функції психодіагностичного дослідження в клінічній психології

Одним з основних завдань 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. 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.

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

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

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

Як окрему групу методик можна виділити так звані тести — короткі стандартизовані випробування будь-яких психічних якостей; їх результати дозволяють вимірювати 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.

Отже, 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 досліджуваній 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. 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. 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. 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.

Таким чином, психодіагностика як галузь психології орієнтована на вимірювання індивідуально-психологічних властивостей особистості та широко використовується для встановлення психологічного діагнозу досліджуваного пацієнта (виявлення прихованих причин видимого неблагополуччя).

Діагноз як основна мета діагностики може встановлюватися на різних рівнях:

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

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

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

Основними методами психодіагностики є тестування і опитування, методичним втіленням яких є відповідно тести і опитувальники, що мають такі властивості:

1) дозволяють зібрати діагностичну інформацію у відносно короткі терміни;

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

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

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

В завдання психодіагностики входять:

- виявлення особистісних особливостей пацієнта;

- визначення актуального психічного стану і окремих сторін психічної діяльності;
- оцінювання ефективності психокорекційної роботи.

Надзвичайно широко використовується в психології метод тестування. Тестування («test» з англ. — «опитування») — це цілеспрямоване, однакове для всіх досліджуваних обстеження, проведене в строго контролюючих умовах, за допомогою якого отримується кількісна оцінка окремих складових психічного стану індивіда чи міжособистісних відносин. Перевагами методу тестування є простота, доступність, можливість автоматизації. Існує багато варіантів методик тестування (опитувальники, проєктивні методики та ін.). Для того, щоб отримані за допомогою тестів дані мали діагностичну цінність, а самі тести не були дискредитовані досліджуванним та дослідником, останній повинен добре володіти як методикою проведення самого тесту, так і інтерпретацією отриманих даних. Тому психологічні експеримент та тестування повинні проводитися професіональним фахівцем чи, в крайній мірі, пройшовшим спеціальну підготовку психіатром або лікарем, іншої спеціальності. Методи тестування важливо використовувати в комплексі з іншими методами.

Основні 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; 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.

Одним із найважливіших методів психодіагностики в клініці є експеримент.

Експеримент передбачає можливість активного втручання дослідника у психічну діяльність. *Лабораторний експеримент* передбачає використання експериментатором апаратури і спеціальних методик. За допомогою лабораторного експерименту можна

одержати об'єктивні дані про перебіг, розвиток і прояви психічних процесів, про стан і властивості їх у конкретних умовах. Проте, штучні умови, створювані в лабораторіях, очікування досліджуваного утруднюють процес об'єктивного вивчення. Тому поряд з лабораторним експериментом часто застосовують *природний експеримент* (О.Ф. Лазурський, 1910), який здійснюється у природних умовах діяльності людини і побудований так, що хворий не знає про те, що він є об'єктом психологічного дослідження.

Експериментальне дослідження суттєво доповнює та виправляє недоліки спостереження. До основних методів психодіагностики також відноситься так званий аналіз продуктів психічної діяльності, наприклад, листів, художньої творчості (віршів, прози, малюнків і т.д.)

До допоміжних методів відноситься також анкетування (те ж саме опитування, але по структуризованим та стандартизованим опитувальникам). Ці методи дозволяють уточнити психічні явища та особистісні властивості досліджуваних, які вивчаються. В якості допоміжних методів можуть бути використані і методи самоспостереження та самооцінювання (у вигляді щоденників) для вивчення, наприклад, динаміки психічної працездатності, змін настрою.

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

женням 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.

Під час бесіди обстежуваного просять охарактеризувати себе, розповісти про відносини з близькими та співробітниками; про плани на майбутнє і про захоплення, що існують в теперішній час; про те, як він поводить себе в конфліктних і екстремальних ситуаціях; які якості характеру, особливості особистості найбільше цінує в оточуючих людях; які психічні характеристики дає собі.

Спостереження за обстежуваним дає уявлення про швидкість його мовних, рухових і емоційних реакцій, про здатність швидко переключатися з однієї теми розмови на іншу, про здатність терпіти, затримувати психічні реакції взагалі. Спостереження лікаря, підкріплювані спостереженнями персоналу, дозволяють також виявити характер відношення хворого до інших людей, до праці, до навчання, своїх обов'язків, визначити моральні принципи, якими людина керується у своїй діяльності.

Велике значення має спостереження за людиною під час її перебування в медичному закладі. Аналізуються переживання, які хворий висловлює лікарю, медперсоналу, родичам, окремі вчинки та поведінка загалом. Постійно оцінюється психологічний стан пацієнта, в чому допомагають бесіди з його родичами і близькими людьми. Звертається увага на міміку, жестикуляцію, манеру триматися, відповідати на запитання. Визначається, як він дотримується режиму, які його взаємовідносини з сусідами по палаті та персоналом. Вивчається його відношення до ситуації, яка склалася в результаті захворювання. Воно може бути гіперболізованим з акцентом на тих чи інших симптомах або наслідках захворювання, які звужують професійно-трудові та інші можливості або ведуть до їх втрати. Психологічна криза, пов'язана з хворобою може стати причиною появи суїцидальних тенденцій в поведінці хворого.

Розкриття сутності внутрішньої картини хвороби дає можливість лікарю правильно оцінити не тільки фізичний, але і психічний стан пацієнта, диференційовано підійти до використання лікувальних та профілактичних заходів. При цьому лікар повинен враховувати, що реакції хворої людини на хворобу схильні до змін не менше, ніж її соматичний стан. У зв'язку з цим необхідно

організувати динамічне спостереження за психічним статусом пацієнта, організувати психотерапевтичну корекцію виявлених порушень.

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

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 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.

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 вибірка чи суцільна фіксація подій).

Таким чином, метод спостереження у психології є спеціально організоване, цілеспрямоване, систематичне та планомірне сприйняття досліджуваного об'єкта. Як уже відзначалося, сприйняттю 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 малодоступність 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. Об'єктивність методу спостереження ґрунтується на тому, що психічна діяльність усе ж так чи інакше, але виявляється зовні. Саме за зовнішніми проявами можна робити висновки про деякі психологічні особливості пацієнтів. 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.

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 прояви: 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, лексики людини; міміка та пантоміміка, експресія звуків; зовнішні прояви деяких вегетативних реакцій: почервоніння чи блідість, зміна ритму дихання тощо.

Спостереженню 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; суб'єкти або учасники певних подій; мета діяльності, структура діяльності; регулярність і частота явищ, що спостерігаються; типовість ситуації та ін.

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 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. По-друге, індивідуальні особливості прояву 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; 3) проведення спостереження кількома дослідниками; 4) порівняння спостереження по окремому відрізку поведінки із 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 отримати.

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 невтручання 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 появи нагоди помітити те, що його цікавить. Часто саме ця обставина є обмеженням спостереження порівняно з більш активними психологічними методами.

Безумовно, пасивність, невтручання дослідника дозволяє одержати цінні дані, які неможливо отримати іншими методами: це здатність бачення цілісної ситуації, а не її окремих фрагментів або ознак; можливість вивчати 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 щодо спостережуваних явищ. Складність полягає саме в тому, що такі установки не усвідомлюються, і навіть найсумлінніший спостерігач мимоволі тенденційний. Тому окремо наголошується на тому, що дослідник зобов'язаний реєструвати факти "як такі" і ні в якому разі не оцінювати їх.

Іншими факторами помилок можуть бути особисті якості дослідника: індивідуальний темп та 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 проявом 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 досліджуваних; 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 дій 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 аналіз об'єкта; висунення основної та робочих гіпотез; збір власне даних; їх аналіз та інтерпретація.

Слід зазначити, що 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 гіпотези дослідження спостереження може бути вичікувальним, досліджувачим 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. Особливо часто доводиться застосовувати таке спостереження у віковій та пе-

дагогічній психології, наприклад, коли виникає потреба з'ясувати, як вплине той чи інший педагогічний прийом, які особливості поведінки притаманні досліджуваним у певних специфічних умовах, наприклад, у певних 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 інш., причому фіксувалися усі прояви 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 чіткої селекції певних факторів поведінки з усього потоку спостережуваних подій. Прикладами таких спостережень можуть бути роботи Ж. Піаже з вивчення стадій розумового розвитку дітей.

Самі цілі спостереження можуть відрізнитися 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, спостереження застосовується також у випадках, коли треба визначити віддалені наслідки впливів (наприклад, у рамках формуючого експерименту). Але за однакових умов перевага надається 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, зокрема, вибір одиниць спостереження. Спостережуване явище може стати науковим фактом лише після того, як воно належним чином описане. А описати можна появу дискретного процесу, тому перед дослідником постає необхідність розчленувати 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 впливати на ефективність вирішення задач, то достатньо фіксувати

правильність їх вирішення; коли досліджуємо виникнення пізнавальної мотивації, то не повинні залишати поза увагою мімічні та пантомімічні вияви емоцій.

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. 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.

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 за 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, труднощі у розумінні інструкцій експерименту обумовлюють обмеженість експериментальних, зокрема лабораторних, методів дослідження при роботі з дітьми.

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.

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 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 за допомогою проінструктованих осіб. Виділяються також формалізоване (з чіткою структурою) та неформалізоване (якщо цілі та завдання детально не сформульовані), безперервне та дискретне спостереження.

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

Розглянемо специфіку деяких найчастіше застосовуваних у педагогічній та віковій психології видів спостереження. Найпростішим з них є нейтральне. Як правило, це невключене спостережен-

ня, яке може бути польовим (тобто проводиться у реальних умовах діяльності) або лабораторним, систематичним та вибіркоким тощо. 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 зовні, що дає йому шанс бути більш об'єктивним, неупередженим. Проте, найбільшою проблемою такого спостереження є ефект «демонстрації», коли учні (і вчитель) поводяться 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 проводиться 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.

Не дивлячись на те, що психолог залежить від появи факту, який його цікавить, він має можливість спостерігати цей факт, спотворюючи 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.

Вигідно відрізняє спостереження також не така жорстка, як в експерименті, прив'язка до плану дослідження, можливість описувати непередбачені планом події, ставити запитання, змінювати ситуацію, 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.

Усе це свідчить про те, що і в майбутньому спостереження особливо буде застосовуватися у вивченні дитини, як здорової, так і хворої.

Анкетні методи

У психологічних дослідженнях часто виникає необхідність в інформації про такі явища та процеси, які недоступні прямому спостереженню. Наприклад, інформація про мотиви, інтереси, схильності, життєві плани.

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 за допомогою 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 за допомогою 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 допомогою 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 опитувальників респондентом. При цьому, якщо інтерв'ю передбачає особисте спілкування інтерв'юера з опитуваним, при анкетуванні респондент сам заповнює опитувальник 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, який 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 за допомогою анкети дослідник одержує інформацію із відповідей на запитання, вони повинні бути сформульовані таким чином, щоб усі респонденти розуміли їх так, як і сам укладач опитувальника. Проте, зробити це не 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 за 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, уміння 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 за 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 достовірними 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 проєктивні запитання, коли респондентам пропонується набір ситуацій, із якими вони могли б зустрітися в житті, й необхідно вказати власний варіант поведінки 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;
- 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 точно 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; у переліку кількісних запитань позитивні та негативні сторони мали б однакові параметри.

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 вивідуваної 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 іде 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.

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 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 щире 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, 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 (“паспортичці”) містяться питання, що стосуються об'єктивного статусу особи (стать, вік, сімейне становище, професія, освіта та інш.). 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, концептуально-го 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 щиру 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?

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?

Існує три основних типи анкет, що застосовуються у 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.

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.

1.8. Дослідження особистості хворого біографічним методом

Біографічний метод (вивчення анамнезу життя) — це метод синтетичного опису людини як особистості, суб'єкта діяльності. Це один з методів, який дозволяє вивчати особистість в процесі розвитку, він є одночасно і генетичним методом дослідження, який дозволяє прослідкувати динаміку життєвого шляху. Недоліком методу є його описовий характер, залежність спогадів про минуле від помилок пам'яті, але вони можуть бути скоректовані більш об'єктивними даними комплексного дослідження особистості.

Розробка біографічного методу відноситься до першої третини ХХ ст. У вітчизняній психології до цього методу вперше звернувся Н. Рибніков. Комплексне біографічне дослідження охоплює всі вікові етапи і сфери життя людини, має важливе значення для комплексного психологічного вивчення пацієнта.

Біографічний метод включає наступні розділи:

1. Дані життєвого шляху.
2. Ступені соціалізації (ясла, дитячий садок, школа, вуз і т.д.)
3. Середовище розвитку (місця проживання, навчальні заклади та ін.)
4. Інтереси та хобі в різні періоди життя.
5. Стан здоров'я, в тому числі і перенесені захворювання.

Хронологічна таблиця особистісного розвитку

Основні дати	Події	Переживання
--------------	-------	-------------

Дані відповіді обробляються методом контент-аналізу. Інтерпретація результатів передбачає аналіз:

- соціальної ситуації розвитку особистості;
- основного фону емоційних переживань в різні періоди розвитку;
- ціннісних орієнтацій, спрямованості, інтересів, тенденцій, середовища спілкування, соціальної активності особистості;
- основних конфліктів і рухомих сил розвитку особистості.

Крім того, вивчення біографії (за анамнезом життя) надає лікарю інформацію про систему цінностей хворого, спрямованість його інтересів, потреби, смаки, поведіння в складних життєвих ситуаціях та ін.

Різновидом цього методу є клініко-біографічний метод. Його застосування дає можливість притримуватися не вузько клініч-

ного, а розширеного, клініко-психологічного розуміння етіопатогенезу хворобливих порушень у пацієнта. При наявності клінічно виражених психосоматичних розладів цей метод дозволяє прояснити як першопочатковий психологічний статус, так і внутрішню картину хвороби, яка включає набір вторинних психологічних проблем, які виникають у зв'язку з переживанням людиною свого хворобливого стану.

Він підкреслює унікальність життєвого шляху кожної людини, а також необхідність перетворення психології розвитку особистості у психологію життєвого шляху, коли основою періодизації стають конкретні життєві події, під час яких особистістю переживаються психофізіологічні сенситивні періоди, кризи та ін. (І.С.Кон, Т.Анатрелла, Р.Лернер, Дж.Тюбмен).

У вітчизняній психології дані питання досліджуються в межах напрямку, відомого як «життєвий шлях особистості» (Абульханова — Славська К.О., 1991, Анциферова Л.І., 1995, Зейгарник Б.В., 2002, Рубінштейн С.Л., 1973, Ананьев Б.Г., 1997 та ін.).

В клінічно-біографічне дослідження хворого входить також і виявлення анамнезу хвороби (історія виникнення, перебігу, відомості про можливі причини, лікування захворювання, а також інформація про супутню психосоматичну патологію). Крім того, дуже важливим є визначення сімейного анамнезу, тобто збирання клінічним психологом відомостей про спадковість та наявність психічних розладів, соматичних захворювань у членів родини пацієнта.

Дійсно, при оцінюванні анамнестичних даних важливо враховувати спадковість пацієнта. Однак, при виявленні питань, що стосуються спадковості, не можна робити занадто явних акцентів на сімейній патології, так як це може викликати у нього додаткові негативні психологічні переживання і навіть фобічні або іпохондричні порушення.

Оцінка ефективності психокорекційного і психотерапевтичного впливу

Однією з важливих методологічних проблем клінічної психології є проблема оцінки ефективності психокорекційного і психотерапевтичного впливів. Для цих цілей Б.Д. Карвасарським була запропонована клінічна шкала, в яку передбачалось включити 4 критерія: 1) ступінь симптоматичного покращення; 2) ступінь усвідомлення психологічних механізмів хвороби; 3) ступінь зміни порушених стосунків особистості та 4) ступінь покращення соціального функціонування.

Клінічна шкала оцінки ефективності психотерапії (Б.Д. Карвасарського)

<p>I. <i>Критерій ступеню симптоматичного покращення:</i></p> <p>а)симптоматика проявляється дуже часто або характеризується вираженою інтенсивністю;</p> <p>б)симптоматика проявляється досить часто або характеризується значною інтенсивністю;</p> <p>в)симптоматика проявляється рідко або характеризується слабкою інтенсивністю;</p> <p>г)симптоматика відсутня.</p>
<p>II. <i>Критерій ступеню усвідомлення психологічних механізмів хвороби:</i></p> <p>а)відсутність розуміння ролі психогенних факторів у виникненні захворювання;</p> <p>б)усвідомлення взаємозв'язку між симптомами хвороби та неспецифічним нервово-психічним напруженням;</p> <p>в)усвідомлення взаємозв'язку між симптомами хвороби і конфліктною ситуацією, котра виникла в зв'язку з особливостями особистості хворого;</p> <p>г)досягнення розуміння специфічного змістовного чи адаптивного характеру симптомів, повного усвідомлення ролі власних особистісно-емоційних проблем у виникненні типових для хворого конфліктних ситуацій та розуміння їх генезису.</p>
<p>III. <i>Критерій ступеню зміни порушених стосунків особистості:</i></p> <p>а) відсутність змін;</p> <p>б) зміна відношення до хвороби та лікування;</p> <p>в) зміна відношення хворого лише в сфері (сферах), що відносяться до актуальної конфліктної ситуації, без глибоких змін порушених відносин особистості;</p> <p>г)зміна відносин хворого у всіх значимих сферах особистості із їх значною перебудовою.</p>
<p>IV. <i>Критерій ступеню покращення соціального функціонування:</i></p> <p>а) низька ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням;</p> <p>б) помірна ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням;</p> <p>в) значна ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням;</p> <p>г) виражена ступінь задоволеності своїм соціальним функціонуванням.</p>

Поряд з клінічною шкалою для оцінювання ефективності психокорекційних та психотерапевтичних впливів в клінічній психології використовуються показники динаміки психічного стану пацієнтів по даним різних психологічних тестів. Частіше інших з цією метою використовуються ММРІ, метод кольорових виборів Люшера.

1.9 Клінічні прояви психічної норми та патології

Діагностичні принципи-альтернативи

Внаслідок природних труднощів, що стоять на шляху діагностичного процесу був розроблений набір принципів-альтернатив. У його основі закладені принципи феноменологічного підходу в психології і психіатрії — кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) повинне розглядатися як багатозначне, дозволяючи розуміти і пояснювати його як в категоріях психопатологічних, так і психологічних.

Можна виділити декілька подібних принципів-альтернатив: хвороба-особа, нозос-патос, реакція-стан-розвиток, психотичне-непсихотичне, екзогенне-ендогенне-психогенне, дефект-одужання-хроніфікація, адаптація-дезадаптація, негативне-позитивне, компенсація-декомпенсація, фаза-напад-епізод, ремісія-рецидив-інтермісія, тотальність-парціальність, типовість-атиповість, симуляція-дисимуляція-агравація.

Перераховані принципи-альтернативи сприяють обґрунтуванню багатовимірного підходу до оцінки психічного стану людини замість примітивної одновимірної оцінки в координатах хворий-здоровий. Наприклад, пацієнт, що переніс напад шизофренії, в одновимірній системі координат має бути визнаний або хворим або здоровим. Але на практиці саме питання не може бути поставлене настільки однозначно. У багатовимірній системі координат оцінка стану пацієнта, що переніс шизофренічний напад, складатиметься з інших категорій. Стан «відсутності активних симптомів шизофренії» може бути позначений як одна з альтернативних характеристик «дефект-одужання-хроніфікація», «ремісія-рецидив-інтермісія», «адаптація-дезадаптація», «компенсація-декомпенсація» і «позитивне-негативне».

Далі будуть приведені найбільш відомі діагностичні принципи-альтернативи і проаналізовані клінічні параметри, що дозволяють робити вибір одного з альтернативних критеріїв оцінки психічної діяльності.

Хвороба-особа

Принцип-альтернатива «хвороба-особа» є основним в діагностичному феноменологічно орієнтованому процесі. Він зумовлює підхід до будь-якого психологічного феномену з двох альтернативних сторін: або спостережуваний феномен є психопатологічним симптомом (ознакою психічної хвороби), або він є ознакою особистих особливостей, наприклад, світогляду людини, традиційного

для її етносу, культурної або релігійної групи, стереотипу поведінки.

Особливо яскраво альтернатива «хвороба-особа» може бути продемонстрована на прикладі такого феномену як переконаність в чому-небудь, яку можна представити у вигляді альтернативи марення-світогляд, марення-забобон. Як відомо, марення — це помилковий висновок, що не піддається корекції і що виникає на хворобливій основі. Проте, поширене визначення марення натрапляє на серйозні складнощі при проведенні диференціації між маренням та іншими ідеями, думками, висновками, що не піддаються корекції. Наприклад, релігійна ідея в представленні атеїста може бути визнана помилковою і такою, що не піддається корекції, тобто атеїстові не переконати віруючого. Чи виходить з цього факту, що віра — це марення? Критерій хворобливої основи в даному випадку нічого не дає для диференціації, оскільки незрозуміло як визначити хворобливу основу, якщо ще не вироблений діагностичний пошук, не з'ясовано чи є симптоми хвороби. З іншого боку, близьким за значенням до наведеного вище визначення слід визнати дефініцію світогляду. Світогляд — система принципів, поглядів, цінностей, ідеалів і переконань, що визначають напрям діяльності і відношення до діяльності окремої людини, соціальної групи або суспільства в цілому. Де ж кордон між релігійним переконанням як світоглядною системою і маревними ідеями?

Сучасна психіатрія, намагаючись обійти подібний риф на дорозі діагностики, ввела нове визначення марення. Марення — це помилкова, непохитна упевненість в чому-небудь, не дивлячись на безперечні і очевидні докази і свідoctва протилежного, якщо ця упевненість не властива іншим членам даної культури або субкультури. Найбільш істотною в даному визначенні є не традиційна оцінка марення як помилкового висновку, а вказівка на значущість етнокультурального аналізу. Отже, хворобливою подібна упевненість буде визнана лише в разі неспростованих доказів, або тоді, коли для мікросоціального середовища, вихідцем з якого є обстежуваний, подібне переконання є чужорідним.

Особливо складною є диференціація в рамках альтернативи «марення-забобон». Основним опорним пунктом в даному випадку також повинен стати етнокультуральний підхід. Якщо конкретний забобон типовий для даного мікросоціуму, то переконаність не може стати основою для діагностики психопатологічного симптому. Необхідно буде шукати інші психічні феномени і доводити їх психопатологічний характер. Тобто для того, щоб з високою віро-

гідністю віднести переконаність в чому-небудь до маревних ідей, необхідно оцінити її (переконаність) як унікальне і суб'єктивне явище, що не знаходить аналогів в субкультурі аналізованої людини. Наприклад, переконаність людини в тому, що її погане самопочуття пов'язане з «наведенням порчі» частіше трактується в нашому культуральному середовищі на теперішньому історичному етапі як забобон, а не як симптом, оскільки переконання в можливості «наводити порчу, пристріт» є досить типовою світоглядною установкою. В той же час переконаність людини в тому, що подібне погане самопочуття і навіть хвороба обумовлені тим, що на вулиці повз неї проїхали три машини червоного кольору неможливо обгрунтувати традиційними віруваннями і внаслідок цього високо вірогідною є оцінка їх з точки зору психопатологічних позицій.

Декілька десятиліть тому переконаність людини в тому, що вона знаходиться під впливом «енергетичних вампірів» тлумачилась би психіатрами як маревна, сьогодні — вона найчастіше трактується як світоглядна установка..

Нозос-патос

Принцип-альтернатива «нозос-патос» дозволяє трактувати будь-який психологічний феномен в системі координат, що використовує поняття хвороби (нозос) і патології (патос). Під першим в психіатрії мають на увазі хворобливий процес, динамічне, поточне новоутворення; під другим — патологічний стан, стійкі зміни, результат патологічних процесів або відхилення розвитку.

Нозос і патос є крайніми (патологічними) варіантами різних по своїй суті процесів або спектрів. Так, нозос розташовується в спектрі здоров'я-хвороба, а патос в спектрі норма-патологія. При цьому в рамках кожного з них різняться складові частини спектру.

Здоров'я => Передхвороба => Психічна хвороба => Психоз

Норма => Передпатологія => Патологія

Наведені спектри відрізняються один від одного як окремими етапами, так і характером взаємин між ними. На думку Ю.С.Савенко, спектр норма-патологія носить характер континууму, спостерігаються плавні переходи від одного стану до іншого. В той час, як спектр здоров'я-хвороба не є континуумом і можна відзначити ступінчатість переходів. Внаслідок цього, з позиції феноменологічного підходу, перехід між непсихотичним і психотичним етапами носить якісний (стрибокподібний) характер, внаслідок чого «відчути психоз» неможливо.

Два приведені спектри відображають сучасні уявлення про характер взаємозв'язку норми і здоров'я. Поняття здорової діяльності,

здорового самопочуття, здорової поведінки значно ширше, багатше, ніж поняття норми вищезазначених показників життєдіяльності людини. Здоров'я визначається як стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя та ґрунтується на суб'єктивному відчутті здоров'я, внаслідок чого його діапазон розширюється. Норма ж в медицині визначається як оптимум функціонування і розвитку організму та особистості, оцінка якого вимагає об'єктивного і порівняльного підходу. За даними деяких дослідників-психіатрів, норма складає лише одну третину здоров'я. Умовно це співвідношення можна визначити так: людина визнається здоровою, але не зовсім, тобто суб'єктивно вона не відчуває жодних хворобливих проявів, відзначає комфортність власного самопочуття (повне благополуччя), але при цьому об'єктивно відзначається відхилення від оптимуму функціонування. У соматичній медицині проблема хвороба-патологія не стоїть настільки гостро як в клінічній психології і психіатрії, де оцінка стану пацієнта має соціально значиме звучання.

До нозосу відносять хворобливі процеси і стани, такі як шизофренія, біполярний афективний розлад, інволюційні, судинні, інфекційні та інші психози; до патосу — в першу чергу, розлади особистості (психопатії), аномалії розвитку.

Реакція-стан-розвиток

Альтернатива «реакція-стан-розвиток» є однією з важливих при феноменологічному аналізі психологічного стану обстежуваного. Вона дозволяє ввести в цей аналіз параметри стимул-реакції і реакції, зовнішнього і внутрішнього. При цьому оцінка психологічного феномену будується на підставі оцінки конгруентності або не конгруентності наведених параметрів. Цей принцип-альтернатива, також як інші, використовує багатовимірний підхід, що дозволяє коректно підійти до відповіді на багато діагностичних питань. Наприклад, як можна оцінити в традиційних загально-медичних категоріях хвороби-здоров'я наступне спостереження: у дитини на тлі підвищеної температури, викликаній інфекційним захворюванням, виник вперше в житті розгорнутий судомний напад, який згодом протягом півроку не повторювався. Чи дозволено назвати стан дитини хворобливим, діагностувати епілепсію і відповісти на питання: здорова вона або хвора, потребує призначення антиконвульсантів або не має потреби?

Подібна постановка питання при феноменологічному підході не коректна, оскільки вона носить характер контрастності, одновимірності. Для правильної відповіді на подібне питання необхідний аналіз в рамках принципу «реакція-стан-розвиток».

Психічною реакцією в клінічній психології називається короткочасна (не довше 6 місяців) відповідь на яку-небудь ситуацію або зовнішню дію. Психічним станом позначається стійкий психопатологічний синдром без схильності до розвитку або регресу (тривалістю більше 6 місяців). Під патологічним психічним розвитком розуміється патологічний процес з внутрішніми закономірностями симптомоутворення.

У такій системі координат оцінка психічного здоров'я дитини, що перенесла судомний напад (з наведеного вище прикладу), може бути заснована на тому, що судомний напад був єдиним, причинно пов'язаним з екзогенною (зовнішньою) дією — гіпертермією і отже повинен трактуватися як епілептична реакція. Збірне поняття «епілепсія» в контексті принципу-альтернативи «реакція-стан-розвиток» феноменологічно може бути представлена епілептичною реакцією, епілептичним станом (хворобою) і епілептичним розвитком (змінами особистості або іншими психічними розладами). Подібне трактування поширюється на цілий ряд психопатологічних порушень: реакцією, станом або розвитком можуть бути невротичні симптоми (невротична ситуаційна реакція, невроз, невротичний розвиток особистості); шизофренія, особливо в західній психіатричній традиції (шизофренічна реакція, шизофренічний психоз).

Психотичне — непсихотичне

Даний альтернативний розподіл є традиційним для психіатрії і вважається одним із основних принципів, що мають значення як для теорії, так і для практики. Він визначає тактику і стратегію психіатричного втручання, диктує вибір методів терапевтичної дії, обґрунтовує вживання тих або інших профілактичних і реабілітаційних заходів.

Принцип «психотичне-непсихотичне» оцінює такий психічний параметр як рівень психічних розладів, своєрідну глибину і вираженість психопатологічної картини захворювання. У соматичній медицині подібний критерій відсутній, оскільки відсутня необхідність оцінки соціально значимих сторін діяльності людини. Присутній лише параметр тягаря хвороби, вірогідність летального кінця або хроніфікації та інвалідизації. У психіатрії тягар розладів може бути проаналізований двояко. З одного боку, його можна оцінити з позиції уявлення про психічне здоров'я — стан повного фізичного і душевного комфорту та благополуччя, і тоді тягар розладу визначатиметься суб'єктивно. З іншого боку, його можна трактувати з позиції поняття про соціально шкідливий

вплив, до якого може призвести психічне захворювання (у крайньому вираженні — до загрози життю оточуючих і свого власного), що зумовлює «об'єктивний» підхід. Внаслідок цього психотичний рівень розладу психічної діяльності у всіх випадках оцінюється як стан «важчий», ніж непсихотичний.

Психоз, за визначенням фон Фейхтершдебена, це психічний стан, що характеризується важким порушенням психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності, що призводить, зазвичай, до асоціальної поведінки і грубого порушення критики.

Під *непсихотичним рівнем* розуміються симптоми і синдроми, що супроводжуються критикою, адекватною оцінкою довколишньої дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття і фантазії з об'єктивною реальністю, а поведінка знаходиться в рамках соціально прийнятих норм.

Виходячи з прийнятих дефініцій рівнів психічних розладів, до психотичного рівня зараховуються такі симптоми і синдроми, як галюцинації, маревні ідеї, розлади свідомості, розірваність і незв'язність мислення, амбівалентність та інші. До непсихотичного — астеничний, фобійний синдроми, розлади уваги і ін. Проте, і при оцінці рівня психічного розладу також, як і в інших випадках необхідний феноменологічний підхід, що враховує принципи «розуміння», «контекстуальності», оскільки переважну більшість психопатологічних симптомів можуть трактувати альтернативно і які за певних умов можуть бути віднесені або до психотичного, або до непсихотичного рівня. Навіть здавалося б однозначно психотичний галюцинаторний синдром може розцінюватися як непсихотичний, якщо будуть відсутні критерії психотичного розладу — некритичність, груба дезорганізація діяльності і втрата контакту з реальною дійсністю. В цьому відношенні є показовим приклад депресивного розладу, який може бути характерним як для непсихотичного так і психотичного рівнів порушень психіки. Депресивний синдром оцінюється як психотичний на підставі приєднання до нього кататимних маревних ідей (самозвинувачення, самоприниження) і суїцидальних намірів, що не піддаються корекції.

Особливі складнощі виникають при аналізі рівня негативних психічних розладів (аутизму, абулії, деменції, змін особистості і деяких інших). Пов'язано це, з одного боку, з малою теоретичною розробленістю характеру самосвідомості і повноти критичної оцінки при них, з іншого — з їх негативними психопатологічними

властивостями. У зв'язку з цими непереборними на теперішньому етапі розвитку психіатрії перешкодами, було запропоновано, разом з психотичним і непсихотичним рівнями психічних розладів, виділити третій рівень, умовно позначений дефіцитарним (В.Д.Менделевич).

Екзогенне-ендогенне-психогенне

Принцип-альтернатива «екзогенне-ендогенне-психогенне» відноситься, в першу чергу, до психопатологічних феноменів, оскільки він відображає тип психічного реагування при наявності патології.

Розробка цього принципу заснована на постулаті психіатрії про те, що для певної групи психічних розладів існують виявлені і верифіковані етіопатогенетичні механізми. На підставі досліджень Бонгхоффера, Мейера і Мебіуса, проведених в кінці минулого століття, було визначено, що деякі симптоми і синдроми можуть виникати переважно внаслідок одного з трьох етіопатогенетичних варіантів — екзогенного, ендогенного або психогенного.

До *екзогенного* типу психічного реагування належать психічні реакції, стани і розвиток, що виникають унаслідок органічних уражень головного мозку. Під органічними причинами в медичній науці прийнято розуміти будь-які нефункціональні (непсихогенні) причини, що безпосередньо впливають на головний мозок людини. До них відносяться черепно-мозкові травми, судинні та інфекційні захворювання головного мозку, пухлини, а також інтоксикації.

До *психогенного* типу психічного реагування відносять психічні реакції, стани і розвиток, причини яких криються в психотравмуючому впливі життєвих подій. Будь-яка подія, конфлікт, фрустрація або життєва ситуація можуть викликати розлад, що відноситься до психогенного типу.

Під *ендогенним* типом психічного реагування мають на увазі психічні реакції, стани і розвиток, викликані внутрішніми (ендогенними), спадково-конституціональними причинами.

Деякі психопатологічні синдроми не укладаються ні в один з трьох вище наведених традиційно виділених типів психічного реагування. Внаслідок цього, запропоновано виділяти разом з екзогенним, психогенним і ендогенним, особистісний тип психічного реагування. У нього слід включати, в першу чергу, істеричний та іпохондричний симптомокомплекси, а також деякі симптоми однозначного соціального звучання (наприклад, копролалія, клептоманія, піроманія і деякі інші). Не викликає сумнівів той факт,

що істеричний та іпохондричний синдроми не можуть бути тільки викликані ендогенними або екзогенними чинниками. Вони є проявом соціально опосередкованого відношення до дійсності і власного місця в суспільстві. Їх можна позначити, як особистісні реакції на соціально значимі події або зміни свого статусу. Неможливо собі пояснити їх виникнення іншими механізмами, наприклад, біологічним (що підтверджується їх відсутністю при моделюванні психічних феноменів на тваринах). Проблематично відносити їх і до психогенного типу психічного реагування, оскільки принципове значення в їх виникненні мають не особливості психотравмуючого впливу, а особистісні характеристики пацієнта. Якщо порівняти істеричний та іпохондричний симптомокомплекс з іншими, які часто ставляться в один ряд з ними (синдром нав'язливостей, фобійний, депресивний), то безперечними є їх різні відмінності. Синдром нав'язливостей, фобійний або депресивний синдроми можуть виникати як внаслідок особистісних, так і інших механізмів (екзогенного, ендогенного, психогенного). Істеричний та іпохондричний синдроми ніяк не здатні формуватися поза особистісним типом реагування.

Спірним є віднесення симптому копролалії (насильницького і мимовільного вимовляння лайливих слів) до екзогенного типу реагування на підставі його належності як істотного і патогномонічного симптому до синдрому Жиля де ля Туретта. Теоретично можливо уявити виникнення насильницьких рухів м'язів, що приймають участь у мовленні, і обґрунтувати з нейрофізіологічних позицій. Проте, пояснити чому вимовлені слова, які мають насильницький, виникаючий поза волею пацієнта характер, носять нецензурний зміст (певне смислове навантаження) нейрофізіологічними механізмами не є правомірним. Морально-етичні критерії, корекція власної поведінки і спрямування її в етично заохочуване русло залежить лише від особистих властивостей людини.

Дефект-одужання-хроніфікація

Принцип-альтернатива «дефект-одужання-хроніфікація» дає можливість оцінювати залежно від особливостей клінічної картини психічного захворювання стани, що виникають після зникнення явних психопатологічних порушень.

Дефектом в психіатрії прийнято позначати тривале і безповоротне порушення будь-якої психічної функції (наприклад, «когнітивний дефект»), загального розвитку психічних здібностей («розумовий дефект») або характерного образу мислення, поведінки, які властиві для окремої особистості. Дефект, в даному контексті,

може бути природженим або набутиим. Проте, як правило, термін «дефект» на сьогоднішній час в психіатричній науці і практиці вживається по відношенню до набутих психічних розладів і обумовлений перенесеним психічним захворюванням. Наприклад, «шизофренічним дефектом» називається стійкий стан, що включає негативні психопатологічні симптомокомплекси, які виникли після зникнення гострих психотичних проявів.

Найбільш істотною характеристикою дефекту виступають саме розлади з негативною симптоматикою, оскільки в резидуальному періоді психозу або при інших психічних розладах можлива поява продуктивних психопатологічних феноменів, наприклад психопатизації, і тоді стан позначатиметься не дефектом, а змінами особистості.

Протилежністю дефекту виступають *одужання* тобто повне відновлення втрачених під час психічного захворювання психологічних функцій або *хроніфікація* психічних розладів, коли в клінічній картині хвороби продовжують переважати продуктивні (позитивні) психопатологічні симптоми і синдроми.

Адаптація-дезадаптація, компенсація-декомпенсація

Принципи-альтернативи «адаптація-дезадаптація» і «компенсація-декомпенсація» дають можливість розглядати психічні розлади у зв'язку з їх впливом на соціально-психологічні функції. Вони допомагають оцінювати міру їх впливу на порушення, що дозволяє визначати тактику психологічного втручання і вибір методів терапії та профілактики.

Адаптація — це процес пристосування організму або особистості до мінливих умов і вимог довкілля.

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

Два наведені параметри близькі по суті, але мають деякі відмінні риси. Так, при адаптації відбувається як би «примирення» з новим хворобливим статусом, пристосування до нього, вироблення позитивного відношення до наявних розладів, «співіснування» з психопатологічними симптомами. При компенсації відбувається заміщення втрачених психічних функцій іншими прийнятними для особистості і організму, тобто не упокорювання (як при адаптації), а активне подолання хворобливих змін.

У психіатричній практиці адаптація виглядає так: пацієнт нормально працює, проживає в сім'ї, вважається людьми, які його оточують «психічно здоровим», проте при цьому він може відчувати на собі дію галюцинаторних образів, щодо яких у нього зберігається

критика, і які не позначаються на його поведінці, що часто спостерігається при синдромі вербального галюцинозу. При компенсації чоловік, наприклад, з олігофренією заміщає «розумовий дефект» тим, що працює на доступному його рівню освоєному виробничому процесі. При психопатії компенсація може бути досягнута при виборі сфери діяльності, в якій базові риси характеру людини задіяні повною мірою (наприклад, робота епілептоїдного психопата бухгалтером).

Негативне-позитивне

Альтернативний поділ психопатологічних симптомів на негативні і позитивні, загально визнаний в психіатрії, дозволяє надалі оцінювати спостережуваний стан як активний хворобливий процес, хроніфікацію захворювання або як стійкі і не схильні надалі змінюватися дефекти та зміни особистості.

До *позитивних* (продуктивних, плюс) симптомів в клінічній психології зараховують ті психопатологічні прояви, які є хворобливою «надбудовою» над здоровими психологічними властивостями. Патологічні симптоми і синдроми як би «плюсуються», додаються до того, що у людини вже існує.

Негативні (дефіцитарні, мінус) симптоми — це психопатологічні феномени, відповідні випаданню тих або інших психічних процесів. В даному випадку до здорових проявів психічної діяльності не додається нічого нового, а лише усувається, те, що було людині властиво до хвороби. По-іншому ці симптоми називають симптомами «обкрадання» — хвороба краде нормальні функції.

Якщо до позитивних можна віднести більшість відомих і яскравих психопатологічних симптомокомплексів, то негативні розлади представлені лише декількома, менш яскравими, в порівнянні з позитивними симптомами і синдромами. До останніх відносяться аутизм, апатія, абулія, амнестичні розлади, деменція, зміни особистості і деякі інші.

Наведені вище принципи дозволяють стверджувати, що процес розмежування психологічних феноменів від психопатологічних симптомів (діагностика) в клінічній психології і психіатрії будується не на суб'єктивній основі, коли вважається, що «кожну людину можна визнати психічно хворою, просто потрібно її привести на прийом до психіатра», а базується на суворо об'єктивних наукових критеріях, що дозволяють при їх коректному, умілому і чесному використанні пізнати істину.

Феноменологія клінічних проявів

Основою диференціації психологічних проявів індивідуальних особливостей психічної діяльності від психопатологічних

симптомів є вірна і точна феноменологічна оцінка клінічно спостережуваної ознаки (феномену у вузькому розумінні). Саме на цьому етапі діагностики зустрічається найбільша кількість помилок. Широка обізнаність сучасного пацієнта в психіатричній і психологічній термінології, його спроби не описати свій стан, а проаналізувати, збільшують ризик діагностичних помилок, особливо у випадках неможливості безпосередньо спостерігати зміни поведінки і переживань людини, а також через відсутність даних об'єктивного анамнезу (тобто інформації про поведінку — послідовність і характер дій — вислови). Крім того, ризик неправильної оцінки особливостей нормального мислення зростає при обстеженні особистості з високим рівнем розумового розвитку або широкими знаннями в галузі філософії, психології, медицини.

В оцінюванні симптому не можна повністю ґрунтуватися на визначенні і пред'явленні його пацієнтом. Наприклад, вказівка обстежуваного на «апатію», що з'явилася у нього, не означає, що цей симптом присутній в клінічній картині хвороби. Подібних складнощів не виникає в клініці внутрішніх хвороб, де частенько вся діагностика будується на висловах пацієнта. Виявляється навіть така залежність: чим грамотніший в медичному плані обстежуваний, чим точніше він може викласти свій стан в наукових термінах (наприклад, якщо пацієнт — лікар), тим об'єктивніша діагностика соматичної хвороби. Адже в подібному випадку «медично підкований» кваліфікований хворий самостійно вибере з проявів свого захворювання найбільш істотні симптоми, зможе проаналізувати, чітко описати їх характер, вираженість, особливості перебігу.

У клініко-психологічній практиці подібної залежності відзначити не вдається. Як би добре випробовуваний не знався на психології і психіатрії, він не зможе критично оцінити свій стан і усвідомити наявність деяких симптомів, що зустрічаються і при психозах, і при неврозах. На жаль, питання самосвідомості душевно-хворих ще недостатньо теоретично розроблені. Проте, можна передбачити, що, разом з об'єктивно неусвідомлюваними симптомами — такими, наприклад, як маревні і надцінні ідеї — є умовно неусвідомлювані або усвідомлювані не в повній мірі (галюцинації, нав'язливі ритуали і т. д.). Можна передбачити, що такі психопатологічні симптоми, як аутизм, апатія, амбівалентність, абулія, манія, розірваність мислення, резонерствування, незв'язність і деякі інші якісні порушення мислення не можуть бути повністю усвідомлювані пацієнтом. Виходячи з дефініції, подібні симптоми

принципово не можуть до кінця усвідомлюватися. Інакше логічно позначати ці симптоми іншими термінами, наприклад, інтроверсія замість аутизму, гіпопатія замість апатії, гіпобулія на противагу абулії і так далі. Мабуть, не піддаються критичному аналізу негативні (дефіцитарні) симптоми, тоді як до позитивних симптомів можлива поява адекватного відношення хворого. Наведені пацієнтом прояви своєї хвороби у якості вище перелічених симптомів не можуть бути об'єктивними і не здатні служити основою для діагностики.

Таким чином, неможливо розцінювати як основні при розпізнаванні хвороби декларовані клієнтом (пацієнтом) симптоми за допомогою відомих йому медичних або психологічних термінів. Окрім вищезазначених причин подібна неможливість пов'язана і з наявністю різнобачень щодо одних і тих же психіатричних термінів. Багато людей в побуті вкладають невірне значення в такі терміни, що відображають розлад психіки як туга, тривога, занепокоєння, плутаючи їх, не усвідомлюючи жодної різниці між цими порушеннями. Хвора людина може скаржитися на тугу, визначаючи свій емоційний стан саме цим словом, не дивлячись на те, що у неї об'єктивно визначається не туга, а тривога. Побудова діагностики лише на підставі визначення свого стану самою людиною часто призводить клініциста-психолога до діагностичних помилок.

Бажання пацієнта при оцінці свого стану використовувати психологічні або психіатричні терміни може вказувати на інші розлади і сприяти виявленню дійсних порушень асоціативного процесу.

Проблема норми і патології в клінічній психології і психіатрії є однією з найбільш складних. Л.Л.Рохлін вказував на можливість виникнення подібних проявів у здорових і психічно хворих людей (частіше страждаючих на психопатії, ніж абсолютно здорових). Необхідно зазначити, що для визначення норми і патології серед інших причин необхідно враховувати ті соціально-психологічні зрушення, які характерні для сучасного суспільства.

До теперішнього часу залишається неясним положення про те, чи можливе виникнення психопатологічних феноменів у здорової людини, або ж в період їх появи чи не можна таку людину вважати повністю здоровою. Слід детальніше зупинитися на специфіці кваліфікації і феноменології деяких найбільш складних в діагностичному плані психологічних феноменів і психопатологічних симптомів.

Часто складнощі виникають при оцінці нав'язливих думок, спогадів, побоювань і рухів. При цьому можливі такі варіанти визна-

чення станів, два з яких мають чітке психіатричне позначення: нав'язливі і насильницькі (імпульсивні) стани. Порівнюючи ці хворобливі симптоми з проявами здорової психіки, їх важко визначити яким-небудь терміном (найбільш відповідним можна вважати слово «настирливість»). Так, при нав'язливих станах хворий гостро переживає неможливість позбавитися від нав'язливостей, прикладає до цього масу зусиль, здійснює незвичайні ритуальні дії, які допомагають лише на якийсь час позбавитися від обтяжливого переживання.

Для психолога важко визначити у ряді психопатологічних синдромів місце для думок і дій здорової людини, позначених умовно «настирливістю». Адже вони також, як і нав'язливості усвідомлюються людиною, яка намагається протистояти їм. Слід визнати, що чітких диференціально-діагностичних критеріїв для розмежування хворобливих і нехворобливих (або донозологічних) нав'язливостей виділити не вдається. Проте, будь-який прояв нав'язливостей не можна відносити до психопатологічних феноменів. Найважливішим критерієм оцінки варіантів норми є їх відносно доцільний характер і відсутність надмірно тривалої фіксації, не відповідної вимогам діяльності або потребам індивідуального розвитку.

Значні труднощі виникають у діагноста при зіткненні з таким психопатологічним симптомом як аутизм. Аутизмом зазвичай позначають стан хворого, що супроводжується зануреністю в світ власних переживань (В.С.Гуськов), замкнутістю, відгородженістю від зовнішнього світу, обмеженням контактів з навколишніми людьми, зменшенням потреби в спілкуванні. Не дивлячись на досить ясне визначення цього психопатологічного терміну, нерідко зустрічаються помилки при його клінічному оцінюванні. Слід пам'ятати, що аутизм — досить стійкий стан, не схильний до значних коливань, оскільки він розглядається в рамках дефіцитарних симптомів. Суть останніх полягає в процесі «обкрадання» здорової психіки, нанесення їй непоправного збитку.

Нормальною і обов'язковою для душевного здоров'я властивістю є комунікативна функція мислення. Внаслідок цього у людини існує біологічно обумовлена потреба в спілкуванні. Ця потреба у різних людей є більшою або меншою по своїй інтенсивності. Вона влітається в структуру психічної діяльності і, разом з іншими необхідними складовими (волею, асоціативним процесом, пам'яттю, інтелектом) формує індивідуальний рівень психічного здоров'я. При ігноруванні цієї обставини можливі помилки в діагностиці психічних захворювань.

Неправомірно для побудови діагностичного процесу робити наголос лише на порівнянні психічних симптомів — ознак різних людей. Недопустимим є формулювання: «У багатьох так буває». Дуже важливо здійснювати аналіз зміни психічного функціонування конкретної людини, з врахуванням конкретного спадково обумовленого і сформованого в процесі життя рівнем душевного здоров'я. До аутизму такі міркування мають безпосереднє відношення, оскільки порівнюючи людей по параметру комунікативних якостей можна прийти до невірної думки про наявність у менш товариської людини ознак аутизму.

Важливим діагностичним параметром аутизму є відсутність у представника цього симптому достатньої, дійсної критики, переживання своєї замкнутості, нелюдимості. Аутизм поєднує в собі не лише неможливість встановлення хворим контактів з людьми, що його оточують, але і хворобливе небажання це робити, здатність задовольнятися самотністю. Саме так виявляється аутистичне мислення, яке можливе без припливу інформації зовні.

Принципово різними по механізмах виникнення є аутизм та інтраверсія, не дивлячись на те, що їх визначення подібні. Інтраверсія визначається як нелюдимість, замкнутість, зануреність всередину особистості (В.С.Гуськов). Інтраверсія насправді є тією варіативною нормою людської психіки, яка, спираючись на індивідуальний біологічно обумовлений рівень здоров'я і особливості виховання, формує акцентуацію характеру, різноманітність індивідуальних відмінностей особистості.

Інтраверсія на відміну від аутизму здатна компенсуватися під впливом зовнішніх мікросоціальних чинників. Е.Блейлер визначав аутизм як симптом, що відображає відсутність реального пристосування до вимог життя зі схильністю до заміни реальності мріями і фантазіями, коли мислення і сприйняття регулюються швидше особистими бажаннями, чим об'єктивною реальністю. Як справедливо вважають Ц.П.Короленко і А.Л.Галін, деякі ознаки аутизму при всій патологічності, як це часто здається, не завжди є психопатологічним феноменом. Занурення в мрії про виконання бажаного особливо часто може спостерігатися у підлітків в початковому періоді переосмислення життєвих стереотипів, що пов'язане із становленням особистості. На перших етапах визначення цілей хлопець не цікавиться і не повинен цікавитися, як і якими шляхами може бути досягнутим бажане, ідеальне. Саме це і реальне може бути представлене у вигляді невизначених переживань, оскільки йдеться мова про з'ясування цілей. Уявлення про бажане ще не сформувалися.

Оцінка такого стану як патологічного є помилковою. Не слід забувати, що йдеться про особистість, яка розвивається, і те, що зараз може оцінюватися як стабільна риса особистості, насправді є лише фазою розвитку. Етап «приземлення» ідеалів, вибору способу їх досягнення і можливо розчарувань буде наступним в розвитку людини. Випереджаюча критика ідеалів — це перш за все спроба звести нанівець творчі тенденції особистості. Саме у цей період відірваності від життя, не пристосованості до нього, фантазування формуються стійкі стилі поведінки, життєві цілі, віра в досягнення та реалізацію мрій.

А.Ф.Лазурський підкреслював, що процес адаптації особистості з вищим рівнем психічного розвитку відрізняється від процесу адаптації особистості з середнім рівнем. Оцінювання фантазування за наявності непристосованості до життя як аутизм є невірним. Правильна кваліфікація цих станів можлива лише при врахуванні багатьох рис особистості (особливо її розвитку), характеру стосунків з довкіллям і, що саме головне, при аналізі динаміки подальшого розвитку особистості.

Складними для психопатологічної оцінки вважаються наступні поняття: патологічна нерішучість і амбівалентність. Нерішучість («наповненість коливаннями») може зустрічатися у здорових людей, осіб з особливостями характеру, а також у пацієнтів з порушенням психологічного здоров'я. Амбівалентність — істотна ознака шизофренії. Е.Блейлер розрізняв три види амбівалентності: 1) у афективній сфері — одне і те ж уявлення супроводжується і приємними, і неприємними відчуттями; 2) в сфері волі (амбітендентність) — подвійність вчинків, дій, спонук; 3) в сфері інтелектуальної діяльності — одночасне виникнення і співіснування думок протилежного характеру. Відмінністю патологічної нерішучості від амбівалентності може служити критичне відношення, що спостерігається при першому симптомі.

Проте, коло диференціальної діагностики не вичерпується патологічною нерішучістю, що зустрічається при неврозах і психопатіях. Деякі автори (М.Ярош, Ц.Г.Короленко, А.Л.Галін) відзначають наявність амбівалентності ознакою норми, застерігаючи від кваліфікації її лише як клінічного симптому. Вони справедливо вважають, що діалектичний підхід, що відображає найбільш глибокі закони мислення, передбачає розгляд довоколишніх явищ у душі виявлення протиріч, аналізу їх розвитку. Уявити собі одночасне співіснування сторін, що не лише відмінні, але і протилежні, в певному явищі — означає не лише формально фіксувати проти-

річчя, але і переживати відповідні емоції, бо без емоцій неможливе жодне пізнання істини. Тому щонайменше до моменту вибору способу вирішення протиріччя людина «має право» на суперечливі емоції (по термінології психіатрів — амбівалентність). Інакше її віддзеркалення навколишнього світу виявиться спрощеним.

Вказуючи на той факт, що амбівалентність може зустрічатися в нормі, М.Ярош пише про те, що в цьому випадку йдеться не про виняток, а про повне «право» здорової людини одночасно переживати суперечливі емоції (тобто проявляти «амбівалентні» стосунки). Існують значні відмінності в мірі подібної амбівалентності людей по відношенню до різних сторін життя. Вважається, що особистості з розвиненішим і складнішим мисленням більш амбівалентні, ніж особистості з мисленням простішим і примітивнішим. Слід також мати на увазі, що амбівалентність в нормі частіше виявляється при оцінці складних об'єктів і ситуацій (наявність протилежних відчуттів і думок в таких випадках відзначили у себе 72% студентів університету, причому 22% з них — в яскраво вираженій мірі), ніж при оцінці простих (Ц.П.Короленко, АЛ.Галін).

Переконливі дані психологічних досліджень доводять існування у здорової людини станів, зовні схожих з амбівалентністю. Проте, їх неправомірно позначати тим же медичним клінічним терміном. В цілях впорядкування психіатричної термінології і уникнення діагностичних помилок на цьому ґрунті недоцільно позначати словом «амбівалентність» прояви здорової психічної діяльності.

Кажучи про норму і патологію, слід добиватися термінологічної точності, основи правильної діагностики, що гарантує уникнення помилок на шляху пізнання істини. Адже діагностика — це одна з форм пізнання об'єктивної реальності (В.Х. Василенко). На початку дослідження у лікаря відразу ж складається більш-менш чітке уявлення про віднесення хворого до тієї або іншої діагностичної категорії. Передбачуване встановлення діагнозу на основі ланцюга індуктивних і дедуктивних висновків є не віддзеркаленням реального процесу постановки діагнозу, а рекомендованою схемою обстеження. Первинне уявлення або поняття, як пише В.Х.Василенко, може сформуватися у лікаря під впливом найрізноманітніших причин (вивчення історії хвороби, думки колег, перших вражень і т. д.).

У ході дослідження це загальне уявлення або поняття, що служить напрямом ходу мислення лікаря, може і повинно мінятися під впливом нової інформації. «Діагноз хворого, — писав ще

С.П. Боткін, — є більш-менш вірогідна гіпотеза, яку необхідно постійно перевіряти; можуть з'явитися нові факти, які можуть змінити діагноз або збільшити його вірогідність».

Вважається, що вже на первинному етапі постановки діагнозу — на етапі кваліфікації симптомів — має місце діалектичне протиріччя між загально-патологічним і частково патологічним, відбувається розділення процесу пізнання. З одного боку, в термінах психопатологічних симптомів здійснюється аналіз — виділення того, що представляється найбільш важливим, і синтез — об'єднання, підсумовування цих виділених в аналізі ознак в цілісне утворення (синдроми). З іншого боку, йде розумовий процес фіксації ознак, який не є повністю ні аналізом, ні синтезом, оскільки інтеграція вже існує в об'єкті і, отже, індивідуальні риси сприймаються в їх єдності. «Це швидше процес встановлення факту включеності, ніж аналіз і синтез» — пише М.С.Роговін. По відношенню до безпосередньо спостережуваного абстрактний аналіз і синтез несуть як би контрольну функцію.

Подоланню цього роздвоєння процесу пізнання при постановці діагнозу служить введення і використання особливих робочих понять, як психопатологічних (симптоми, синдроми, нозологічні форми), так і оцінних (норма і патологія, органічні і функціональні порушення, позитивні і негативні симптоми, специфічні і неспецифічні зміни психіки та ін.). Характерною рисою цієї особливої групи є те, що у міру поглиблення дослідження і уточнення діагностичних припущень відкидаються найбільш невизначені з них і приєднуються ті, які за своїм змістом є більш близькими до системних понять наукової психопатології.

Часто при обґрунтуванні діагнозу психіатри використовують такий клінічний термін, як дисоціація психічних процесів. Втім трактування його далеко не однозначне, хоча часто цей критерій діагностики стає одним з вирішальних. Термін дисоціація з'явився на початку століття паралельно з терміном розщеплення психічної діяльності (Е. Блейлер). Під дисоціацією розуміється «поєднання» несумісних сторін психіки. Наприклад, хворий з маренням величч і могутності може слізно випрошувати шматок хліба або хворий на словах засмучений розривом з улюбленою дівчиною робиться гіпоманіакальним, надмірно веселим. Необхідно дуже уважно, зважуючи всі психологічні особливості випробовуваного, описувати дисоціацію психічних процесів.

Разом з таким симптомом, як дисоціація, лікарями не розпізнаються деякі асоціативні порушення. Особливе місце в цьому

ряду належить симптомам «зісковзування» і «різноплановості», об'єднаних деякими авторами терміном аморфність мислення. Не дивлячись на певну спільність понять зісковзування і різноплановості, вони зустрічаються при різних станах. Зісковзування можна виявити ще у хворих шизофренією, на початкових етапах становлення хвороби. Різноплановість же частіше є ознакою шизофренічного дефекту.

Суть порушення мислення за типом зісковзування полягає в тому, що, правильно вирішуючи яке-небудь завдання, або міркуючи про який-небудь предмет, хворий несподівано збивається з правильного ходу думок на помилкові, неадекватні асоціації, а потім знову здатний продовжувати міркування послідовно, не повертаючись до допущеної помилки і не виправляючи її (Б.В.Зейгарник). Найбільш яскраве зісковзування може виявлятися в психологічному експерименті на «класифікацію предметів», «виключення зайвого». Так, хворий правильно відповідаючи на багато експериментальних завдань, може в досліді на «виключення зайвого» при пред'явленні йому карток із зображенням окулярів, термометра і годинника запропонувати декілька варіантів виключення. Наприклад, в одну групу ним можуть бути об'єднані окуляри, термометр, годинник за принципом «медичних»: «Лікар через окуляри дивиться на годинник, визначаючи пульс і вимірює температуру тіла термометром». Подібне порушення мислення базується на використанні хворим не основних, а латентних ознак для класифікації предметів і явищ.

Помилково може бути розцінений персеверацією стан лектора, схильного до неодноразового повторення завершальних слів або фраз кожного речення. Відомо, що персеверація — симптом розладу мислення, що характеризується тривалим домінуванням однієї асоціації, трудністю переключення на наступну думку. Персеверація ніколи не зустрічається ізольовано від інших симптомів, вона поєднується з порушеннями свідомості, пам'яті. Оцінювання мови лектора термінами захворювання є неправомірним. Подібну особливість можна розцінити або як свідоме роз'яснення слухачам важливої тези, або як шкідливу мовну звичку.

Симптом «вже баченого» може бути невірно оцінений як прояв марення інсценування з елементами помилкового пізнавання. При диференціації цих порушень увага наголошується на короткочасності стану типу «вже баченого» і повній критичності при ньому. Тоді як до маревних розладів з помилковими пізнаваннями довколишніх людей (симптом Фреголі) хворі відносяться не критично.

Діагностичні помилки можливі при виявленні іпохондричного синдрому, оцінці його приналежності до маревних, надцінних або нав'язливих явищ. Процес діагностики іпохондрії в переважній більшості випадків пов'язаний з методиками об'єктивізації, що здатні підтвердити або відкинути соматичне, неврологічне або інше непсихічне захворювання. Лише в цьому випадку фахівець має право виставити діагноз іпохондрії, оскільки його постановка зумовлює і змінює відношення до скарг хворого, як до перебільшених і таких, що навіть не мають під собою вагомих підстав. Діагност (клінічний психолог або психіатр) повинен пам'ятати, що помилка в клінічній оцінці іпохондрії може спричинити ігнорування дійсного захворювання, здатного призвести до сумних результатів. Постановка діагнозу іпохондричного стану сприяє часто тому, що всі симптоми різних хвороб, які з'являються надалі, трактуються як іпохондричні прояви.

Багато пацієнтів після виявлення у них іпохондрії не погоджуються з діагнозом, вимагають не психологічного втручання, а соматичного лікування, посилаючись на те, що «кожна людина має право на таке відношення до свого здоров'я, яке вважає оптимальним». Це необхідно пам'ятати при оцінці іпохондричного синдрому, діагностика якого повинна будуватися не на порівнянні відношення різних людей до свого здоров'я, а більшою мірою на відповідності скарг хворого об'єктивній діагностичній соматичного страждання і на вираженості психічної дезадаптації внаслідок визнання себе хворим.

Помилки в оцінці приналежності іпохондрії до кола маревних, надцінних або нав'язливих ідей також можуть обернутися грізними наслідками. Своєчасне не розпізнавання маревного характеру цього симптому, може призвести до тактичних помилок: ігнорування необхідності стаціонарного психіатричного лікування здатне обернутися соціальною небезпекою дій хворого (суїцидальними спробами, агресією).

З групи розладів сприйняття діагностичні помилки часто зустрічаються при оцінці *сенестопатій*, які досить важко диференціювати з *парестезіями*, а інколи з *галюцинаціями*. Під сенестопатіями розуміють неприємні обтяжливі відчуття в тілі хворого, що носять мігруючий характер і які супроводжуються труднощами описання їх самим пацієнтом. На відміну від парестезій сенестопатії можна розглядати в рамках не лише розладів сприйняття, але і розумових порушень. При їх діагностиці слід пам'ятати про рівень інтелекту пацієнта, його культуру і словарний запас. Без-

глуздий опис відчуттів у всіх випадках необхідно співвідносити з будовою мислення людини. Не завжди незвичайний опис хворим симптомів своєї хвороби може бути визнаний сенестопатіями. Парестезії, як прийнято вважати, виникають при органічних ураженнях мозку, їх проекція завжди відповідає зонам інервації. При розмежуванні сенестопатій з галюцинаціями слід пам'ятати, що галюциаторні образи досить наочні (наприклад, тактильні галюцинації описуються хворим як повзання черв'яків або інших живих істот усередині шкіри, в голові і т. д.). Сенестопатії ж аморфні, хворий не може конкретно визначити джерело неприємних відчуттів, кажучи, наприклад, про «переливання рідини в мозку при нахилах».

Дані критерії для оцінки рівнів (регістрів) і типів психічного реагування базуються на психіатричних термінах, в які вкладається часто різний сенс, що призводить не лише до різного розуміння психопатологічних проявів і їх різної оцінки, але і до порушення диференціації між нормою і патологією. Це можна підтвердити існуванням таких близьких за значенням понять, як демонстративність та манірність. Неправильна оцінка кожного з приведених термінів може призвести до невірної трактування стану хворого, виявленню психопатологічних феноменів там, де їх насправді не існує.

Так встановлення «демонстративності» поведінки не говорить про власне психічний розлад (демонстративність позначається в словниках російської мови, як «вистава, показ чого-небудь наочним чином» — Д.Н. Ушаков). «Манірність» в загальножиттєвому сенсі — «неприродність, штучність, вишуканість в манерах, відсутність простоти» (С.І. Ожегов). У вузько психологічному сенсі «манірність» є проявом психічного захворювання (частіше шизофренії), коли незвичайні манери хворого позбавлені сенсу, даремні. Класі описав «манірність» також в рамках істеричного неврозу і психопатії, протиставляючи емоційно вихолощеній, стереотипній, химерній з витіюватістю висловів шизофренічній «манірності» істеричну «манірність», при якій наголошується (по Класі) схильність до театральної, демонстративної афектації. На наш погляд, з метою уточнення понять «манірності» в рамках істерії слід позначати його не як істинна манірність, а як «демонстративність».

Визначення психічного та психологічного здоров'я

В книзі «Психічне здоров'я дітей і підлітків» специфіка психологічного здоров'я описується наступним чином: «Якщо термін

«психічне здоров'я» має відношення, з нашої точки зору, перш за все, до окремих психічних процесів та механізмів, то термін «психологічне здоров'я» відноситься до особистості в цілому, знаходиться в тісному зв'язку з вищими проявами людського духу і дозволяє виділити власне психологічний аспект проблеми психічного здоров'я на відміну від медичного, соціологічного, філософського та ін. Психологічне здоров'я робить особистість самодостатньою. Ми озброюємо (вірніше, повинні озброїти) дитину відповідно до її віку засобами саморозуміння, самоприйняття і саморозвитку у контексті взаємодії з оточуючими її людьми і в умовах культурних, соціальних, економічних та екологічних реалій навколишнього світу» (Дубровіна, 2000).

Як відзначалося вище, сам термін «психологічне здоров'я» був введений лише недавно, проте, особистісні особливості, які визначаються цим поняттям були предметом дослідження багатьох авторів і розглядались в різноманітних аспектах.

Іноді психологічне здоров'я описується як стан балансу між різними аспектами особистості людини (Р. Ассаджіолі), між потребами індивіда і суспільства, який підтримується постійними зусиллями (С. Фрайберг). Деякі дослідники розглядають психологічне здоров'я як процес життя особистості, в якому збалансовані рефлексивні, емоційні, інтелектуальні, комунікативні, поведінкові аспекти (Н. Р. Гаранян, А. Б. Холмогорова). Багато авторів роблять акцент на його функції: підтримання рівноваги між особистістю і середовищем, адекватна регуляція поведінки і діяльності людини, здатність протистояти життєвим труднощам без негативних наслідків для здоров'я (А. В. Петровський, М. Р. Ярошевський, П. Бейкер).

Необхідно виділити ряд рис, що описують психологічно здорову особистість. Насамперед, це — особистісна зрілість яка характеризується головним чином розвитком самоконтролю і засвоєнням реакцій, адекватних різноманітним ситуаціям у житті людини. Основою ж адекватної поведінки в життєвих ситуаціях є вміння визначати реальні та ідеальні цілі, межі між різними підструктурами Я — Я-бажаним і Я-необхідним, тобто прагнення до узгодженості мотивації «Я хочу» із закликком «Я повинен». За А. Ф. Лазурським (1925), одна з ознак здорової особистості передбачає вміння людини регулювати свої вчинки та поведінку в межах соціальних норм. Як відомо, в житті людині доводиться шукати рівновагу між адаптацією до реальності, з одного боку, і розвитком своїх творчих можливостей, які стверджують індивідуальність, — з іншого. Ось

головні особливості «врівноваженої людини», як їх представляють собі різні автори (Годфруа, 1992).

1. У фізичному плані врівноважена людина має володіти відмінним тілесним здоров'ям. Психічної рівноваги неможливо досягнути, по суті, без серйозної уваги до свого тіла. І ми знову згадуємо вислів давньоримського вченого Ювенала: «У здоровому тілі — здоровий дух». Висновок простий: фізичне і психічне здоров'я нероздільні і взаємозалежні.

2. У сексуальному і афективному планах врівноважений індивід здатний встановлювати гармонійні інтимні стосунки з іншими людьми; піклуючись про себе, не забуває проявляти турботу про інших.

3. В інтелектуальному плані врівноваженим може вважатися той, хто володіє гарними розумовими здібностями, які дозволяють йому мислити і діяти продуктивно; хто завжди шукає і знаходить вихід із важких ситуацій; швидко переходить від думок і слів до справи; усвідомлює свої здібності і вміє ними користуватися; постійно удосконалює свої навички, прагнучи домогтися поставленої мети в розумні терміни; хто не позбавлений уяви і любить шукати нетрадиційні засоби вирішення проблем.

4. В етичному плані врівноважена людина володіє почуттям справедливості; схильна більше покладатися на власні судження, ніж на авторитети; завжди готова визнати свої помилки, не виставляючи їх, однак, напоказ.

5. У соціальному плані врівноважена людина, як правило, здатна встановлювати невимушені стосунки з іншими людьми. Вона рідко розраховує свої реакції заздалегідь, і ця безпосередність дозволяє їй легко спілкуватися як з тими, хто стоїть вище неї на соціальній драбині, так і з тими, хто стоїть нижче.

6. Нарешті, в особистісному плані врівноважена людина — це оптиміст, добродушний і веселий, любить життя і відповідає на його вимоги, не відчуваючи при цьому почуття вимушеності; вона здатна брати на себе відповідальність, зріла, тверезомисляча; досить стійка у емоційному плані; полюбає досягати бажаного власними зусиллями, а не скаргами або маніпуляціями. Вона з достатньою повагою ставиться до самої себе, але зберігає при цьому почуття гумору, яке заважає їй сприймати власну персону за надто серйозно.

Спробу описати інтегровану, здорову особистість робив і К. Роджерс, який виділив такі риси психологічно здорової людини:

- ці люди відкриті для внутрішнього і зовнішнього світу;

- цінують спілкування; відкидають лицемірство, обман, лукавство;
- відчують певну недовіру до сучасної науки і технологій;
- більшою мірою прагнуть до цілісного життя;
- постійно перебувають у процесі самовдосконалення;
- піклуються про інших і завжди готові допомогти тим, хто потребує їх допомоги;
- відчують безпосереднє еднання з природою і готові захищати її;
- відчують антипатію до роздутих відсталих бюрократичних інститутів;
- довіряють своєму досвіду і відчують недовіру до зовнішніх авторитетів;
- частіше всього байдужі до матеріальних стимулів і нагород, можуть жити в достатку, але не зазнають сильної потреби в цьому;
- це люди, які знаходяться в духовному пошуку, які хотіли б знайти сенс і мету життя.

Розглядаючи зрілу особистість, необхідно виділити такі характеристики, як свобода і відповідальність, цілісність і гармонійність, актуалізація та реалізація всіх можливостей. Зрілість особистості виражається в дисципліні розуму, емоцій та вчинків. Така особистість має здатність врівноважувати свої думки, почуття та дії, адекватно приймає рішення відносно того, які почуття повинна відчувати і яким чином їх виражати. Також ознакою психологічного здоров'я є конгруентність особистості, яка виражається у відповідності вчинків та переживань.

Консолідація особистості, її максимально можлива узгодженість зі своїм внутрішнім світом (конгруентність особистості) має суттєве значення як для оцінювання психічного здоров'я людини, так і для оцінювання її досконалості. Не менш важливою характеристикою зрілої особистості є її спрямованість до аутентичності, природності вираження самої себе. Хвороба проявляється в результаті складнощів в адекватному усвідомлюванні і вираженні власної внутрішньої сутності.

Характеристикою психологічного здоров'я особистості є її моральнісна позиція, яка залежить від її відношення до себе, інших людей і оточуючого світу, — в цілому від відношення до життя. Важливим еволюційним завойованням людини в процесі розвитку високих моральних якостей буде, за висловленням В.Франкла (1990), зміна позиції від «Що я хочу від життя?» до «Що життя хоче від мене?». Мінімум нейтральності, байдужості, егоїзму, максимум

активності по відношенню до всього суспільно значимого — це, на думку С.Л. Рубінштейна, характеризує максимально розвинену особистість.

Крім того, «зрілість» особистості проявляється також в її емоційній стійкості.

Поняття «хвороба», «здоров'я», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я» не можна вважати на даний час концептуально визначеними і однозначними. Хворобу ми розуміємо як результат дії 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 пограничних станів. Здоров'я можемо визначити як глобальний психічний стан особистості, для якого характерна динамічна гармонійність внутрішніх переживань і пов'язані з цим ефективність і успішність 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 цілей і інтересів людини.

Якщо поняття психічного здоров'я є конкретизацією (звуженням щодо сфери психіки) явища здоров'я взагалі, то психологічне здоров'я не відповідає цій логіці. Цей термін виник у зв'язку з необхідністю диференціювати стани соматично і психічно здорової людини стосовно її становлення як цілісної особистості, її рівня й змісту вищих духовних переживань і процесів смислотворення. Як слушно зазначає І.В. Дубровіна, психологічне здоров'я найбільш евристично розуміти з погляду повноти і розмаїття розвитку особистості. Безумовно, здоров'я загалом і психічне зокрема є необхідними умовами психологічного здоров'я, але водночас останнє (тобто можливість повноцінно розвиватися) впливає на соматичну і психічну сфери людини.

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 сприймалось як унікальне, відмінне 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 цілей.

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 відповідає досвіду, який правдиво проявляється за допомогою вербальних чи невербальних засобів комунікації. Така людина не лицемірить, висловлюючи те, що відчуває.

Максимально реалізуючись, вона насичено живе у кожен момент свого життя. Їй 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 лише свої відчуття, почуття, думки, а не 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 владу, 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 особистістю.

Джордж Келлі виділяє наступні параметри психологічного здоров'я особистості:

1. Психологічно здорові люди прагнуть оцінювати свої погляди на життя, перевіряють їх правильність через практику, через досвід, через дослідження.

2. Психологічно здорові люди можуть змінити свої погляди взагалі, як і основні ролі, які вони виконують.

3. 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 не реалізацію своєї долі. Вона 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 підсвідомому рівні безперервно порівнює його зі своїм «актуальним Я», яке реально живе в світі. Розходження між тим, що ми є, і чим могли б бути, примушує нас зневажати себе, і цю зневагу нам доводиться долати все життя.

Ф. Перлс, відомий гештальттерапевт, розглядає психологічне зростання особистості та її зрілість як здатність перейти від опори на себе до саморегуляції через рівновагу в 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. Перлз вводить поняття «компетентності у часі» — здатності особистості жити і переживати теперішній момент свого життя у всій його повноті, відчувати нерозривність минулого, теперішнього й майбутнього, що виражається в цілісному ставленні особистості до життя. Гармонійне світосприйняття як конгруентне сприймання 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 розчарування 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, за допомогою яких, він маніпулює іншими.

Гордон Олпорт вважав, що психологічно зріла людина характеризується такими рисами:

1. Зріла людина має широкі межі між «Я». Зрілі люди можуть подивитись на себе «зі сторони».

2. Зріла людина здатна на теплі, сердечні соціальні відносини (це дружба інтимність та співчуття).

3. Зріла людина демонструє відсутність емоційної стурбованості та самоприйняття.

4. Зріла людина демонструє реалістичне сприйняття, досвід і домагання. Психологічно здорові люди бачать речі такими, якими вони є, а не такими, якими вони б хотіли 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 екзистенцій щодо двох видів людського існування — справжнього і несправжнього. Передумовою переходу до справжнього, автентичного існування є максимальне ігнорування індивідом суспільних зв'язків і повна концентрація уваги на своєму внутрішньому особистісному 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 «самостійності»,

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. Сьогодні 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, хоче 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 ще є для нас живою реальністю з деякими якостями:

- доступністю;
- цінністю;
- мінливістю.

Минуле не повинно відчужуватися, його не треба відсторонювати. Не можна розривати плін життя. Треба його емоційно опрацювати. Втративши коріння, ми перестаємо бути особистістю.

4. Минуле, сьогодні і майбутнє утворюють у психіці здорової особистості єдине ціле.

5. Свобода, що дозволяє світу існувати, у випадках психологічного нездоров'я замінюється на жорсткий світопроект. Проект — це коли я не можу з нього вийти, я — роль, я — актор, я — маска. Це не рефлексується. У світопроекті існує обмеженість, неможливість вийти за межі, побачити безмежність можливостей.

6. Здорова особистість не означає особистість правильну. Це людина, яка може вчиняти, як вона хоче, по-своєму.

7. Здоровий спосіб життя, з психологічної точки зору, — це власність адаптивної, усвідомлюючої, трансцендентної особистості.

Питання для самоперевірки та самоконтролю

- 1) В чому полягають предмет і завдання клінічної психології?
- 2) Які існують теоретичні та методологічні основи медичної психології?
- 3) Яку роль відіграє клінічна психологія у формуванні сучасних уявлень про єдність соматичного і психічного?
- 4) Охарактеризуйте роль клінічного психолога у діагностичному, лікувальному, реабілітаційному процесах.

- 5) В чому полягають перспективи розвитку клінічної психології?
- 6) Назвіть принципи побудови комплексного психологічного дослідження в роботі клінічного психолога.
- 7) Які методи психологічного дослідження використовуються в клінічній психології?
- 8) З яких етапів складається клінічне інтерв'ю?
- 9) В чому полягають етичні принципи клінічного інтерв'ю?
- 10) Охарактеризуйте феноменологічний підхід діагностики в клінічній психології.
- 11) В чому полягає принцип «презумпції психічної повноцінності» клієнта при проведенні психодіагностичних методик?
- 12) Проаналізуйте різницю між психічним та психологічним здоров'ям.
- 13) Які функції та методи психодіагностичного дослідження, що використовуються в клінічній психології ви знаєте?

Розділ 2. Психологія лікувально-діагностичного процесу

2.1. Систематика, функції та методи клініко-психологічної інтервенції

Психологію і медицину можна розрізнити по їх найважливіших прикладних сферах — сферах інтервенції; головним критерієм при цьому є тип використовуваних засобів. Якщо в медицині втручання здійснюється перш за все медикаментозними, хірургічними, фізичними методами, то психологічна інтервенція характеризується використанням психологічних засобів. Психологічні засоби застосовуються тоді, коли потрібно досягти короткочасних або тривалих змін шляхом впливу на емоції і поведінку. На сьогоднішній день у психології ми виділяємо зазвичай три групи методів інтервенції, що мають відношення до таких великих прикладних сфер: психології праці і організаційної психології, педагогічної психології та клінічної психології; інколи вони перетинаються одна з іншою. Залежно від кінцевої мети можна визначити і інші сфери інтервенції з відповідними їм методами, наприклад, нейропсихологічна інтервенція, психологічна інтервенція в судовій сфері і так далі.

В рамках психології праці і організаційної психології в останні десятиліття було запропоновано безліч методів інтервенції, нині широко використовуваних психологами-практиками, наприклад метод «дискусійного тренінгу» (Greif, 1976), який був розроблений і оцінений в контексті психології праці і організаційної психології. Безліч інших методів виникла з метою поліпшення соціальних і комунікативних здібностей або для підвищення креативності клієнтів (наприклад, Argyle's «Social Skills at work», 1987). У контексті педагогічної психології апробувалися, зокрема, учбові методи, наприклад навчання, направлене на досягнення мети («mastery-learning»), яке розробляє принципи дії, необхідної для організації оптимальних індивідуальних умов навчання (Ingenkamp, 1979); або програми розвитку мислення у дітей (Klauer, 1989; Hager,

Elsner & Hubner, 1995). Найбільш широка і важка для огляду спектра методів інтервенції — це сфера методів клініко-психологічної інтервенції.

Методи клініко-психологічної інтервенції — це безліч методів психологічної інтервенції. Деякі їх характеристики представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Клініко-психологічна інтервенція

Основні характеристики інтервенції	
Вибір засобів	Психологічні засоби — вплив на емоції і поведінку; вони здійснюються в соціальній інтеракції між тим, хто допомагає і тим, хто шукає допомоги
Функції інтервенції	Соціальна гігієна і профілактика, лікування/терапія (у тому числі психотерапія), реабілітація. Функції пов'язані із здоров'ям і розладами/хворобами (психічними і соматичними)
Додаткові характеристики	
Цільова орієнтація процесів	Для досягнення змін
Теоретичне обґрунтування	За допомогою теорій психології
Оцінка	Експериментальна перевірка (особливо — перевірка ефективності)
Професіоналізм дій	

Для клініко-психологічної інтервенції притаманні такі складові: вибір засобів; специфічні функції інтервенції; цільова орієнтація; теоретичне обґрунтування; експериментальна оцінка і професіоналізм дій. Ці ознаки властиві і іншим науково обґрунтованим методам психологічної інтервенції, але вони істотно виділяють серед них методи саме клініко-психологічної інтервенції.

Вибір засобів

Перший критерій розмежування — це специфічний вибір засобів або методів. Типові психологічні засоби — наприклад, бесіда, тренінг або міжособистісні стосунки як чинники впливу — завжди

мають точку дотичності з емоціями та поведінкою і здійснюються в соціальній інтеракції між тим, хто допомагає і тим, хто шукає допомоги.

Отже, суть психологічної інтервенції не в тому, аби викликати зміну психічних характеристик і процесів — як можна б було спершу передбачити, — а в тому, що вплив здійснюється психологічними засобами. Орієнтувати їх можна і на зміну соматичного стану. Наприклад, високий кров'яний тиск — явище перш за все соматичне, але в тій мірі, наскільки воно обумовлене ще і психічно, його можна, за відомих умов, успішно лікувати засобами клініко-психологічної інтервенції. Проте, з цього не витікає, що при соматичних проблемах психологічна інтервенція показана лише тоді, коли ці проблеми викликані психічними причинами. Навіть такий феномен поведінки, який визначається генетичними або церебральними чинниками, інколи є доступним для психологічному впливу, як це показують приклади психологічного тренінгу в осіб з порушеннями розумового розвитку або у гіперактивних дітей.

З прадавніх часів психологічні засоби залучалися для профілактичної або лікувальної дії на людей. Так, вже в античності робилися спроби лікувати меланхолію за допомогою музики і танців. Екзорцизм теж можна розуміти як донауковий ритуал, що здійснюється для усунення психічних проблем (Ernst, 1989). У XVIII столітті існувала широка хвиля психопрофілактики, або «душевної дієтетики» (Moritz, 1783). Науковий розвиток психотерапії в світлі сучасної психології починається в XX столітті, завдяки З. Фройд (1856-1939) і учням В. Вундта — Л. Уїтмеру (1867-1956) і Е. Крепеліну (1856-1926).

У Європі З.Фройд разом з Е.Крепеліном (який як психіатр теж зобов'язаний успіхами в науці своєму вчителю В. Вундту і Лейпцігській лабораторії) зробив історичний прорив для психологічної інтерпретації і лікування психічних розладів. Фройд, в деякому роді рухаючись «проти течії» — проти психіатричних шкіл свого часу, — зробив послідовну спробу пояснити етіологію і лікування психічних розладів, головним чином спираючись на психологічну основу.

Методи клініко-психологічної інтервенції можна відмежувати від методів, прийнятих в педагогічній психології, психології праці і організаційній психології, якщо позначити спеціальні функції інтервенції. Найважливішими з них на сьогоднішній день вважаються 1) гігієнічна і профілактична функція; 2) лікування/терапія (у тому числі психотерапія); 3) функція реабілітації.

• Функція гігієни і профілактики. Ці дві функції важко чітко розмежувати. Функція гігієни представляє масштабні санітарні заходи і сприяє психічному, фізичному і соціальному здоров'ю. Сьогодні її відносять інколи до сфери «психології здоров'я»; крім того, вона входить в ширші рамки забезпечення суспільного здоров'я, а також до сфери охорони здоров'я. Функція профілактики — це ті методи і стратегії інтервенції, які допомагають запобігти розладам, тоді як гігієна спрямована на збереження і зміцнення здоров'я. Профілактичні заходи покликані понизити показники захворюваності. Вони можуть бути специфічними, тобто орієнтуватися на конкретні розлади (наприклад, токсикоманію), або неспецифічними, тобто сприяти душевному здоров'ю взагалі. До функції профілактики ми відносимо і кризову інтервенцію, оскільки вона допомагає адаптуватися у важких, критичних життєвих ситуаціях і тим самим запобігати виникненню розладів.

• Функція лікування/терапії (у тому числі психотерапії). Мета цієї функції — терапія розладів і тим самим зниження числа захворювань. Використовуване інколи поняття «психотерапія» охоплює лише частину цієї функції, оскільки в неї не входить лікування порушень основних психічних функцій, наприклад, тренінг пам'яті після нейрохірургічного втручання. Поняття психотерапії стосується терапії порушених психічних патернів функціонування і впливу на порушення, що виникають в інтеріндивідуальній площині. Отже, всі інтервенції, які можна віднести до цієї функції, ми розглядаємо як терапевтичні і використовуємо для цього головне поняття — «терапія».

• Функція реабілітації. У найширшому сенсі, мета реабілітації — допомогти людині заново в повному об'ємі включитися в роботу, соціальну сферу і суспільство, після того, як з'явився розлад чи хвороба, або якщо є фізична або розумова недостатність (Bandura & Lehmann, 1988). Завдяки цьому довготривалі наслідки якогось розладу або хвороби мають бути або такими, яких попередили, або — при хронічних, невиліковних розладах — бути пом'якшеними або зведеними до мінімуму. Реабілітаційні заходи теж можуть знизити частоту захворювань. Ще одна функція реабілітації — запобігання рецидивам, і в цьому сенсі вона включає також і профілактику.

Профілактика, терапія/психотерапія і реабілітація покликані забезпечувати попередження, лікування розладів, включаючи повернення хворого в звичне соціальне середовище. Каплан (Caplan, 1964) називає ці функції первинною, вторинною і третинною

профілактикою. Вважається за краще використовувати поняття «профілактика» лише для позначення первинної профілактики, а для двох інших використовувати поняття «лікування» і «реабілітація».

При всіх функціях (гігієна і профілактика, терапія/психотерапія і реабілітація) першочерговою метою впливу може бути або безпосередньо психічна сфера, або опосередковано — соматична. Останнє має місце, наприклад, тоді, коли за допомогою профілактичної інтервенції необхідно поліпшити «здорову поведінку», аби знизити ризик серцевих захворювань. Впливати при цьому можна безпосередньо на тенденції емоцій і поведінки, маючи на увазі опосередковану мету — зниження ризику соматичних захворювань.

2.2. Клініко-психологічна інтервенція як частина лікування та психологічного консультування пацієнтів

Клініко-психологічна інтервенція знаходиться в ширших рамках інтервенції взагалі, причому розмежування форм інтервенції частково обґрунтовано емпірично, а частково — відповідно професійному статусу (наприклад, медики займаються переважно медикаментозною терапією, психологи — психотерапією). У сфері психічних розладів передбачаються, згідно основним принципам охорони здоров'я, комплексні інтервенції, куди входять окрім клініко-психологічної інтервенції також медична, соціально-трудова інтервенція і так далі. При комбінованих або альтернативних інтервенціях у сфері психічних розладів першочергове значення мають психофармакологічні засоби.

Коли інтервенції комбінуються одна з іншою, то, як виявляється при комбінації клініко-психологічної інтервенції і психофармакотерапії, це може призвести до наступних ефектів (Klerman et al., 1994):

- Немає ефекту комбінації: окремі інтервенції ефективні рівно настільки ж, наскільки і їх комбінація.

- Позитивний ефект комбінації: комбінація окремих інтервенцій ефективніша, ніж кожна з них окремо; ефект комбінації може при цьому: 1) бути сумою окремих ефектів; 2) бути меншою, ніж сума, але більшою, ніж найсильніший з окремих ефектів; 3) бути більшою, ніж сума окремих ефектів (потенціюючий ефект).

- Негативний ефект комбінації: комбінація окремих інтервенцій менш ефективна, ніж кожна інтервенція окремо.

Який варіант є правомірним — це питання емпіричної природи, причому слід враховувати, що після закінчення терапії результати можуть виглядати інакше, ніж через якийсь час в катамнезі. До того ж окремі інтервенції інколи переслідують різні цілі, і залежно від цього питання про комбіноване лікування може ставитися по-різному.

Ще один вид послуг, який пропонується охороною здоров'я, — це консультування (генетичне консультування, консультування вагітних, педагогічне консультування). Професія консультанта існує з давніх часів і не лише в галузі охорони здоров'я, педагогіки (наприклад, професійне консультування, шкільне консультування); займаються цією діяльністю і психологи. Питання про розмежування консультування та клініко-психологічних форм інтервенції (і перш за все психотерапії) особливо гостро постає у сфері охорони здоров'я. В цьому відношенні висуваються різні думки: консультування і психотерапію не можна однозначно відокремити один від одного; психотерапія є окремий випадок консультування; консультування і психотерапія перетинаються одне з одним, причому ця загальна галузь інколи є досить значною. Консультування можна описати таким чином — хай не зовсім точно, але все таки розставивши деякі акценти:

1) Засоби. Точка дотичності — теж в емоціях і поведінці, але серед психологічних засобів на першому місці стоїть передача інформації людині, що звернулася за консультацією.

2) Функції інтервенції. Консультування в галузі охорони здоров'я перш за все має відношення до гігієни і профілактики; але інколи йдеться і про лікування та реабілітацію.

3) Цільова орієнтація. В рамках консультації виробляються альтернативні засоби вирішення запропонованої проблеми з метою удосконалення підстав щодо ухвалення рішення або дій, причому рішення або зміни як такі повинна здійснити сама людина, що звернулася за порадою, і вже не в рамках консультування, а самостійно. У більшості ж випадків при клініко-психологічній інтервенції (тренінг, лікування/психотерапія) і фармакотерапії фахівець допомагає не лише удосконалити підставу для дій або ухвалення рішень; головним змістом інтервенції є також впровадження в життя запланованих змін. У цьому процесі фахівець теж відіграє активну роль, а наскільки активну — залежить від теоретичної орієнтації.

На наш погляд, головна ознака, що відрізняє консультування у вужчому сенсі цього слова від клініко-психологічної інтервенції,

полягає в тому, що в першому випадку процес зміни відбувається після закінчення самого консультування, без супроводу фахівця, а в другому випадку — еством є сам процес зміни, що супроводжується фахівцем. У практиці ми часто бачимо, що консультування і клініко-психологічна інтервенція перетинаються одне з одним, і інколи дуже сильно: при консультуванні теж здійснюються інтервенції. По технічних причинах (професійний відбір, фінансування і т. д.) в деяких країнах інколи застосовують адміністративний поділ (наприклад, консультаційні бюро і психотерапевтичні центри фінансуються з різних джерел).

2.3. Поняття про психопрофілактику та її види

Один з основоположників вітчизняної терапії М. Я. Мудров вважав профілактику хвороб основою діяльності лікаря: «Обов'язок лікаря — взяти в свої руки людей здорових, оберігати їх від хвороб спадкових або загрозливих, приписувати їм належний спосіб життя ...бо легше вберегти від хвороб, ніж їх лікувати».

Психопрофілактика — це розділ загальної профілактики, що включає сукупність заходів, які забезпечують психічне здоров'я, охоплює профілактику особистих і професійних криз, попередження, виникнення і поширення нервово-психічних захворювань. Виконання психопрофілактичних заходів вимагає наявності у лікаря будь-якого профілю, окрім загальної професійної підготовки, спеціальних знань в галузі клінічної (медичної) психології, психіатрії і психотерапії. Це особливо важливо, якщо враховувати тісний взаємозв'язок фізичного і душевного здоров'я людини: психічний стан спричиняє вплив на соматичне здоров'я людини, а соматичні проблеми можуть викликати серйозний емоційний розлад.

По термінології ВООЗ, профілактика ділиться на первинну, вторинну і третинну. Первинна психопрофілактика — це комплекс заходів, спрямованих на попередження шкідливих впливів на людську психіку. На цьому рівні система психопрофілактики полягає у вивченні витривалості психіки щодо впливу шкідливих агентів довкілля і можливих шляхів збільшення цієї витривалості, а також попередженні психогенних захворювань. Первинна психопрофілактика тісно пов'язана із загальною профілактикою і передбачає комплексну участь в ній великого кола спеціалістів: соціологів, психологів, фізіологів, гігієністів, лікарів. По суті, це диспансеризація здорового населення із здійсненням широкого

комплексу психогігієнічних заходів, оскільки сприяти виникненню нервово-психічних порушень можуть як несприятливі соціально-психологічні умови існування людини (інформаційні перевантаження, психічна травматизація та мікросоціальні конфлікти, неправильне виховання в дитинстві і т. п.), так і чинники біологічного характеру (соматичні хвороби, травми мозку, інтоксикації, шкідливий вплив в період внутрішньоутробного розвитку дитини, несприятлива спадковість та ін.).

Особлива роль у здійсненні первинної психопрофілактики відводиться психіатрам, психотерапевтам і клінічним (медичним) психологам, які покликані здійснювати не лише раннє виявлення нервово-психічних захворювань, але і забезпечувати розробку і впровадження спеціальних психопрофілактичних і психотерапевтичних заходів в різних сферах людської діяльності. Тут завдання також складні і різні. Вони тісно пов'язані з соціальною психологією, оскільки необхідним є уважне вивчення групової, колективної діяльності, спільної поведінки і спілкування, особливостей психічного стану індивіда в групі. Серйозну увагу треба приділяти застосуванню медичної і психологічної експертизи різних виробництв і технологічних процесів, наприклад розробці запобіжних заходів щодо несприятливої, невротизуючої дії монотонності потоково-конвеєрного виробництва.

Вторинна психопрофілактика — це максимально раннє виявлення початкових фаз нервово-психічних захворювань і їх своєчасне (раннє) активне лікування. Вона полягає в попередженні негативних наслідків психічного захворювання, що вже почалося, або психологічної кризи. Згідно рекомендації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, під вторинною профілактикою мається на увазі саме лікування. Неякісне, невчасне лікування при нервово-психічних захворюваннях сприяє їх затяжному, хронічному перебігу. Успіхи активних методів лікування, особливо досягнення психофармакології, помітно відобразилися на наслідках психічних захворювань: підвищилося число випадків одужання, збільшилася виписка хворих з психіатричних лікарень. Проте, слід пам'ятати, що вторинна профілактика направлена не лише на біологічну основу хвороби, вона вимагає використання психотерапії і соціотерапії в широкому сенсі цих понять.

Третинна психопрофілактика — це попередження рецидивів та хронізації нервово-психічних захворювань і відновлення працездатності людини, що перенесла захворювання. Третинна психопрофілактика спрямована на попередження інвалідності за

наявності у людини нервово-психічного захворювання. У багатьох випадках для попередження рецидиву психічного захворювання хворому потрібне вживання підтримуючої психофармакотерапії. Наприклад, при різних афективних порушеннях типу біполярного розладу з успіхом застосовуються з профілактичною метою солі літійу. При неврозах головне місце в підтримуючій терапії належить психотерапії і так далі.

У підтримуючій терапії при психічних захворюваннях велику роль відіграє використання праці в спеціально створених умовах лікувально-трудова майстерень, терапія зайнятістю (читання, участь в самодіяльності) та інші соціотерапевтичні заходи, які направлені не на біологічну основу хвороби, а адресовані до особистості хворого. В будь-якому разі, при попередженні втрати працездатності при нервово-психічних захворюваннях або професійних і особистих кризах йдеться зазвичай про професійну реабілітацію (пошук нових ресурсів в професійній діяльності, можливостей професійного зростання або у ряді випадків — можливій зміні професії); соціальну адаптацію (створення максимально сприятливих умов для хворої людини при її поверненні в звичне оточуюче середовище) і пошук шляхів для самоактуалізації особистості (усвідомлення особистістю власних можливостей для поповнення ресурсів зростання і розвитку).

Реабілітація (лат. *rehabilitatio* — відновлення в правах) — система медичних, психологічних і соціальних заходів, що попереджують подальший розвиток хвороби, втрату працездатності і направлені на якомога раніше і ефективніше повернення хворих та інвалідів до суспільно корисної праці і активного соціального життя. Лікування хвороби може проводитися без спеціальних реабілітаційних засобів, але реабілітація включає також лікувальні методи для досягнення своїх цілей. Найважливішими завданнями реабілітації є відновлення особистого (у власних очах) і соціального (у очах оточуючих) статусу хворого — сімейного, трудового, суспільного. М.М. Кабановим (1978) були виділені основні принципи і етапи реабілітації при нервово-психічних розладах.

Основні принципи реабілітації: 1) партнерство — постійна апеляція до особистості пацієнта, узгоджені зусилля лікаря і хворого в постановці завдань і виборі способів їх вирішення; 2) різнобічність взаємодії — вказує на необхідність використовувати різні заходи впливу, від медичного лікування до різних видів психотерапії і соціотерапії, залучення до реабілітації хворого сім'ї, найближчого оточення; 3) єдність психосоціальних і біологічних

методів впливу — підкреслює єдність принципів лікування хвороби, впливу на організм і особистість хворого; 4) ступінчастість дій — включає поетапний перехід від одних реабілітаційних заходів до інших (наприклад, на початкових етапах хвороби можуть переважати медичні методи лікування хвороби, а на етапах одужання — психо- і соціотерапевтичні).

Основні етапи реабілітації: 1) відновна терапія — лікування в стаціонарі, активна медична терапія з включенням психотерапії і соціотерапії, поступовий перехід від лікувального режиму до активізуючого; 2) реадптація — починається в стаціонарі і продовжується в позалікарняних умовах, здійснюється адаптація хворого до сім'ї, разом з підтримуючою терапією, застосовують лікування працею, а при необхідності навчають новій професії; 3) реабілітація у власному значенні слова — раціональне працевлаштування, нормалізація побутових умов, активне соціальне життя.

Таким чином, реабілітація хворих — це комплекс медико-психологічних впливів на людину, досить багатогранний процес відновлення життєдіяльності, відтворення й підвищення якості життя людини, повернення її в суспільство як активного члена. У суспільстві прийнято вважати, що хвороба — це завжди погано. Існує думка, що кожний хворий хоче одужати. Очікується, що він шукає допомоги і прагне допомагати лікарю в своєму одужанні. Але насправді так буває не завжди.

Ще засновник психоаналізу Зигмунд Фрейд, який лікував хворих на неврози, помітив особливість: пацієнти, які страждали від хвороб і зверталися до лікаря з надією на одужання, під час лікування чинили йому опір. З. Фрейд зіткнувся з тим, що якась невідома сила нібито чинила опір при спробах хворого пригадати, перевести в свідомість пережиту психічну травму, (в чому й полягав психоаналітичний метод лікування). Було абсолютно очевидно, що саме ця сила й підтримувала хворобливий стан людини. Пацієнт умесь час чинив опір психотерапевту, так що складалося враження, нібито він не хоче одужувати, намагається зберегти своє захворювання як щось дуже цінне.

З.Фрейд приходить до висновку, що в деяких випадках хвороба дає людині певну вигоду. Вчений у своїх працях відокремив вигоду первинну від вторинної. *Первинна вигода* полягає в тому, що інколи в житті людини при зіткненні зі складними ситуаціями не вистачає особистісних сил, ресурсів, можливостей для їх подолання. І тоді хвороба стає порятунком, завдяки якому можна позбутися негативних переживань. Втеча відбувається, перш за все,

від внутрішнього конфлікту, від необхідності приймати рішення, брати на себе відповідальність, щось змінювати в житті, у власній особистості, від надмірних вражень, складних стосунків — варіантів безліч. В кожному конкретному випадку, коли має місце первинна вигода, потрібно розбиратися, від чого саме особистість намагається втекти у хворобу, захватитися за симптомами, інколи дуже тяжкими.

Для того, щоб з'явилася вигода від захворювання, людина не обов'язково повинна знаходитись в жахливій зовнішній ситуації — душевні страждання не меншої сили можуть викликати внутрішньоособистісний конфлікт навіть тоді, коли людина знаходиться у гарних, сприятливих умовах.

Можна спостерігати і *вторинну вигоду*, яка буде підтримувати захворювання. Адже людина, коли починає хворіти, не лише «вирішує» внутрішній психологічний конфлікт, полегшує напруження — у неї з'являються права, яких не було раніше. Прикладом може бути можливість не ходити на роботу або заняття, не виконувати якісь домашні обов'язки. До хворої людини ставляться менш вимогливо і з більшою поблажливістю. У цей час про неї починають піклуватися інші; нерідко вона, лише захворівши, може бути оточена увагою, турботою, викликати співчуття; у неї з'являється можливість відпочити, їй надають соціальні пільги чи фінансову підтримку.

Стверджувати, що кожна хвороба є способом уникнути тієї чи іншої складної ситуації, не можна, хоча первинна і вторинна вигоди від захворювання можуть бути виявлені у хворих набагато частіше, ніж прийнято думати. Це не симуляція захворювань, людина не прикидається хворою.

Первинна й вторинна вигоди, що були виявлені З. Фройдом при лікуванні хворих на неврози, мають місце й при найрізноманітніших психосоматичних захворюваннях, які в клінічній практиці сприймаються лікарями як суто соматичні. І якщо при неврозах, які не мають будь-якої органічної патології і є лише розладами психологічного здоров'я, можна було б припустити звичайну симуляцію, то при психосоматичних захворюваннях доказ їх істинності — дані об'єктивних і лабораторних методів дослідження.

Розглядаючи *первинну й вторинну вигоди* від захворювання, слід чітко відрізнити, їх від симуляції й агравації. Вигода від захворювання є результатом впливу психіки на процеси, що відбуваються в організмі. Її не можливо викликати вольовим зусиллям, як не можливо таким же чином і позбавитися. *Симуляція*

ж, навпаки, — це свідомо поведінка, імітація захворювання чи окремих його симптомів з метою ввести в оману, спрямована на отримання певної вигоди. *Агравация* — це також свідомо дія, але при ній, на відміну від симуляції, дійсно має місце реальне захворювання, та хворий навмисно, заради якоїсь вигоди, перебільшує тяжкість симптомів, частоту їх виникнення, тривалість існування чи будь-які інші показники. Нерідко агравують хворі, які намагаються отримати або зберегти на якомога довший термін групу інвалідності. Можуть агравувати діти, щоб відчувати увагу батьків або отримати дозвіл не йти до школи і, навпаки, батьки, особливо у похилому віці, щоб відчувати хоча б якусь увагу дітей. До агравациї можуть вдаватися співробітники, коли їм потрібно позбутися необхідності виконувати якусь роботу.

Крім того, в клініці внутрішніх хвороб має місце умисне спотворення оцінки хвороби завжди має в своїй основі психологічно зрозумілі мотиви, пов'язані з отриманням хворим якої-небудь усвідомленої вигоди, яке отримало назву — *дисимуляція* — спроба приховати ознаки хвороби. Особливо часто дисимуляція зустрічається у психічно хворих. У соматичних хворих причинами дисимуляції можуть бути прагнення до швидкої виписки із стаціонару, влаштування на роботу, несумісну з такою хворобою, отримання прав водія і т.д.

Агравация — умисне перебільшення наявних фізичних або психічних розладів. Спостерігається у хворих при оформленні групи інвалідності, проведенні судово-медичної або судово-психіатричної експертизи, при призові в армію, а також у пацієнтів з невротичними порушеннями.

Часто в таких ситуаціях, разом із типовими клінічними ознаками соматичного захворювання, можуть з'являтися конверсійні і соматизовані розлади. Такі розлади відрізняються атиповістю скарг хворих (наприклад, не характерні для нападу стенокардії тривала «тяжкість», «печія» в лівій половині грудної клітки, що виникають при емоційному навантаженні або взагалі без жодного приводу, скарги на не властиве легеневій патології відчуття «грудки» в горлі, утруднення вдиху, не типове для патології стравоходу утруднення ковтання лише рідкої їжі) і відсутністю об'єктивних ознак хвороби при огляді і фізикальному дослідженні.

Для збільшення вираженості соматичних симптомів можуть використовуватися самоушкодження, включаючи завдання порізів, уколи з метою викликати кровотечу, імітувати анемію, погіршити перебіг ранового процесу. Вживаються різні медикаментоз-

ні і токсичні препарати, дія яких дозволяє змінити фізіологічні константи організму (формулу крові, показники біохімічного аналізу сечі і т.д.).

Інколи, клінічний психолог у професійній діяльності має справу із *симуляцією* — зображенням неіснуючих соматичних або психічних розладів. Зазвичай мотивом симуляції є, як і при агравації, які-небудь корисливі цілі. У таких випадках вивчається медична література або імітуються розлади, які пацієнт спостерігав у інших хворих. Іноді зустрічаються випадки метасимуляції, коли пацієнт зображає симптоми раніше перенесеного захворювання або свідомо «затримує» і «продовжує» симптоми хвороби, що вже закінчилася.

Коли мають місце явища первинної і вторинної вигоди захворювання, хворого майже неможливо вилікувати, найкращі способи його медичного відновлення не будуть мати очікуваних результатів.

Ще в 1972 році Brown і Rawlinson встановили, що навіть після операцій на серці вихід з «ролі хворого» залежить не від складності оперативного втручання і не від тяжкості стану; має значення лише схильність до прийняття ролі хворого. Особи, що не схильні до такої ролі, не мають до неї мотивації, легше й скоріше повертаються до звичайного життя. Підтверджує неможливість відновлення інвалідів, які мають вторинну вигоду від захворювання, приклад випадку відмови одного з товариств сліпих в Росії від благодійної пропозиції зробити безкоштовні операції його членам, щоб повернути зір. Операція практично не мала ніякого ризику для життя і здоров'я, її методика мала міжнародне визнання, але майже всі члени товариства відмовилися від неї. Причиною було те, що люди звикли бути сліпими, пристосувалися до своєї недуги й мали вторинну вигоду від захворювання у вигляді певних психологічних, соціальних і фінансових пільг. Жити по-іншому вони вже не вміли, не могли. Якби зір повернувся, вони повинні були б багато що змінити в своєму житті: в повній мірі самостійно забезпечувати себе фінансово, позбавитися пільг, знайти роботу, зуміти змінити стиль життя й навчитися по-іншому будувати стосунки з людьми.

Досвідчені лікарі досить добре можуть розпізнати симуляцію й агравацію, але небагато лікарів знають про первинну й вторинну вигоди від хвороби (які мають характер неусвідомлюваних хворим психічних процесів). Тому завжди треба пам'ятати про роль психіки у виникненні й підтримці існування захворювання. Це підтверджується тим, що нерідкими є випадки, коли хворі ліку-

ються місяцями й роками, консультуються у найкращих спеціалістів, але не отримують задовільних результатів і їм навіть у таких ситуаціях не рекомендують звернутися до психотерапевтів чи психологів.

На сьогодні, на жаль, не існує будь-яких стандартизованих, визнаних методик психологічного тестування, що допомогли б встановити цей механізм етіології й патогенезу. Щоб запідозрити вигоду від захворювання, потрібно ретельно збирати анамнез хвороби й сімейний анамнез пацієнта, розпитувати його не тільки про захворювання, а й про те, в яких умовах він живе, який має психологічний клімат на роботі і вдома, які серйозні стреси, проблеми виникали у нього незадовго до початку захворювання (від кількох днів до останніх двох — трьох років), чи по'язані у часі, рецидиви хвороби зі складними подіями у житті й т. п.

Про ймовірність вигоди від захворювання свідчать:

1. Випадки, коли діагноз приходить «натягувати», тому що захворювання значно відрізняється від так званого класичного, і виникають хоч якісь сумніви у правильності діагнозу.

2. Мала ефективність лікування, особливо коли повторна зміна тактики терапії не дає задовільних результатів.

3. Перехід гострих захворювань у хронічні, з частими рецидивами, особливо у випадках, коли для цього, здавалося б, немає вагомих підстав, таких як, наприклад, шкідливі умови праці, тяжкі супутні захворювання, залежність від алкоголю, наркотиків, несприятлива спадковість тощо (Наказна І.М., 2013).

2.4. Роль психогієни в профілактиці порушень психологічного здоров'я пацієнтів

Психогієна — наука про забезпечення, збереження і підтримку психічного здоров'я людини (Лакосіна Н.Д., Ушаков Г.К., 1984). Вона є складовою частиною загальної медичної науки про здоров'я людини — гігієну. Специфічною особливістю психогієни є її тісний зв'язок з клінічною психологією, яка В.Н. Мясищевим (1969) розглядається як наукова основа психогієни. У системі психологічних наук, що запропонована відомим вітчизняним психологом К.К. Платоновим (1972), психогієна включена в медичну психологію.

Елементи психічної гігієни з'явилися в житті людини задовго до того, як почалася систематична розробка принципів психогієни як науки. Над необхідністю підтримувати власне душевне

здоров'я і рівновагу у взаємодії з навколишнім світом замислювалися ще античні мислителі. Значення для психіки людини «гарного урівноваженого життя» підкреслював Демокрит, а Епікур називав це «атараксією», спокоєм мудрої людини. Філософський світогляд практично завжди був пов'язаний з пошуком засобів досягнення гармонії внутрішнього світу людини. Пізніше чинником, що стабілізує і певним чином гармонізує психічне, внутрішнє життя людини, стала релігія.

Саме поняття «психічна гігієна» виникло в XIX столітті, коли американець К. Бірс, будучи багатолітнім пацієнтом клініки для душевнохворих, написав в 1908 році книгу «Душа, яка знайшлася знову». У ній він розглянув недоліки в поведінці медичних працівників по відношенню до хворих, а в подальшому і вся його діяльність була направлена на поліпшення умов життя психічно хворих не лише в клініці, але і поза стінами лікарні. Слід, проте, відзначити, що ще до К. Бірса вирішальний крок для цього зробив Філіп Пінель (1745—1826), який зняв 24 травня 1792 року ланцюги з 49 хворих, що знаходилися на лікуванні в психіатричній лікарні Бісетр в Парижі. У 1948 році в Лондоні була створена Всесвітня федерація психічного здоров'я, яка збирає інформацію про стан психічного здоров'я населення і розробляє основи та концепції збереження психічного здоров'я.

Психогігієна займається дослідженням впливу зовнішнього середовища на психічне здоров'я людини, визначає шкідливі фактори в природі і суспільстві, на виробництві, в побуті, вивчає і організовує шляхи і засоби подолання несприятливих впливів на психічну сферу. На практиці досягнення психогігієни можуть реалізовуватися шляхом:

1. Створення для державних і суспільних закладів науково обґрунтованих нормативів і рекомендацій, що регламентують умови забезпечення різних видів соціального функціонування людини;

2. Передача психогігієнічних знань і навчання психогігієнічним навичкам медичних працівників, педагогів, батьків та інших груп населення, які можуть істотно впливати на психогігієнічну ситуацію в цілому;

3. Санітарно-освітня психогігієнічна робота серед широких верств населення, залучення до пропаганди психогігієнічних знань різних громадських організацій.

Існує різноманітна систематика розділів психогігієни. У психогігієні зазвичай виділяють особисту (індивідуальну) і суспільну (соціальну) психогігієну. У системі психогігієнічних знань частіше

виділяють окремо психогігієну дитинства, юнацтва, зрілого віку, психогігієну літніх людей. Крім того, виділяють психогігієну розумової і фізичної праці, психогігієну побуту і родинних стосунків. Існує також багато і специфічних розділів психогігієни праці — психогігієна інженерна, спортивна, військова і так далі.

Психогігієна виховання. В.М. Бехтерев (1905) відзначав, що відхилення характеру починаються ще в ранньому віці, часто через ті або інші умови виховання, які своєчасно могли б бути легко усунені. Ця точка зору отримала подальший розвиток в роботах вітчизняної психоневрології. Зокрема, В. Н. Мясіщев відзначав, що щадне, невимогливе виховання і захвалювання сприяють формуванню істеричного характеру, а надмірна вимогливість сприяє становленню психастенічних особливостей особистості. Неправильне виховання часто може сприяти формуванню у дитини психопатичних рис вдачі. О. В. Кербіков і В. Я. Гиндикін (1962) на підставі своїх досліджень вказували, що гіперопіка або занедбаність в дитинстві типові для збудливих психопатів. Виховання ж за типом «попелюшки», тобто без ласки і уваги, при постійних приниженнях, часто призводить до порушень сну, який є найважливішою умовою для відпочинку та відновлення сил, і що є однією із причин неврозів. Таким чином, дотримання психогігієнічних норм в процесі виховання є в той же час і психопрофілактикою. Психопатії і акцентуації характеру у дітей і підлітків, не будучи своєчасно скоректовані, надалі можуть істотно ускладнити їх життя, будучи фоном для глибших душевних розладів, постійних конфліктів в сім'ї і навіть злочинних дій (Лічко А. Е., 1977; Леонгард К., 1981).

Виховання є процесом, в основі якого лежить принцип безперервності. Не лише цілеспрямовані бесіди з дитиною, але і ігри, казки несуть велике виховне навантаження. Про вікові особливості дитини слід пам'ятати, вибираючи книжку для читання, кінофільм, спектакль, оскільки розвинена у дітей здатність ілюзорно замінювати об'єкти реальності змістом уяви сприяє розвитку страхів. Якщо не використовувати деякі ігри, стимулюючі уяву, збудження може перейти в агресію, яка стає характерною рисою в поведінці дитини.

На думку Ц. П. Короленка, для рівноваги в психічній діяльності людині необхідна свіжа інформація вражень та відчуттів для уяви. Особливо гостро розвинена ця потреба у підлітків. Відсутність припливу нових вражень, що спрямовують уяву, призводить інколи до злочинності неповнолітніх і пошуку «гострих»

відчуттів (Короленко Ц. П., Фролова Р. Ст. 1975). В процесі формування гармонійно розвиненої особистості дуже важливим є виховання в підростаючого покоління здібності до кохання. Д.Н. Ісаєв і В.Е. Каган (1979) вважають, що психолог повинен виступати в цій справі як консультант вихователів, передавати батькам і всім фахівцям, що працюють з дітьми, науково обгрунтовані відомості про психогігієнічні і психопрофілактичні аспекти фізіології і психології статі в динаміці розвитку.

Психогігієна навчання. Правильна система навчання забезпечує гармонійний розвиток особистості. Дефекти навчання також можуть сприяти формуванню аномальних рис характеру дітей.

Дуже відповідальним моментом для дитини є перший шкільний рік. Тут вона вперше зустрічається з новими вимогами, незвичним режимом дня і новими обов'язками. Легше адаптуються до школи діти, що відвідували підготовчу групу в дитячому садку, чим так звані "домашні" діти. Правильно підготувати дитину до школи — завдання не з легких. Велику допомогу батькам в цьому можуть надати дитячі лікарі і клінічні психологи дитячих поліклінік. Знаючи індивідуальні особливості дітей, вони можуть дати батькам конкретної дитини відповідні рекомендації.

Найважливіша умова збереження здоров'я полягає в адекватності вимог, що пред'являються учневі, його індивідуальним можливостям, мірі зрілості його нервової системи. На жаль, ця обставина не завжди належним чином враховується вчителями і батьками. Втома після учбових занять цілком природня, але важливо щоб вона не виходила за допустимі межі і не приймала хворобливого характеру.

Передчасній втомі сприяють тривала одноманітність, однотипність матеріалу, що вивчається. Це особливо важливо враховувати при формуванні розкладу уроків у самих молодших школярів. Шкільний лікар і психолог повинні контролювати цей процес, стежити за тим, аби розклад передбачував необхідне переключення з одного виду діяльності на інший. Здвоєні уроки (підряд два уроки по одному предмету) стомлюють учнів значно більше, чим звичайні. При побудові конкретного уроку необхідно також пам'ятати, що кількість нової інформації повинна до кінця уроку зменшуватися.

Оскільки учбові заняття завжди викликають ту або іншу ступінь втоми, надзвичайне значення має правильна організація відпочинку учнів під час шкільних змін і після уроків. Режим дня для школяра вкрай необхідний: для домашніх занять, читання, розваг, перебування на свіжому повітрі, спортивних ігор і так

далі, має бути передбачений певний час. Додаткові заняття в позаурочний час (заняття в музичній, спортивній школах, вивчення іноземних мов і тому подібне) можуть призвести до перевантаження і сприяти перевтомленню дітей. Відносно позашкільних занять батькам і вихователям необхідно слідкувати за гігієнічними нормами і не допускати перевантажень з метою досягнення зовнішнього ефекту.

Особливу значущість дотримання загальногігієнічних і спеціальних психогігієнічних норм набуває для молоді, що поєднує працю з навчанням в середніх і вищих навчальних закладах. Ця категорія тих молодих людей, що працюють і одночасно навчаються, користується певними пільгами: додатковими оплачуваними відпустками, вихідними днями і так далі. Учні програми і розклад занять на заочних відділеннях технікумів і інститутів повинні складатися з врахуванням трудового навантаження студентів. Розробка і реалізація відповідних програм психогігієнічної підготовки, в яку включені питання гігієни праці на промислових підприємствах, аналіз причин і засобів профілактики перевтоми та неврозів, набувають особливої важливості для молодих людей, що поєднують працю і навчання.

Психогігієна праці. Праця, діяльність є органічною потребою людини і за сприятливих умов — важливим чинником для збереження і зміцнення здоров'я. Рядом досліджень показано, що позбавлення трудової зайнятості, неможливість працевлаштування супроводяться погіршенням психічного здоров'я і частішими соматичними хворобами. Працею можна не лише зміцнити психічне здоров'я, розвинути здібності у здорових людей, але і лікувати психічно хворих. Трудова терапія широко застосовується в психіатричних клініках, де, як і всяка лікувальна дія, суворо дозується відповідно до тяжкості нервово-психічних розладів.

Праця приносить радість лише в тому випадку, якщо вона відповідає індивідуальним особливостям особистості. Відсутність певних якостей і здібностей робить неможливим і важкодоступним виконання тієї або іншої роботи. Забезпечити такого роду відповідність може ретельно проведений професійний відбір, що передбачає як професійну орієнтацію шкіл, так і спеціальні медичні і психологічні обстеження при влаштуванні на роботу.

Дуже важливо правильно вибрати професію відповідно до схильностей і можливостей людини. Зацікавленість роботою, прагнення до удосконалення і до все більшого оволодіння своєю спеціальністю приносять задоволення. Робота ж не до душі, що ви-

кликає лише негативні емоції, порушує самопочуття і може призвести до неврозу.

Професійному відбору, виявленню психофізіологічних можливостей особистості надається все більшого значення. Сьогодні запропоновані методики, за допомогою яких можна перевірити час довільної реакції і реакції, що передбачає розгорнуте ухвалення рішення, стійкості уваги, здатність до її переключення і розподілу, тобто одночасному зосередженню на двох видах діяльності. Ці якості потрібні для багатьох сучасних професій. Наприклад, оператор, керівник об'єктом повинен одночасно спостерігати за показниками приладів, навколишнім мінливим оточенням, здійснювати управління і т. д. Специфічні вимоги пред'являються пілотам, космонавтам, водіям транспорту та інш. У зв'язку з цим з'явилися публікації по психогієні стосовно конкретних професій (Донська Л.С., Лінчевський Е.Е., 1979; Стенько Ю.М, 1981, та ін.). Розвинена спеціалізація форм трудової діяльності зумовила виокремлення специфічних розділів психогієни праці — інженерної, авіаційної, космічної і так далі.

Межа між розумовою і фізичною працею в сучасному суспільстві має тенденцію до розмивання. Проте, відмінності між розумовою і фізичною працею об'єктивно існують, що дозволяє говорити і про відповідні розділи психогієни. М.С. Лебединський вважає, що до розумової праці слід відносити «таку розумову роботу, яка ведеться в певному напрямі, по певному плану, для вирішення певних завдань, з метою здобуття певного результату, що має те або інше суспільне значення». У цьому розумінні до інтелектуальної праці відноситься широкий діапазон діяльності від чисто творчих процесів — відкриттів і винаходів — до складання і виконання звітності і так далі. Тому доцільно доповнити приведене формулювання, підкресливши, що результати розумової праці досягаються внаслідок інтелектуальних зусиль, а фізичні зусилля, які при ній також є (наприклад, при письмі, читанні), не визначають результативність витраченої енергії.

Коли говорять про інтелект як синонім мислення або рівня розумового розвитку людини, зазвичай мають на увазі цілу гамму якостей: ясність, логічність, кмітливість, глибину, широту, самостійність, критичність і гнучкість розуму. Ці якості інтелекту цікавлять нас, щонайменше, в трьох аспектах: професійна спроможність особистості, уміння раціонально будувати свої взаємини з оточуючими, нарешті, вміння розумно витрачати свої сили і в той же час розкривати резервні можливості.

При неправильній організації розумової праці і недотриманні психогігієнічних вимог часто виявляється стан, означений як «відчуття мозкового дефіциту». Цей термін, введений в медичну науку і практику видатним французьким клініцистом Дежеріном (1849-1917), досить точно розкриває стан емоційної напруги у хворих, астенізацію, зниження потенційних можливостей особистості. Це явище не має жодного відношення до психічних розладів, зниження критики, аморфного мислення, маревних ідей і так далі. Під ним розуміються такі розлади, як виснаженість активної уваги, «провали» пам'яті, коливання загального фону настрою, шум, тяжкість, дзвін в голові, пригноблений стан, невпевненість в собі, зниження працездатності, думки про професійну неспроможність, постійний страх перед уявно важкою недугою.

Для профілактики перевтоми і пов'язаною з цим астенізацією необхідна правильна організація розумової праці, що передбачає виконання ряду загальних і особистих умов. До першої групи відносяться раціональне збалансоване харчування, активний відпочинок, що включає систематичні прогулянки і дихальну гімнастику. До другої групи — достатня освітленість і вентиляція приміщення, оптимальне обладнання робочого місця, зручне розташування додаткових «вузлів» — довідкової літератури, архівних матеріалів, картотек та ін. (Георгіївський А. З., 1981).

Одним з основних правил психогігієни розумової праці є зібраність, чітке визначення мети роботи, здатність внаслідок цього зосередитися на головному, не відволікаючись від поставленого завдання. Інакше виникає ряд невиправданих труднощів, що вимагають витрати додаткових зусиль, а це, у свою чергу, неминуче позначається на якості роботи, термінах її виконання і, що, саме головне, на самопочутті працюючих.

Складовою частиною *психогігієни праці* є *психогігієна професійної діяльності*. Початок систематичної трудової діяльності, особливо сучасні форми праці, пов'язані з тривалою психофізичною напругою, освоєнням і використанням складних технічних пристроїв, можуть породжувати різноманітні психологічні проблеми, здатні спричинити негативний вплив на психіку. Серед чинників професійної діяльності, незалежно від професії, які можуть призводити до емоційної нестабільності, стресу і пов'язаної з ними дезадаптації, виділяють:

- перевантаженість роботою;
- радикальні зміни посадових обов'язків або умов праці;
- процес «входження» в нову посаду;

- підвищену відповідальність за прийняття рішень;
- дефіцит часу;
- недолік повноважень для прийняття рішень;
- можлива небезпека роботи для життя і здоров'я співробітника;
- загроза особистому і професійному авторитету;
- необхідність часто йти на компроміс заради кар'єри;
- незадовільні ділові відносини з керівництвом, підлеглими, колегами;
- недолік інформації про оцінку керівниками роботи працівника;
- невизначеність посадових завдань і обов'язків;
- невизначеність посадового зростання, відсутність можливості зростання;
- обмеження професійної активності, відсутність свободи для творчості;
- відсутність задоволеності результатами професійної діяльності, зокрема з матеріальної точки зору (низька заробітна плата) та ін.

Враховуючи надзвичайно високу спеціалізацію форм трудової діяльності, в рамках психогієни праці виділені наступні розділи: психогієна інженерна, військова, авіаційна, космічна та ін., що займаються конкретними проблемами, пов'язаними із специфікою кожної професії.

Не зважаючи на поширене впровадження в сучасне виробництво засобів механізації і автоматизації, як і раніше актуальним залишається розмежування психогієни фізичної праці, розумової праці і творчої діяльності. Безумовно, творчість може бути властивою і фізичній, і розумовій праці, але її питома вага в цих видах праці часто залишається невисокою, оскільки впроваджені системи автоматичних ліній, комп'ютерного управління та ін. обмежують можливості самостійного, творчого підходу до професійних обов'язків. Саме тому психогієна праці повинна зберігати диференційований підхід до розробки заходів, направлених на збереження психічного здоров'я при різних формах фізичної, розумової і творчої праці.

На жаль, соціально-економічні і політичні умови не завжди сприяють гармонійному життю людини в суспільстві, а часто навіть є причиною стресів. В результаті спостерігаються високий рівень невротизації населення, велике число самогубств, випадків невмотивованої агресії, психосоматичних захворювань, званих «хворобами цивілізації». Прогресуюча дезадаптація людини в су-

часному суспільстві нерідко служить причиною вживання алкоголю та інших психоактивних засобів, про що свідчить зростання алкоголізму і наркоманій.

Попередити виникнення дезадаптації людини в сучасному світі і її наслідків може тільки комплекс політичних, соціальних і медико-психологічних заходів. Крім зміни зовнішніх умов, важливо навчити людину методам саморегуляції, що дозволяють знімати психофізичну напругу, відновлювати порушені міжособисті відносини.

Особливо хотілося б зупинитися на психогієні роботи лікаря. З одного боку, праця медичних працівників розглядається як робота у сфері обслуговування по таких ознаках, як невиробничий характер, необхідність постійного спілкування з великою кількістю осіб. Це дозволило авторам книги «Психофізіологічні аспекти роботи працівників сфери обслуговування» Л.В. Донському і Е.Е. Лінчевському включити в неї розділи, що стосуються психологічних аспектів праці і стану здоров'я лікарів. З іншого боку, праця лікаря характеризується значним інтелектуальним навантаженням, вимагає творчого підходу і особливої відповідальності. Це необхідно враховувати як при відборі з числа абітурієнтів в медичні вузи, так і надалі при виборі лікарської спеціалізації. Створення моделі професіограми лікаря вимагає обліку не лише його посадових і професійних обов'язків, рівня знань, але і певних особистих якостей (Данілін Е.Н., 1977). При моделюванні професіограми лікарів різних спеціальностей враховуються такі показники, як об'єм і складність контактів з хворими, їх родичами, офіційними особами, задоволеність своєю працею і т. д. Слід, проте, відзначити, що в діяльності практичних лікарів положення психогієни частенько ігноруються в силу як поганої організації праці, так і недостатньої теоретичної підготовки самих лікарів в цій галузі. Негативними наслідками цієї ситуації є почастищення випадків станів хронічної втоми, синдрому «професійного вигорання», психосоматичної патології серед медичних працівників.

У психогієні особлива увага повинна приділятися питанням охорони праці промислових робітників і усуненню можливих виробничих шкідливостей. Наслідком технічного прогресу є помітна зміна характеру праці на виробництві. Якщо автоматизація і механізація полегшують працю, то робота на напіваавтоматах і конвеєрі вимагає значної напруги. Вібрація, виробничі шуми, прискорення рухомих механізмів впливають на нервову систему. Завдання по усуненню можливих шкідливостей на виробництві вирішують-

ся психоневрологами спільно з профпатологами і гігієністами, їх зусилля в цьому напрямі повинні бути інтегровані. Конкретне ж завдання психоневрології на виробництві полягає перш за все у вивченні впливу умов праці на нервово-психічне здоров'я, особливо на виробництвах, де в процесі роботи доводиться стикатися з шкідливими хімічними речовинами. Ретельний аналіз клініки психопатологічних порушень, особливо початкових стадій гострих отруень і розладів, що викликаються хімічною інтоксикацією або дією деяких фізичних чинників (шуми, вібрація, іонізація і тому подібне), може послужити основою для розробки конкретних профілактичних заходів. В деяких випадках за наявності наростаючих симптомів інтоксикації, порушення стану здоров'я, які не є проявами адаптації до умов виробництва, працівників слід усувати від роботи, пов'язаної з профшкідливостями, і направляти на лікування.

Наступне завдання психоневрології на промисловому виробництві полягає у виявленні ініціальних форм нервово-психічних захворювань і своєчасному направленні хворих на лікування. У його вирішенні істотне значення має контакт з лікарями інших спеціальностей, що працюють у фабрично-заводських поліклініках, в першу чергу з терапевтами і невропатологами. Психіатр та психолог повинні не лише проводити консультації, але і брати участь в заходах щодо диспансерізації і у вибіркових медичних оглядах осіб, що тривалий час працюють в цехах з підвищеною професійною шкідливістю, при цьому особлива увага повинна приділятися частоті і тривалості захворювань. При оглядах можуть бути, з одного боку, виявлені недоліки в умовах праці, а з іншого — діагностовані початкові стадії деяких нервово-психічних захворювань, що маніфестують в ранньому періоді різними астеничними, астеноіпохондричними та іншими станами.

Психогігієна сім'ї. Сім'я є малою групою, яка відрізняється цілим рядом специфічних особливостей. Ці особливості обумовлені традиціями, що склалися, стосунками між старшим і молодшими поколіннями, єдністю житла, побуту і іншими чинниками. Сім'я може сприяти розкриттю творчих можливостей людини, стимулювати її до корисної діяльності або сковувати ініціативу, підірвати морально. Шлюб виявляється щасливим в тих випадках, коли духовна і фізична близькість складають гармонійну єдність. У розробці психогігієнічних проблем сім'ї спеціалістами створена концепція, відповідно до якої все різноманіття стосунків між подружжям може бути представлено у формі взаємодії 5 шлюбних чинників: фізичного, матеріального, культурного, сексуального і

психологічного. По певній формулі обчислюють так званий шлюбний потенціал. Якщо переважаючою є спрямованість шлюбних чинників на зміцнення сім'ї, то шлюбний потенціал виражається позитивною величиною, в протилежному випадку ця величина виявляється негативною. При негативному шлюбному потенціалі, а це і є дійсні сексуальні дисгармонії (дисгамії), порушуються родинні зв'язки і сексуальні взаємини. При первинно особистих невідповідностях завжди порушується сексуальне життя і розпад сім'ї настає швидше, ніж це відбувається при первинній сексуальній несумісності. Для більш високого рівня родинної адаптації, гармонійного розвитку родинних взаємин необхідні достатній рівень розвитку особистості, зрілість думок і емоційних стосунків.

Найбільш дієвий шлях до профілактики родинних конфліктів — ретельна підготовка до шлюбу. Сюди відноситься турбота про стан здоров'я вагітних, профілактика патології пологів, забезпечення правильного психофізичного розвитку і виховання дітей, спеціальна підготовка осіб, що вступають в шлюб, діагностична і лікувальна робота у випадках родинно-сексуальних дисгармоній.

Виховання дітей має бути чітко орієнтоване на статево-рольове функціонування людини — в хлопчиках заохочується мужність, сміливість, а у дівчаток — жіночність. Інакше можливі порушення психосексуального розвитку з формуванням неадекватних еротичних установок із закріпленням девіантних форм сексуальної поведінки.

Інтерес до психологічних аспектів внутрішньосімейних стосунків серед психологів і психіатрів зростає. До сьогодні склалися такі поняття, як родинна психіатрія (термін запропонований Гоуелсом, який інтенсивно розробляв цей напрям психіатрії) і родинна психотерапія. Порушення внутрішньосімейних стосунків може бути причиною неврозів, сприяти формуванню психопатичних рис вдачі у дітей. Обстеження сім'ї і кожного з її членів завершується постановкою родинного діагнозу. Розпізнавання родинно-сексуальної дисгармонії виробляється на трьох рівнях: описовому, генетичному і динамічному. Описовий рівень передбачає виклад симптомів патології родинних взаємин (сексуальна невідповідність, сварки, алкоголізм, невротичні розлади, психосоматичні порушення). На генетичному рівні розглядається еволюція подружніх взаємин, розкриваються причини невдач у шлюбі (передчасність шлюбу, випадковість, корисливі мотиви та ін.). На динамічному рівні визначаються скрижалеві конфлікти, способи їх вирішення, родинні ролі та їх спотворення.

Психогігієна сім'ї безумовно є найважливішим розділом психогігієни, що займається розробкою і регламентацією заходів, що упорядковують життя сім'ї та створюють сприятливі умови для оздоровлення і вдосконалення психічної індивідуальності кожного її члена. Психогігієна сім'ї, крім відносин в інтимній сфері, охоплює психологічні нюанси подружніх відносин, питання гармонійного шлюбу, попередження сімейних конфліктів і можливого розпаду сім'ї.

Сім'я є осередком суспільства, що має властиві тільки їй особливості. Це обумовлено багатогранними взаєминами чоловіка і дружини, кровними спорідненими зв'язками всередині сім'ї, відносинами між батьками і дітьми. Особливості сім'ї як колективу визначаються також єдністю житла, побуту, своєрідністю індивідуальної власності на предмети домашнього вжитку та ін.

Статистика свідчить, що в останні десятиліття значно збільшилося число розлучень, що невдалий шлюб грає велику роль в розвитку алкоголізму, злочинності. Діти, що виховуються в неповних сім'ях (одним з батьків), опиняються в складній ситуації, яка часто негативно позначається на їх психіці. Пограничні форми психічної патології в неповних сім'ях виникають значно частіше, ніж в повноцінних, благополучних сім'ях.

У зв'язку з цим, виникає нагальна необхідність правильної підготовки до шлюбу, створення умов для гармонійних шлюбів, розробки системи заходів, направлених на зміцнення, вдосконалення сімейних відносин.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, вважає питання створення сім'ї і проблеми родинної психогігієни надзвичайно актуальними, приділяє їм підвищену увагу, розробляє програми, що стосуються планування і створення сім'ї. Міжнародний інститут по вивченню проблем сім'ї (США) веде активну наукову роботу в цій галузі. Так, за даними цього інституту, загальна народжуваність дітей знизилася у зв'язку з появою сучасних методів запобігання вагітності. В той же час народжуваність дітей у психічно неповноцінних жінок, навпаки, збільшилась. Sherer і співавтори (1968) відзначають, що значний стрибок в підвищенні народжуваності збігся з введенням в клінічну практику фенотиазину та інших психотропних лікарських препаратів, які змінили всю суть діяльності психіатричних лікарень і дозволили більшості їх пацієнтів покинути клініки, вести спосіб життя, властивий психічно здоровим людям.

Слід, проте, пам'ятати, що вагітність, пологи, турботи, пов'язані з доглядом за дитиною, можуть сприяти рецидивам психотич-

них епізодів. Тому жінки, що мають в анамнезі нервово-психічні захворювання, повинні знаходитися під особливо ретельним лікарським спостереженням, по відношенню до них треба обов'язково проводити профілактичний курс відповідної психотерапії. Небажана дитина, народжена психічно неповноцінною жінкою, значно більше схильна до ризику виникнення патології соціально-психологічного порядку. Вказуючи на цю обставину, Abernethy і Grune-baum (1972) підкреслюють необхідність ширшої організації консультацій по вживанню контрацептивів для психічно хворих осіб і визначення медичних показань для штучного переривання вагітності. Права розумово відсталих осіб по створенню сім'ї обговорювалися в 1967 р. на Стокгольмській нараді міжнародних суспільств по захисту психічно неповноцінних осіб.

Психогігієна, будучи частиною загальної гігієни, в той же час є самостійною галуззю зі своїми цілями, завданнями і методами дослідження та складовою клінічної психології.

Відміна між психопрофілактикою та психогігієною полягає в тому, що перша більше націлена на попередження психічних захворювань або психічних порушень, в той час, як мета психогігієни — розробка системи заходів, спрямованих на формування, підтримку і зміцнення психічного здоров'я. Психогігієна пов'язана також з психокорекцією і психотерапією, що використовують прийоми і методи, які дозволяють усувати відхилення в психічній діяльності і сприяють гармонізації особистості.

Охорона психічного здоров'я населення стосується багатьох сторін життя і діяльності людини, починаючи від вікових особливостей і закінчуючи умовами праці. Тому існують, крім вищезазначених, наступні розділи психогігієни, що вивчають деякі аспекти людського життя: вікова психогігієна, психогігієна побуту, психогігієна хворої людини тощо.

У численних роботах, присвячених підтримці психічного здоров'я необхідними умовами для цього називаються:

- наявність відчуття захищеності;
- наявність сенсу життя;
- пошана і самоповага;
- відповідність психічних навантажень рівню індивідуальної переносимості;
- необхідність і можливість усунення емоційної напруженості.

Несприятливий вплив на психічне здоров'я людини можуть мати як суто особистісні причини, так і соціальні чинники. Особистісні причини включають ситуації сімейного (подружні

проблеми, зрада, розлучення, хвороба або смерть партнера, іншого родича та тому подібне) і побутового (житлові та фінансові проблеми) характеру. Серед чинників соціального середовища, що мають деструктивний вплив на психіку людини, виділяють:

- несприятливу екологічну обстановку;
- високий темп життя та урбанізацію;
- ускладнення професійної діяльності;
- сильну завантаженість (перевантаженість) роботою;
- втрату або ризик втрати роботи;
- велику відстань між роботою і домом (транспортний стрес);
- недостатній рівень зарплати та економічного стимулювання.

Для підтримки психічного здоров'я і забезпечення необхідного рівня соціальної і психологічної адаптації необхідно прагнути до здорового способу життя, пропаганда основ якого, відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я, є обов'язком кожного медичного працівника. Формування здорового способу життя дозволяє створити систему подолання чинників ризику.

Здоровий спосіб життя - це поведінка, що базується на науково обгрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на досягнення фізичного і психічного комфорту, зміцнення і збереження здоров'я, активізацію захисних сил, забезпечення високого рівня працездатності, активне довголіття.

Здоровий спосіб життя передбачає:

- 1) свідому організацію умов праці, що дозволяє, по можливості, уникати психічних і фізичних перевантажень;
- 2) чергування праці і відпочинку з обов'язковим використанням вихідних днів і відпустки за призначенням;
- 3) раціональне збалансоване харчування, достатній сон;
- 4) достатню рухову активність, відмову від пасивних форм відпочинку;
- 5) регулярне сексуальне життя;
- 6) наявність захоплень (хобі), які повинні кардинально відрізнятися від професії і в яких (бажано) повинні бути задіяні різні сторони індивідуальності;
- 7) відмову від шкідливих звичок (зловживання алкоголем, іншими психоактивними засобами, куріння);
- 8) дотримання правил особистої гігієни;
- 9) дбайливе ставлення до навколишнього середовища;
- 10) створення гармонійних умов у сім'ї;
- 11) нормальні міжособистісні відносини в трудовому колективі, з найближчим оточенням (родичами, сусідами і т.д.);

12) активну участь в культурних заходах, заняття фізкультурою;
13) уникнення надмірно напружених заходів і занять, що призводять до втоми (частих відвідин дискотек, перегляд телепередач і фільмів страхітливого змісту, перенасичених жорстокістю, зловживання комп'ютерними іграми та інтернетом та ін.);

14) створення, по можливості, комфортних умов для праці і відпочинку.

Не менш значущі і особистісні характеристики, що дозволяють зберігати психологічну рівновагу, серед яких виділяються:

- здатність приймати реальність у всьому її різноманітті;
- позитивне ставлення до самого себе, інших людей і до світу в цілому;

- адекватна стійка самооцінка, мотивація на успіх;
- прийняття особистої відповідальності за своє життя, здатність робити усвідомлений вибір і нести відповідальність за його наслідки;

- здатність встановлювати конструктивні відносини з іншими людьми;

- усвідомлення проблеми залежності і проблеми провини;
- усвідомлення проблеми особистих цінностей, сенсу життя "для мене", сенсу праці "для мене", проблеми щастя;

- приведення домагань і очікувань у відповідність з реальністю;
- формування навичок планування, побудови життєвої перспективи, подолання страху перед майбутнім;

- знання про проблеми стресу, вироблення індивідуальної тактики управління стресом, навичок саморегуляції.

Слід пам'ятати, що психіка та суб'єктивний світ людини не тільки надзвичайно мінливі, але і, що ще важливіше, безперервно оновлюються, вдосконалюються. Тому ставити знак рівності між психікою дитини, підлітка, юнака, людини зрілого та літнього віку навряд чи допустимо. На думку Г.К.Ушакова (1984), повноцінна систематика розділів психогігієни повинна враховувати порівняльно-вікові особливості психіки на різних етапах життя людини. У зв'язку з цим, велике значення мають для повноцінного психічного розвитку особистості наступні розділи психогігієни.

Психогігієна дитячого і підліткового віку

Психогігієна дитинства розробляється з урахуванням особливих якостей психіки дитини, що дозволяють забезпечити гармонійне її формування.

Головна особливість діяльності дитини дошкільного віку полягає в тому, що вона завжди проявляється в іграх. Ні у якому

іншому віці гра не має такого важливого значення для психічного розвитку, як в період дошкільного дитинства. Саме тому правильна послідовно-ускладнювана організація ігрової діяльності дитини — запорука найбільш повноцінного формування її психіки.

Формування психіки дитини не повинне бути результатом стихійних поєднань безпосередньо пережитих нею життєвих ситуацій, а більшою чи меншою мірою забезпечуватися за допомогою систем виховання, що історично склалися. Повсякденне життя з його часом несподіваними подіями, різноманітність людських індивідуальностей, можливість природженого аномального формування психіки — все це свідчить про те, що виховання дитини не може бути неорганізованим, а повинно скеровуватися сім'єю і вихователями дошкільних установ та ґрунтуватися на принципі послідовності, етапності. Виховання стає дієвим знаряддям формування гармонійної, психічно здорової особистості лише в тому випадку, якщо враховується її індивідуальність і суворо дотримуються психогігієнічні вимоги.

У деяких дітей, особливо з астенічними і тривожними рисами особистості, при поміщенні їх у дитячий садок можуть виникати невротичні зриви, нічні страхи, сноходіння, заїкання та ін. У таких випадках слід відстрочити оформлення дитини до дошкільної установи, дати їй можливість відновити душевну рівновагу. До відвідування ДНЗ дитину треба готувати поступово, пробуджувати у неї виникнення "дитсадківської мотивації". На початку слід раніше забирати її додому та ін.

У дитинстві відбувається послідовний розвиток і ускладнення вразливості. Значення вражень (роль яких, природно, зберігається і пізніше — все життя) особливо наочно простежується до 12-14-річного віку. У цей період дитина живе головним чином враженнями від об'єктів і явищ безпосередньої дійсності, на основі яких формується, в першу чергу, її психічна діяльність. Відомо, що в своїх іграх діти часто відтворюють ситуації з життя дорослих ("Тато прийшов додому п'яним і кривдить маму" та ін.). Тому настільки важлива психологічна атмосфера, в якій виховується дитина.

На відміну від цього підліток, починаючи з 12-14-річного віку, будує свої думки і висновки вже не тільки на основі безпосередніх вражень від дійсності, але і на поєднанні образів, викликаних безпосередніми враженнями, з образами уявлень, що зберігаються в пам'яті. На основі суб'єктивних операцій з такими образами з'являється рефлексія, що є необхідною умовою для розвитку особистості. Це відрізняє, зокрема, психіку підлітка від психіки дитини.

Виховання — безперервний процес, який вже на ранніх етапах життя дитини включає елементи навчання. Проте, з початком відвідин школи головним засобом виховання стає вже система навчання. Остання не тільки збагачує знання і навички дитини, але, що важливіше, при правильній організації оздоровлює психіку, забезпечує її гармонію. Успішність адаптації до школи багато в чому залежить від рівня психічної зрілості і готовності дитини до школи, а також від особистості першого вчителя. Дефекти навчання можуть призвести до порушення або спотворення ще не розвинених психічних властивостей дитини, сприяти уповільненню (ретардації) або прискоренню (акселерації) розвитку окремих елементів психіки і, отже, стати джерелом формування аномальних рис особистості.

Представники порівняльно-вікового напрямку в психогієні важливу роль в повноцінному психічному розвитку підлітків відводять *психогієні статевого життя*. Відомо, що саме в пубертатному періоді розвитку з'являються перші, нерідко "підсвідомі відчуття", що є відображенням змін, пов'язаних із статевим дозріванням і початком статевої зрілості. Складні біологічні зміни, що починаються у підлітка, завжди позначаються на оцінці ним дійсності, сім'ї, колективу, суспільства. Життєва практика свідчить, що всі ці зміни протікають значно менш хворобливо і не порушують формування психіки підлітка, якщо останній підготовлений до їх початку, якщо йому надана підтримка з боку дорослих, якщо його самосприйняття і світовідчуття коригуються в міру виникнення неусвідомлених і незрозумілих почуттів Цим і виправдовується виділення *психогієни статевого дозрівання*, яка досліджує його і розробляє заходи, спрямовані на гармонійне формування сексуальності в пубертатному періоді.

Правильний режим дня, чергування навантажень і відпочинку, фізичної і розумової праці, позашкільні захоплення (музика, театр, колекціонування та ін.), спортивні заняття дозволяють уникнути перевтоми і психічної травматизації підлітка.

Психогієнічна робота з дітьми повинна проводитися на всіх етапах їх розвитку, в сім'ї, в дошкільних установах, в школі. Провідна роль в забезпеченні психогієнічних заходів належить батькам і педагогам, які повинні мати певну підготовку. Психогієнічна робота поза школою повинна бути направлена на ослаблення дії на дитину або підлітка хворобливих побутових і психологічних умов у сім'ї, впливу неформального оточення (дворових компаній, неформальних угруповань). З урахуванням особливостей психіки

підлітка, важливо знайти розумний баланс між вимогливістю і терпимістю, прагнути до збереження контакту з ним, прагнути не втратити його довіру. Необхідно з розумінням відноситися до проблем підлітка, допомогти знайти цікаві заняття (хобі, спорт і ін.) і всіляко підтримувати його корисні захоплення, здатні зменшити ризик залучення до асоціальних компаній, утримати від вживання алкоголю, наркотиків, інших психоактивних засобів.

Протягом останніх 10 років на державному рівні робляться спроби поліпшити підготовку педагогів в галузі психогігієни і, відповідно, реалізувати необхідні психогігієнічні вимоги в школах та інших учбових закладах. Вводяться такі предмети, як статеве виховання, валеологія (наука про індивідуальне здоров'я людини), які повинні сприяти формуванню, починаючи з дитячого віку, життєвих пріоритетів, ціннісних установок на здоров'я, здоровий спосіб життя, оволодінню методами саморегуляції і самокорекції.

Одним із завдань психогігієни є формування правильного ставлення дитини до свого здоров'я і надання медичної допомоги.

У сім'ї закладається підвищена увага або, навпаки, зневажливе ставлення дитини до свого здоров'я. Надалі це небезпечно патологічним реагуванням на захворювання, у тому числі і в зрілому віці. Особиста установка щодо медичних працівників також формується в сім'ї. Часто батьки у виховних цілях лякають дитину "людьми в білих халатах": "Не слухатимешся — прийде лікар і зробить тобі укол" та ін. Іноді формуванню страху дитини перед наданням йому медичної допомоги сприяє і неправильна поведінка самих медичних працівників, які, підіграючи батькам, лякають дітей. У формуванні негативного ставлення хворої дитини до лікаря має значення минулий досвід звернення по медичну допомогу або знаходження в медичній установі (пережитий страх, біль, самотність і т.д.). Тому істотна роль у психогігієні хворої дитини належить створенню сприятливого психологічного клімату в дитячих поліклініках і лікарнях. Крім уважного і дбайливого ставлення лікарів і медперсоналу, для дітей важливі улюблені іграшки, книги, що привносять атмосферу тепла і затишку, а також спілкування з родичами і друзями.

Психогігієна юнацького віку

Юнацький вік різними дослідниками не завжди чітко відмежовується від підліткового, проте, кожний з них має ряд істотних особливостей, у зв'язку з чим, з позицій психогігієни, доцільний їх окремий розгляд.

Перша відмінність юнацького віку (17-21 рік) від підліткового полягає в тому, що юнацтво — це перш за все період формування самосвідомості і суспільної свідомості, розуміння, що будь-який елемент діяльності індивідуума, будь-яка його якість є не тільки справою життя і діяльності самого індивідуума, а багато в чому залежать від суспільної приналежності, колективної діяльності.

Інша відмінність полягає в тому, що в цей період людина виходить на арену самостійного життя і самостійної діяльності. Вона набуває прав громадянина, якостей рівноправного члена суспільства, починає дистанціюватися від сім'ї, традицій, що склалися в ній, і формувати власний світогляд, уявлення про сім'ю, а пізніше заводить і саму сім'ю. Всі ці особливості юності і можливі у зв'язку з цим проблеми накладають серйозний відбиток на особистість, яка нерідко потребує цілеспрямованої підтримки, коректування для збереження і зміцнення гармонійних якостей.

Саме у цей період складаються життєві навички, серед яких найважливішими є:

- уміння критично мислити, самостійно вирішувати проблеми;
- здатність приймати відповідальні рішення;
- упевненість в собі, ефективна взаємодія з оточуючими;
- здатність управляти своїми емоціями;
- здатність уникати невиправданого ризику;
- вибір друзів і побудова позитивних відносин із людьми;
- усвідомлення негативних впливів і тиску з боку інших людей і здатність чинити їм опір;
- зміцнення зв'язків із сім'єю та іншими значущими дорослими.

Формування життєвих навичок відбувається під впливом сім'ї, педагогів, інших авторитетних осіб, художньої літератури і ін. Допомогти формуванню необхідних життєвих психологічних навичок і подоланню виникаючих психологічних труднощів можуть психологічне консультування і психотерапевтична допомога.

Життєві навички, що своєчасно склалися, допомагають з найменшими втратами переносити труднощі, пов'язані з різкою зміною звичного стереотипу (від'їзд від батьків, служба в армії, навчання в іншому місті та ін.), сприяють адаптації до нових умов. Психологічні зриви, порушення адаптації в таких випадках найчастіше відбуваються у тих, хто вдома виховувався у "оранжерейних" умовах, при зайвій опіці і придушенні самостійності. При позбавленні "батьківських гальм", гіперопіка проявляється як відсутність навичок самостійної поведінки і саморегулювання.

Важко не погодитися з Фройдом, який стверджував, що сексуальне життя, лібідо є одним із головних стимулів людської діяльності, що визначає психічний склад, інтереси, життєві цілі особистості. Разом з тим було б неправильно переоцінювати цей чинник. Життя показує, наскільки багаточисленні колізії між людьми, що виникають на ґрунті статевих почуттів і почуттів відносин. Це особливо яскраво виявляється в пізній період юнацтва і в подальші роки. В зв'язку з цим виділення *психогігієни статевого життя* в самостійний розділ не тільки виправдане, але і необхідне. Розробка деяких правил дошлюбних і сімейно-шлюбних сексуальних відносин направлена на попередження невротичних розладів і аномалій особистості, пов'язаних з дисгармонією в статевій сфері, сексуальними порушеннями. Поява нового напрямку *"психогігієна любові і інтимно-шлюбних відносин"*, що розвинувся останнім часом, обумовлена масовим розпадом сімей, руйнуванням традиційних норм статевих відносин, зростанням венеричних захворювань.

Створення сім'ї може служити для хлопця або дівчини як джерелом щастя, так і серйозним випробуванням. Особливо складним є перший рік сімейного життя, коли виробляється модус взаємин з психологічно різними індивідуумами, проходить випробування побутовими труднощами. Часто виникає конфлікт між очікуваним, ідеальним і реальним. Важче проходить адаптація в тих сім'ях, де йде боротьба за лідерство, небажання йти на поступки один одному, прагнення перевиховати свого партнера. Складнощі виникають у соціально незрілих, інфантильних осіб, що мають неправильне уявлення про шлюб як джерело тільки радощів без обов'язків та труднощів.

Народження дитини зазвичай є радісною подією в сім'ї. Проте, і тут можуть виникати психологічні складнощі. У молодій матері на фоні астенизації, пов'язаною з недосипанням, природною втомою в зв'язку з доглядом за дитиною, може розвинутися страх, що вона не впорається зі своїми обов'язками. Зустрічаються і депресивні порушення, особливо якщо чоловік мало допомагає дружині, недостатньо дбайливий. Увага молодій матері, природно, повністю зайнята немовлям, і на чоловіка не залишається ні сил, ні часу. У деяких молодих батьків виникають ревності до дитини, яка забирає всю увагу і любов дружини, створюючи відчуття у чоловіка, що "він зайвий".

Допомагають подолати виниклі психологічні труднощі у молодого подружжя поради і реальна допомога батьків, старших това-

ришів, друзів. Покликані надавати подібну допомогу і створювані в деяких містах служби молодії сім'ї, в яких працюють досвідчені психологи і психотерапевти.

Психогігієна зрілого віку

Найбільш значущими сторонами життя, здатними стати джерелом особистісних переживань і викликати психологічний зрив або серйозніші психічні порушення, в зрілому віці є професійна діяльність, сім'я, побутові відносини.

Психогігієна похилого та старечого віку

Інтерес до психогігієни осіб похилого і старечого віку багато в чому пов'язаний з тим, що у віковій структурі населення частка осіб старших вікових груп вельми висока.

Комітетом експертів ВООЗ висунутий девіз: "Повноцінне життя в старості". Іншими словами, необхідно задовольняти специфічні потреби літніх людей і корінним чином змінити до них ставлення, у зв'язку з наміченими заходами щодо організації медичної допомоги і соціального забезпечення осіб похилого віку. У звітах комітету вказується, що, за численними даними, значна частина немолодих і старих людей страждає від убогості, ізоляції, невпевненості в своєму становищі і від загального неблагополучного стану. Ставиться питання про право літніх людей продовжувати трудову, по можливості професійну діяльність, відігравати активну роль в суспільстві, вносячи посильний внесок до його розвитку.

Видатний російський учений І.І.Мечніков в книзі "Етюди оптимізму", що вийшла в 1911р., похмурій картині патологічної старості з фізичною і психічною слабкістю, хворобами, соціальним занепадом протиставив "світлий образ старості — природної і здорової, повнокровоної й гармонійної, мудрої і збагаченої досвідом".

Загальновідома французька приказка: "Кожен старіє так, як він жив", в якій підкреслюється, що процес старіння є індивідуальним. Проте, існують і такі зміни психіки, які властиві в тій чи іншій мірі всім літнім людям і є ознаками старості. У психології і психопатології старості виділяються найбільш типові пізньовікові зміни: це загострення рис вдачі, нерідко з розвитком егоцентризму, підвищеної чутливості, ранимості, образливості, повільність у прийнятті рішень, недовірливість, надмірне зосередження інтересів на фізичній і матеріальній сторонах власного буття. Вказані психологічні особливості обумовлені як фізіологічними, так і соціальними чинниками. До останніх можна віднести зниження соціального статусу людини в сім'ї і суспільстві, зміну звичних життєвих стереотипів після виходу на пенсію, погіршення економічного

стану, самотність, пов'язану зі смертю шлюбного партнера, інших близьких і створенням дітьми власних сімей. Гірше переносять старіння і старість люди розумової праці, що займали високе соціальне положення. Дуже важливо, щоб людина на новому етапі свого життя знайшла новий сенс свого існування: виховання внуків, написання мемуарів, робота на присадибній ділянці і т.д.

Не можна не зважати на підвищену чутливість і вразливість осіб похилого віку, внаслідок чого можуть виникнути психічні розлади. Відхід літньої людини на пенсію і припинення трудової діяльності пов'язані з ломкою динамічного стереотипу її життя і тому є випробуванням для психіки. У зв'язку з цим в літньому віці доцільний не різкий, а ступінчастий перехід до легшого режиму звичної праці, поетапна зміна відповідальнішої роботи на менш відповідальну. Бажано залучати немолодих людей до роботи з неповним робочим днем, використовувати їх в підготовці кадрів.

Залучення літніх людей до трудової діяльності вимагає дотримання низки психогігієнічних вимог, оскільки у людей в цей період життя погіршується здатність психіки пристосовуватися до нових вимог і обставин, важче змінюються звички і стереотипи, знижуються увага і пам'ять. Переведення на іншу роботу зі зміною умов праці слід проводити тільки з урахуванням можливостей літньої людини і виробничої доцільності такого переведення. Не рекомендується продовжувати роботу за наявності сильних подразників (шум, вібрація, миготливе світло і т.д.). У зв'язку з меншою рухливістю психіки в літньому віці не рекомендується позмінна робота, особливо вночі, оскільки це зазвичай призводить до порушень сну. Важливими чинниками успішності праці літніх людей є її суворитмічність і можливість додаткового відпочинку, а також чергування розумової праці з неважкою фізичною працею, бажано на свіжому повітрі (наприклад, легка робота в саду). Хоча в літньому віці переважними є пасивні форми відпочинку, з психогігієнічної точки зору, відпочинок не повинен бути тільки пасивним. Навпаки, посилені активні форми відпочинку (прогулянки, риболовля і ін.), як і спеціальні комплекси фізичних вправ для немолодих і людей похилого віку фізіологічно цілком обґрунтовані. Необхідно приділяти увагу дотриманню режиму праці і відпочинку, раціональному харчуванню.

Найважливіше психогігієнічне і загальногігієнічне значення має повноцінний сон. Раннє пробудження і коротший сон можна вважати фізіологічною нормою для літніх і старих людей, але при цьому важливими психогігієнічними чинниками служать достат-

ня глибина сну, його спокійне протікання, свіжість і бадьорість після пробудження. Режим харчування людей похилого віку припускає обмеження споживання тваринних жирів і вуглеводів, прийому таких збудливих напоїв, як кава, какао, чай. Важливі також різке скорочення прийому міцних спиртних напоїв і повне припинення або хоч би значне обмеження куріння.

Система охорони психічного здоров'я старшівікових контингентів населення повинна бути багатобічною і включати своєчасну якісну амбулаторну і стаціонарну медичну допомогу, створення сприятливих домашніх умов, організацію побутової допомоги вдома (за рахунок соціальних служб), створення клубів для відпочинку літніх людей, спеціальних будинків-інтернатів для осіб похилого віку.

Крім того, психогігієнічні заходи практично співпадають з конкретними формами психопрофілактики стосовно тих або інших життєвих обставин і вікових періодів.

Психогігієна при наданні медичної допомоги

Психогігієна в медицині бере свій початок з психіатрії. Як самостійна наука сформувалася в ХІХ столітті завдяки активній діяльності К.Бірса, який, будучи протягом багатьох років пацієнтом однієї з американських психіатричних клінік, написав книгу "Душа, яка знайшлася знову". У ній він виклав недоліки поведінки лікарів і обслуговуючого персоналу щодо хворих. У 1948 р. була створена Всесвітня організація психічного здоров'я, основним завданням якої є розробка концепції психічного здоров'я і заходів щодо його збереження.

Що ж до інших галузей медицини, та увага, що присвячена збереженню психічного здоров'я пацієнтів, попередженню психогенних розладів і психосоматичних захворювань, як і раніше, залишає бажати кращого. Те ж саме можна сказати і про психічне здоров'я самих лікарів, робота яких нерідко протікає в умовах емоційного стресу.

Психогігієна хворого

Дотримання психогігієнічних вимог є обов'язковим у всіх сферах і на всіх етапах медичної допомоги.

Вже сама атмосфера медичної установи повинна сприяти швидшому одужанню. Безумовно, лікарняна обстановка, що є результатом недостатньої матеріальної забезпеченості медицини, сірі стіни, що давно обшарпалися, погано вимита підлога, важкий запах, давно не прані медичні халати не можуть не викликати певного емоційного пригнічення у пацієнта.

Перебування людини в медустанові не повинне бути схожим на вирок або ув'язнення, коли перешкоджають вільному переміщенню пацієнтів у межах відділення (просто тому, що це дратує медперсонал), без необхідності обмежують відвідини їх рідними і друзями, переглядання телепередач і т.д. Медичний персонал при цьому виступає не в ролі вірних помічників лікаря, які піклуються, щоб хворий скоріше видужав, а в ролі бездушних сторожів і розпорядників. Безумовно, медичний персонал повинен забезпечувати порядок у роботі відділення, але при цьому не повинен ставитися до пацієнтів зарозуміло-поблажливо.

Першорядне значення має *психогігієна взаємин лікаря і пацієнта*. Іноді пацієнт, що переживає виражені больові відчуття або тривогу і страх, не може чітко викласти свої скарги, що викликає роздратування лікаря і ускладнює його спілкування з хворим. Ригідна особистісна установка лікаря, небажання повністю і уважно вислухати скарги пацієнта, відсутність емоційної реакції і, тим більше, нешанобливі вислови на адресу хворого сприяють додатковій травматизації останнього.

Успішність лікування значною мірою залежить від ставлення самого хворого як до конкретного лікаря, конкретної медичної установи, так і до медицини в цілому, а також від його прагнення до одужання. У цьому плані важливу роль грає минулий досвід пацієнта, його особиста установка щодо медичних працівників. На жаль, іноді сам лікар свідомо або неусвідомлено залякує навіть дорослих пацієнтів, допускаючи вислови, що мають елементи сугестії: "Чому так пізно звернулися? Хіба можна так запускати хворобу?!" і т.п. Страх і тривогу викликає очевидне небажання лікаря надати пацієнтові інформацію про стан його здоров'я.

Значний вплив (причому не завжди позитивний) на психічний стан пацієнтів спричиняє обговорення лікарями клініко-діагностичних особливостей захворювання під час обходів, клінічних розглядів та консультацій. Треба пам'ятати, що хворий надає значення не тільки змісту висловлювань учасників консилиуму, але і психологічним нюансам їх поведінки. Використання специфічних термінів, не зрозумілих хворому, без подальшого пояснення їх суті в доступній для нього формі може призвести до виникнення різних симптомів ятрогенної природи.

Нарешті, важливою ланкою психогігієнічних заходів, що впливають на ефективність допомоги хворому, є подолання відчуженості і механістичності маніпуляцій, що проводяться з діагностичною і лікувальною метою. Особливо це стосується інструмен-

тальних методів дослідження, коли складна апаратура викликає у пацієнта змішане відчуття поваги і страху. Якщо при проведенні дослідження або лікувальної процедури фахівець зосереджений лише на апаратурі і важливих параметрах, забуваючи при цьому, що перед ним конкретна людина з своїми думками і відчуттями, у пацієнта виникає важке відчуття відчуженості, він починає усвідомлювати себе ніби неживим, об'єктом маніпуляцій. Тому важливо, щоб необхідна зосередженість на дослідженні поєднувалася із співпереживанням пацієнтові, пошаною до його особистості.

Психогієна медичного працівника

Професії лікаря і медичної сестри пов'язані з особливою психічною напругою, здатною спричинити негативну дію на психіку. Це обумовлено професійною відповідальністю за фізичне і душевне здоров'я, а нерідко і життя інших людей. Медичні працівники часто переживають емоційний стрес, стикаючись віч-на-віч із смертю. Серйозна психологічна криза у лікаря може бути пов'язана з несприятливим перебігом захворювання у пацієнта, зокрема з летальнимкінцем, навіть якщо лікування було адекватним. Виникає необгрунтоване відчуття провини: "... мабуть, зроблено не все, що можна". Тим більше травмуючою може стати ситуація, коли лікар з тих або інших причин допустив помилку. Такі психічні травми можуть призводити до серйозних психологічних наслідків, а іноді і до психічних порушень з відчуттям невпевненості в собі, тривогою, відчуттям безпорадності і неспроможності. Можливий розвиток субдепресивних або депресивних станів з суїцидальними думками. Відомі випадки, коли лікарі, що вважали себе винними в смерті пацієнта, здійснювали спроби самогубства.

Причинами психологічної кризи в роботі лікаря і "емоційного вигорання" можуть служити і негативні впливи середовища. Сюди відносяться: складна психологічна атмосфера в колективі, несприятливі умови роботи (недостатня забезпеченість діагностичними і лікувальними засобами, надмірне навантаження і т.д.), низька моральна і матеріальна оцінка результатів праці. Негативні наслідки для психіки і загального здоров'я лікаря можуть виражатися в зростаючій невротизації, психосоматичних розладах і захворюваннях, захопленні психоактивними засобами, включаючи кофеїн і тютюнопаління.

Надмірне робоче навантаження, погана організація праці, конфлікти з колегами або адміністрацією, незадоволеність змістом своєї діяльності і її результатами сприяють психічній астенизації і патохарактерологічним змінам.

За Г.С. Абрамовою (1998), для збереження фізичного і душевного здоров'я медпрацівників необхідні такі психогігієнічні умови роботи:

- задоволеність змістом і результатами своєї діяльності;
- оптимальні умови праці (як правило, цього добитися найважче);
- можливість релаксації (перерви для сну і відпочинку протягом робочого дня, використання індивідуальних способів розслаблення і концентрації);
- розподіл відповідальності між всіма членами колективу;
- комфортний мікроклімат у колективі, коли взаємини з колегами визначаються загальною метою, довірою і взаємодопомогою.

Дотримання перерахованих психогігієнічних вимог, на думку авторів, дозволить забезпечити гуманніше ставлення медичних працівників до пацієнтів і понизити число ятрогенних розладів.

При появі хоч би окремих ознак "емоційного вигорання" і професійної деформації особистості лікареві необхідно ретельно проаналізувати ситуацію і вжити відповідних заходів: зменшення навантаження, іноді зміна колективу або навіть спеціальності, самовиховання або звернення за допомогою до психолога або до психотерапевта. Досягти високої ефективності такої допомоги можна, використовуючи спеціально створювані групи професійно орієнтованого тренінгу, названі за іменем М. Балінта, який у своїй класичній роботі "Доктор, його пацієнт і хвороба" (50-і рр. ХХ ст.) звернув увагу на необхідність психологічної допомоги лікареві. Програма занять у групах практикуючих лікарів націлена на поліпшення їх професійних якостей шляхом привертання уваги при обговоренні конкретних випадків з медичної практики до психологічних аспектів роботи з хворими, до відносин у системі лікар-хворий.

Серед основних підходів, засобів і методів, що сприяють розвитку психогігієнічних знань і їх втіленню в життя, можна виділити:

- широку медичну освіту населення;
- більш високий рівень викладання клінічної психології в медичних вузах і училищах;
- поліпшення медико-психологічної підготовки лікарів через систему післядипломної освіти (знайомство їх з методами психопрофілактики і психореабілітації, основами психологічного консультування і психотерапії, створення і проведення тренінгових груп особистісного і професійного зростання і т.д.);

- введення в штатний персонал лікарень і поліклінік (як психіатричних, так і загальносоматичних) посади клінічного психолога;
- розширення наявної мережі психологічних консультацій, психологічних служб різної спрямованості (для реабілітації жертв насильства, для надання допомоги у вирішенні сімейно-побутових проблем і ін.), кабінетів соціально-психологічної допомоги, телефонів довіри.

2.5. Основи психопрофілактики

Психопрофілактика — розділ загальної профілактики, в рамках якого здійснюються заходи, спрямовані на попередження виникнення психічних розладів.

Завданнями профілактики будь-яких захворювань і розладів, включаючи психічні, є:

- 1) запобігання дії на організм хвороботворних чинників;
- 2) попередження розвитку захворювання шляхом ранньої діагностики і лікування;
- 3) попереджувальне лікування і проведення заходів, що запобігають рецидивам хвороб і переходу їх у хронічні форми.

Проте, якщо заходи, спрямовані на попередження, наприклад, інфекційних і соматичних захворювань, знаходять розуміння як у лікарів, так і у населення і з різним ступенем успішності здійснюються, то психопрофілактичні заходи такого розуміння не знаходять. Це пов'язано ймовірно з тим, що захворювання, які викликаються інфекційними, хімічними, фізичними агентами, на думку більшості лікарів загальної практики, а також в уяві населення, є більш актуальними, такими, що мають більшу вітальну значущість у порівнянні з психічною патологією. Тому спроби використовувати в психопрофілактичних цілях просвітницькі лекції і бесіди часто не сприймаються серйозно, а рівень знань населення, а також багатьох лікарів із питань попередження психологічних криз, психічних розладів і психосоматичних захворювань залишає бажати кращого.

Психопрофілактичні заходи прийнято ділити на три етапи, або рівні, залежно від того, чи здорова людина, чи страждає скороминущими психічними розладами; або ж є чинники ризику психічного захворювання чи то навіть виявляється стійка виражена патологія психіки.

Первинна психопрофілактика - це система заходів, спрямованих на попередження виникнення психічних розладів. Вона в рівній мірі поширюється як на, власне, психічні хвороби (ендогенні), так і на розлади, пов'язані з органічною патологією головного мозку, патологією особистості і психогеніями. До таких заходів відносяться, в першу чергу, загальнопрофілактичні (соціальні, медичні, психологічні): поліпшення екології, усунення інфекційних захворювань, гострих і особливо хронічних інтоксикацій (зокрема алкогольної та наркотичної), покращення медичної і психологічної допомоги населенню в цілому, попередження травматизма на виробництві і в побуті, стабілізацію соціально-економічного становища в країні та ін.

Первинна психопрофілактика, спрямована на охорону психічного здоров'я нинішнього і майбутніх поколінь, займається питаннями попередження психічних захворювань, гігієни шлюбу та зачаття, профілактика можливих шкідливих впливів на вагітність, організації допомоги породіллі, раннього виявлення вад розвитку у новонароджених і своєчасного застосування методів лікувально-педагогічної корекції на всіх етапах розвитку дитини.

Психопрофілактичні заходи, що сприяють підвищенню стійкості психіки до шкідливих впливів, — це правильне виховання дитини, боротьба з дитячими інфекційними захворюваннями і психогеніями, здатними викликати затримку або асинхронію психічного розвитку, психічний інфантилізм, невротичні порушення.

Можливості попередження ендогенних психічних захворювань, виникнення яких пов'язане в основному зі спадковою схильністю, обмежені медико-генетичним консультуванням та пренатальною діагностикою вроджених вад плода, чим забезпечується своєчасна діагностика деяких форм розумової відсталості.

Первинна профілактика психічних порушень при органічній патології головного мозку і соматичних захворюваннях полягає в своєчасному виявленні і адекватному лікуванні основної патології.

Психопрофілактика психосоматичних захворювань повинна бути орієнтована на особистісні особливості людини, схильної до патологічних вегетативно-соматичних реакцій на стресові ситуації, що викликають відчуття образи, страху, агресії. Необхідне навчання саногенній поведінці, що дозволяє нормалізувати систему відносин особистості, усунути патологічні механізми неадекватних психосоматичних реакцій. З цією метою повинні ширше використовуватися медико-психологічне консультування і, при необхідності, методи психокорекції і психотерапії.

Основними причинами зростання психогенних розладів, пов'язаних зі стресом, порушенням адаптації, є несприятлива соціально-економічна обстановка в країні, соціальна незахищеність, безробіття, міжнаціональні конфлікти і ін.

Безпосередніми причинами пограничних психічних розладів (психогенних реакцій, неврозів) частіше служать сімейні, соціальні, побутові та інші конфлікти. Однією з причин можуть бути ятрогенії і порушення правил медичної етики.

Психопрофілактика пограничних психічних розладів повинна полягати перш за все в усуненні або попередженні ситуацій, здатних спричинити психотравмуючу дію на особистість, що не завжди можливо, оскільки пов'язано з серйозними перетвореннями в соціальному мікросередовищі і суспільстві в цілому. Тому основні психопрофілактичні заходи повинні бути спрямовані на підвищення *психологічної освіченості населення, пропаганду здорового способу життя, надання психологічної допомоги психічно здоровим людям у складних ситуаціях, навчання їх методам психологічної саморегуляції, використання психокорекції*. Певне значення в комплексі психопрофілактичних заходів мають скринінгові психологічні дослідження широких верств населення, що проводяться соціальними психологами і іншими фахівцями з метою виявлення груп ризику. Провідну роль у проведенні психопрофілактичних заходів повинні відігравати фахівці — медичні психологи, психотерапевти, психіатри, соціальні працівники, але не менш значущою є й участь лікарів різних спеціальностей, які працюють як в поліклініках, так і в стаціонарах.

Одне з найважливіших завдань психопрофілактики пограничних психічних розладів полягає в навчанні людей, що потрапили в складні життєві обставини або переживають внутрішньособистісний конфлікт, як впоратися зі стресом.

На думку багатьох фахівців, що займаються проблемами стресу, основне правило подолання стресу полягає в здатності людини боротися з неприємностями, не ставитися до них пасивно, але в той же час не озлоблюватися і не звинувачувати в них інших. Реакція на стрес повинна бути осмисленою і зваженою. Не можна піддаватися першому емоційному імпульсу, слід бути витриманим і холоднокривним, дивитися на навколишній світ реалістично і так же реалістично діяти.

Певний інтерес представляють поради американського психотерапевта Д.Пауела (1996), як пережити стрес з найменшими втратами.

1. Пригадайте, як ви себе почували, коли все було добре. Коли уявляєш себе в комфортній ситуації, з'являються відчуття, пов'язані з нею.

2. Розслабтеся фізично. Якщо тіло і м'язи розслаблені, то і психіка не може бути в напруженому стані.

3. Постарайтеся бути реалістичнішими, описуючи собі або близьким ситуацію, в якій знаходитесь. Уникайте таких слів, як „ніколи”, „завжди”, „ненависть”.

4. Живіть сьогоднішнім днем. Встановіть цілі на сьогодні і досягайте їх.

5. Не дозволяйте собі „потонути” в жалості до себе, не відмовляйтеся від допомоги. Любов, дружба і допомога — могутні засоби в боротьбі із стресом.

6. Примусьте стрес працювати на вас. Багато людей перемогли стрес, відмовившись стати такими, що програли. Вони зустріли випробування з піднятою головою. Якщо ви зможете прийняти негативну подію (наприклад, втрату роботи) як необхідність зробити позитивну дію (наприклад, знайти кращу роботу), ви переможете стрес його ж зброєю.

7. Прагніть не думати про минулі події як про поразку.

8. Ставтеся до стресу як до джерела енергії. Кожну проблему, яку ставить життя, сприймайте як виклик.

9. Ви не можете відповідати за поведінку інших, але можете контролювати свою реакцію на їх вчинки. Ваша головна перемога — це перемога над своїми емоціями.

10. Не прагніть догодити всім, це нереально, ви повинні час від часу догоджати собі.

11. Намалюйте в думках картину свого майбутнього і порівняйте її з тією невеликою за часом кризою, яку ви переживаєте зараз.

Для зняття психічної напруженості і перевтоми рекомендується використовувати метод „відключення”, спрямований на тимчасове забуття складних, стресогенних проблем, перенесення уваги на відпочинок, захоплення (хобі), заняття фізичними вправами. Важливо під час перерв у роботі, відпочинку повністю відключитися від службових справ, послухати музику, подивитися легку телепередачу, провести невелику фізичну розминку (зробити пішу або велосипедну прогулянку). Гумор у відносинах з оточуючими допомагає зняти зайву напругу.

Зменшують напругу та внутрішній неспокій різні способи розслаблення і самонавіювання, навчатися яким доцільно під керівництвом досвідченого психолога або психотерапевта.

Основні види психопрофілактичної допомоги:

- виховання психологічної освіченості, проведення просвітницької роботи, що стосується питань стресу, його наслідків та методів психопрофілактики;
- навчання загальнодоступним методам подолання стресових станів;
- напрацювання навичок звільнення від негативних звичок, девіантних форм поведінки;
- зміна порушених міжособистісних стосунків (групова, сімейна психотерапія);
- освоєння прийомів саморегуляції (аутогенного тренування, методів релаксації, регулювання сну та ін.).

Різні форми і методи надання психопрофілактичної допомоги реалізуються через систему медико-психологічних служб (психогігієнічні кабінети, кабінети психологічної допомоги при територіальних поліклініках і на підприємствах, центри психологічного консультування, кризові центри та ін.).

Вторинна профілактика — система заходів, спрямованих на усунення виражених чинників ризику, які за певних умов (зниження захисних сил організму, перевтома, додаткові психотравмуючі ситуації) можуть призвести до загострення або рецидиву захворювання, зокрема до виникнення розладів, небезпечних для здоров'я або життя самого хворого або оточуючих (суїцидальні, агресивні тенденції), а також попередження несприятливого перебігу (хроніфікації) захворювання.

Вторинна профілактика включає ранню діагностику і лікування виявлених порушень, застосування адекватних методів корекції з метою досягнення якнайповнішої і тривалішої ремісії, подальшу підтримуючу терапію, психокорекцію, що дозволяють попередити загострення або рецидив хвороби. Сюди входить і своєчасна психологічна або психіатрична допомога хворим з психогенними розладами в результаті ятрогенного впливу медичного працівника або медичного середовища. Найбільш ефективним методом вторинної психопрофілактики є диспансерне спостереження, що включає виявлення ранніх ознак загострення захворювання, динамічне спостереження, спрямоване лікування, реабілітаційні заходи.

Третинна психопрофілактика — комплекс заходів, направлених на попередження формування негативних психічних розладів (психічного дефекту) та інвалідизації при хронічних психічних захворюваннях. Велику роль в цьому відіграє правильне

використання лікарських та інших засобів, лікувальна і педагогічна корекція. Метою заходів третинної психопрофілактики є реабілітація хворих, що втратили можливість повноцінної життєдіяльності.

Реабілітація спрямована на відновлення соціального статусу хворого (повне або часткове) — ресоціалізацію, яка припускає можливість використання трудових навичок, відновлення соціальних зв'язків хворого і його індивідуальної і суспільної цінності. Процес реабілітації, крім того, сприяє прискоренню саногенезу. За визначенням М.М.Кабанова (1979), соціальна реабілітація — це метод підходу до хворої людини, що характеризується принципами апеляції до її особистості, партнерства з лікарем в реалізації різносторонніх механізмів, спрямованих на різні сфери життєдіяльності хворого і на зміну його ставлення до себе і до своєї хвороби.

Суть реабілітації полягає в тому, щоб шляхом використання збережених психічних здібностей і функцій, а, по можливості, відновлення пошкоджених або втрачених функцій, їх тренування, пристосувати хворого до колишніх або змінених умов праці та побуту. Успіх реабілітації багато в чому залежить від того, наскільки адекватно будуть враховані збережені функції і здібності даної людини, а також її особистісні особливості і ставлення до хвороби. Саме на них необхідно спиратися в процесі реабілітації.

Поняття "реабілітація" пов'язане не тільки з хронічними захворюваннями, але і з розладами, що виникли вперше, мали рецидивуючий перебіг. У цьому випадку виділяють декілька рівнів реабілітації. В основі *медичної реабілітації* лежить відновна терапія, спрямована на одужання або максимально можливе поліпшення стану, попередження дефекту і відновлення працездатності хворого. Засобами її є всі види терапії: медикаментозна терапія, хірургічні методи, психотерапія, фізіотерапевтичні процедури, лікувальна фізкультура, масаж та ін. Наявність дефекту, пов'язаного з перенесеною фізичною травмою або хворобою, часто стає складною психологічною проблемою для хворого. Нерідко психогенна реакція хворого на дефект відіграє більшу роль у втраті працездатності, ніж сам дефект. Прийнято виділяти два рівні компенсації дефекту: високий рівень (активне подолання дефекту) і низький рівень (пристосування до дефекту). Рівень компенсації залежить не тільки від самого фізичного дефекту, але і від особливостей особистості хворого, від ефективності психотерапевтичної роботи з ним, вміння лікаря встановити контакт із хворим і допомогти йому створити нову життєву доміанту.

Під *професійною реабілітацією* розуміють використання працездатності, що збереглася, для повернення хворого до колишньої або менш складної трудової діяльності.

Під *соціальною реабілітацією, або реадaptaцією*, розуміють створення необхідних умов життя і побуту (поліпшення житлових умов, матеріального забезпечення), відновлення порушених контактів з оточуючими, які дають можливість хворому повернутися в суспільство, тобто призводять до відновлення його суспільного становища.

Реабілітація вимагає великої напруги волі і лікаря, і хворого. Для успішної реабілітаційної роботи необхідно використовувати всі види психологічного впливу: книги, журнали, кіно, психотерапевтичні бесіди, завжди враховуючи при цьому можливість хворого, його інтереси, інтелектуальний рівень і життєві установки.

Психопрофілактика в професійній діяльності лікаря повинна бути спрямована на попередження професійних і особистих криз, професійної деформації особистості і "емоційного вигорання". В цьому випадку може допомогти професійний відбір майбутніх лікарів. Основою для його проведення служить вивчення психологічних особливостей, пов'язаних із кожним конкретним видом діяльності, і професійно важливих якостей, необхідних для успішного оволодіння нею і роботи за фахом (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998). При цьому виявляються складні, здатні викликати дезадаптацію особистості компоненти певної діяльності, її психотравмуючий потенціал.

Профілактика професійної деформації особистості повинна починатися вже в процесі навчання студента-медика (поглиблене вивчення загальної і клінічної психології) і продовжуватися впродовж всієї подальшої практичної діяльності.

2.6. Медична деонтологія. Особливості взаємин лікар — медичний персонал — хворий

Термін "*деонтологія*" (від гр. *deon* — "належне, необхідність" і *logos* — "учення") запропонував на початку XIX століття англійський філософ І. Бентам, що опублікував в 1834 р. роботу "Деонтологія, або наука про мораль". Цю назву закріпили за наукою про обов'язок, моральні зобов'язання, професійну етику. Деонтологія особливо важлива в тих галузях професійної діяльності, в яких найширше використовуються різні форми складних міжлюдських

взаємин, взаємовпливів і відповідальних взаємодій. До таких галузей відносяться педагогіка, журналістика, юриспруденція. Проте, поняття "деонтології" перш за все пов'язується з медичною діяльністю, в якій істотну роль відіграють різноманітні форми психологічного впливу медичних працівників на хворого. Тому медична деонтологія виділена в самостійний розділ клінічної психології, в якому визначаються моральні і етичні сторони професії лікаря, зобов'язувальність медичних працівників перед хворим.

Професійна діяльність лікаря багато в чому залежить від того, як складаються його відносини з хворими, а ці відносини, у свою чергу, визначаються особистісними особливостями лікаря і його пацієнтів. Складність відносин між лікарем і пацієнтом полягає в тому, що особистість хворого, нерідко зазнає несприятливих змін під впливом фізичного страждання.

Робота лікаря ніколи не буває легкою. Описуючи складні умови роботи практичного лікаря, С.П. Боткін підкреслював: "Необхідно мати справжнє покликання до діяльності практичного лікаря, щоб зберегти душевну рівновагу за різних несприятливих умов його життя, не впадаючи при невдачах у смуток або самовтіху при успіхах".

Особистість лікаря

Лікар завжди повинен враховувати, що при першій зустрічі з пацієнтом останній оцінює його особистість, так само як він вивчає і оцінює психологічні особливості пацієнта.

Для максимально ефективної діяльності лікар повинен володіти достатньо широкими знаннями і високими етичними якостями, щоб і на моральному, і на професійному рівні перевершувати хворого, або принаймні не поступатися йому. Тому природно, що лікар повинен мати широкий кругозір і бути обізнаним як в галузі медицини, так і в інших галузях людських знань. Освіта лікаря повинна бути якомога повнішою, глибшою і довершеною.

Визнання недостатності знань про хвороби і відсутності можливостей їх лікування повинне служити не джерелом розчарування і самокритики, а бути стимулом для постійної самоосвіти, незалежно від фактичного рівня знань і досвіду, накопиченого лікарем. Зберігся цікавий факт про останні години життя чудового лікаря Абу Алі Ібн Сіні (Авіценни). Цей титан медичних знань, по багатотомному керівництву якого вивчав медицину весь культурний світ, вмираючи при повній свідомості, скромно підвів підсумки діяльності людини в короткій фразі: "Ми вмираємо і з собою забираємо лише одне: усвідомлення, що ми нічого не дізналися".

Життя лікаря — це постійний університет, який ніколи не завершується. Будь-яка зупинка в накопиченні спеціальних знань, вдосконаленні своєї клінічної майстерності, пізнанні життя для лікаря означає професійну "смерть". Найбільший вітчизняний клініцист А.А. Остроумов (1844-1908) писав: "Вчитися все життя для користі суспільства — таке покликання лікаря".

Проте, знання і висока кваліфікація лікаря є тільки інструментом, ефективність застосування якого залежить від особистісних особливостей лікаря. Сама по собі освіта виявиться недостатньою, якщо вона постійно не підкріплюватиметься вихованням (самовихованням) моральності, з одного боку, і незмінним прагненням до активної продуктивної корисної діяльності — з іншого. Корисність діяльності лікаря визначається особливим становищем лікарської професії, пов'язаним не тільки і не стільки із задоволенням його особистих інтересів, скільки з суспільною ціною його праці — ціною охорони здоров'я людей.

Особистість лікаря сама по собі здатна чинити терапевтичний ефект і підвищувати ефективність лікувальних засобів і методів за умови, що лікар має у хворого та його родичів довірою і авторитетом.

Вже перші враження при зустрічі з лікарем істотно впливають на формування у хворого довіри до нього — при цьому мають значення багато чинників, починаючи із зовнішнього вигляду лікаря, манери його поведінки, культури спілкування і закінчуючи професійними навичками. Неохайний зовнішній вигляд або, навпаки, надмірна екстравагантність одягу і зачіски, велика кількість прикрас можуть викликати у пацієнта психологічне неприйняття і перешкоджатимуть встановленню довірливих відносин.

Лікар викликає довіру у хворого, якщо він гармонійний як особистість, спокійний, упевнений і рішучий при прийнятті рішень, але не зарозумілий. Важливою складовою в професійній діяльності лікаря-клініциста є наявність у нього такої якості, як емпатія, — здатності співпереживати співбесідникові (в цьому випадку пацієнтові), розуміти його відчуття, потреби, інтереси, мотивації вчинків. Під час спілкування з пацієнтом у лікаря виникає особистий резонанс у вигляді співчуття, бажання полегшити страждання хворої людини. Нездатність до емпатії і наявність у лікаря деяких інших несприятливих якостей темпераменту і характеру (підвищена збудливість, схильність до гнівливих реакцій, повільність, замкнутість, бідність емоційних реакцій та ін.) можуть перешкоджати встановленню довіри між пацієнтом і лікарем. Тому лікар, особливо початківець, повинен прагнути спостерігати за реакцією

хворого на свою поведінку і враховувати думку колег про його поведінку щодо пацієнтів, їх родичів, медичного персоналу. За допомогою критичного відношення до себе і певних зусиль лікар повинен формувати свою особистість. Таким чином, діяльність лікаря, спрямована на лікування хвороб у хворих, повинна бути пов'язана з самовихованням, яке дозволяє виправляти власні недоліки.

Якщо взаємини між пацієнтом і лікарем розвиваються несприятливо, то останній повинен прагнути поводитися коректно, не показувати відкрито своє негативне ставлення до пацієнта, а спробувати шляхом терпимості, такту і наполегливості завоювати його довіру. В деяких випадках, коли це не вдається, і відносини з хворим носять напружений психологічний характер, лікар може сам порекомендувати пацієнтові звернутися до іншого лікаря. Про це писав відомий німецький лікар і психотерапевт, якого вважають одним з основоположників психосоматичної медицини, Г.Гроддек (1866-1934): "Там, де взаєморозуміння відсутнє, краще, якщо лікар скаже хворому, що особисто він не може допомогти. Це не жорстокість, а обов'язок. На світі існує достатньо лікарів, для того, щоб кожен пацієнт знайшов такого лікаря, якого він потребує". Головною оцінкою витрачених лікарем праці і енергії є високоефективна, довершена допомога хворому, а також моральне задоволення від роботи, накопичення лікарського досвіду і підвищення авторитету лікаря.

Авторитет лікаря служить передумовою для формування довіри до нього хворого ще до їх особистої зустрічі. Класики вітчизняної медицини до складових авторитету лікаря відносили: глибокі знання в своїй галузі, уміння спокійно, впевнено, правильно і швидко зрозуміти хворого, його проблеми, пов'язані з хворобою, обрати лікарську тактику, яка забезпечує оптимальну допомогу і поліпшення стану пацієнта. Авторитет лікаря формується ставленням до нього пацієнтів, їх родичів, колег, медичного персоналу. Відомості про професіоналізм лікаря передаються від однієї людини іншій. Однією з важливих складових авторитету лікаря є його особистий шарм, який полягає в доброзичливості, щирості, природній скромності, високих моральних якостях. Відомо, що одні і ті ж ліки можуть мати різну ефективність при призначенні їх знаменитим, авторитетним лікарем або маловідомим, молодим. І.П.Павлов, високо оцінюючи клінічні і душевні якості С.П.Боткіна, писав, що особистість цього ученого мала справді чарівний характер: часто лікувало одне його слово, одні відвідини.

На авторитет лікаря має вплив і його зовнішній вигляд. Лікар сам повинен справляти враження здорової людини. Навряд чи ви-

кличуть довіру рекомендації лікаря з одутлим обличчям, тремтливими руками, покритого потом і з задишкою. Лікар, що викликає у хворих своїм виглядом співчуття і жалість, примушує задуматися і пригадати біблійні слова: "Лікарю, зцілися сам".

Пацієнтові важливо відчувати здоровий оптимізм лікаря, який повинен бути розумним, заснованим на глибоких знаннях і практичному досвіді.

Справжні чесноти будь-якого хорошого лікаря завжди поєднуються зі скромністю, вони не потребують самореклами. І, навпаки, будь-які прояви зарозумілості, нескромності, бравади, необгрунтованої самовпевненості в складних ситуаціях часто служать маскою, що приховує серйозні професійні недоліки, поверхневі знання і недостатнє вміння.

Однією з найважливіших особистісних якостей лікаря, що допомагають в практичній діяльності, є правдивість. Психологічні проблеми, пов'язані з цією якістю, полягають в необхідності в певних випадках повідомляти як хворому, так і його родичам свої думки про долю хворого, у тому числі і вельми сумну. Іноді у випадках несприятливого прогнозу молодий малодосвідчений лікар демонструє непомірний оптимізм і невідповідну до обставин віру в успіх: сучасна медицина може все! Лікареві не завжди легко, та і не у всіх випадках можна, говорити правду хворому. З цього, проте, не випливає, що йому дозволена брехня. Вона неприпустима в будь-яких випадках, особливо при спілкуванні з хворою людиною, переповненою неспокоєм, хвилюваннями, стражданнями і тривожним очікуванням рішення свого лікаря.

Питання про те, в якому обсязі і формі доводити до відома хворого інформацію, що стосується його стану, є одним з найбільш дискусійних у медичній деонтології. Особливо це стосується захворювань із несприятливим перебігом. Існують дві альтернативні точки зору:

- 1) враховуючи право людини на інформацію, повідомляти хворому точний діагноз і можливий прогноз;
- 2) інформація повинна подаватися дозовано з урахуванням характеру і стадії захворювання, а також особистісних особливостей хворого, його ставлення до захворювання, методів обстеження і лікування.

Перший підхід поширений в країнах Заходу. Його прихильники виходять з тієї обставини, що нібито 90% госпіталізованих хворих знають свій діагноз, і "дбайлива брехня" порушує контакт між лікарем і хворим, викликаючи у останнього відчуття недові-

ри. Тому адекватнішою і дбайливішою, на їх думку, є правдива інформація, отримана від лікаря, який, враховуючи особистість хворого, прагне допомогти йому зміцнити самоповагу, знайти сили в боротьбі з хворобою. Крім того, знання приблизного терміну життя дає можливість хворому завершити важливі для нього справи, зробити необхідні розпорядження, скласти заповіт.

Другий підхід традиційно домінує у вітчизняній медицині. Вважається, що не можна віднімати у людини надію на зцілення. Тому більшості хворих лікар повинен сказати правду, але робити це необхідно у відповідній формі і обсязі, що дозволяють, по можливості, берегти психіку хворого. З цією метою можна, наприклад, зробити висновки і дати пояснення у вигляді припущень, які б залишали хворому надію.

Універсальних рекомендацій в цьому делікатному питанні бути не може. Необхідно враховувати особливості особистості пацієнта, характер хвороби, його актуальну життєву ситуацію. У делікатній, дозованій інформації, в першу чергу, мають потребу недовірливі, сенситивні, астеничні особистості. Разом з тим є і стеничні, "сильні", стійкі до стресу хворі: такі люди вважають за краще знати "всю правду". Існує небезпідставна думка, що при інформуванні хворого про характер його захворювання, слід враховувати, наскільки той дійсно хоче знати справжній стан справ, щоб не зруйнувати "психологічний захист". Хворому можна сказати правду настільки, наскільки вона здатна мобілізувати його ресурси на боротьбу із захворюванням.

Хворі з гіпнозогнозією, при високому ризику соматичної катастрофи (інфаркт міокарду, інсульт, проривна виразка шлунку, перитоніт та ін.) деколи потребують "жорсткої", гранично відвертої інформації про перспективи для їх здоров'я і життя у разі недотримання лікарських розпоряджень.

Неприпустимим з боку лікаря є маніпулювання станом пацієнта, залякування його і родичів, представлення його стану більш важким, ніж насправді з метою підвищення свого авторитету і отримання подяки після зцілення.

Тяжкохворому рекомендується повідомляти достовірний діагноз при його відмові від життєво необхідного лікування, наприклад, операції, променевої або хіміотерапії, а також в тих випадках, коли він повинен вирішити майнові або інші важливі питання. Родичам хворого повинна бути надана повна і точна інформація про його стан, з урахуванням того, що це не завдасть йому шкоди.

У особливому підході, що вимагає від лікаря рішення вельми непростих психологічних задач, мають потребу хворі з невиліковними захворюваннями. Найбільше це відноситься до неврологічних (з наслідками перенесених порушень кровообігу головного мозку, з прогресуючими органічними захворюваннями нервової системи та ін.) і онкологічних хворих. Лікар, знаючи, що перспективи у хворого вельми сумні, повинен вселити йому надію на одужання або хоч би на часткове поліпшення стану. Перед лікарем постає дилема: приховати від хворого гірку правду або повідомити про можливий прогноз. Здавалося б, перший варіант гуманніший. Проте, у випадках, коли стан хворого залишається без змін або продовжує прогресивно погіршуватися, не зважаючи на лікування і оптимістичні заяви лікаря, то хворий, а частіше його родичі, займаються виснажливими і безрезультатними пошуками нових лікарів, нових клінік, нових методів лікування, зокрема, часто звертаються до неосвічених знахарів. У результаті даремно витрачаються матеріальні засоби, виникає недовіра до медицини, але залишається надія на чудесне зцілення. Тому, на думку багатьох видатних лікарів минулого і наших сучасників, в таких випадках хворим і їх родичам краще повідомляти правду, але робити це потрібно в обережній формі, пояснюючи, що чудес чекати не варто, що хвороба складна, вкрай важко піддається лікуванню, і чекати доведеться довго, перебуваючи в безперестанній боротьбі і долаючи можливі страждання.

У зв'язку з цим, постає питання про право невиліковного хворого на добровільний відхід із життя. Існує прислів'я: "Смерть терпіти легше, ніж чекати". Багато хворих просять позбавити їх від фізичних і моральних страждань і допомогти безболісно піти з життя. Питання правомірності подібних дій з боку лікарів активно дискутується з позицій біоетики в рамках питання евтаназії, яке виникло далеко не сьогодні. Ще в Спарті вбивали немовлят, що народилися слабкими або хворими. Деякі первісні племена мали звичай вбивати або залишати вмирати людей похилого віку, що стали тягарем для сімейства. Відношення до навмисного прискорення смерті хворої людини з метою припинення її страждань ніколи не було однозначним. Суперечки та дискусії серед медиків, юристів, психологів і простих обивателів не припиняються дотепер. Сам термін — "евтаназія" (від греч. *euthanasia*, *eu* — добре, *thanatos* - смерть), тобто хороша, спокійна смерть, ввів в XVII столітті англійський філософ Бекон. З XIX століття цей термін стали трактувати як "вбивання кого-небудь із жалості".

На початку XX століття юрист Біндінг і психіатр Гохе запропонували називати еутаназією знищення "неповноцінних життів". У фашистській Німеччині "*евтаназія*" в такому розумінні набула вельми широкого поширення. Як у самій Німеччині, так і в захоплених нею країнах убивали новонароджених із "неправильним розвитком", хворих на туберкульоз і рак, інвалідів, людей похилого віку і психічно хворих.

Вже в абсолютно іншому аспекті проблема "евтаназії" знову виникла в 60-і роки. Її прихильники заявляють про право будь-якого індивідуума як на життя, так і на смерть. Вони вважають, що з моменту свого народження індивідуум прагне отримати від життя якомога більше задоволення при найменшому стражданні. Тому, на їх думку, безболісна смерть повинна бути останнім правом, яке може бути надане невиліковно хворій людині лише після того, як вона сама і його лікарі прийдуть до висновку, що це є кращим виходом із безнадійного становища.

Нині розрізняють пасивну і активну еутаназію. Пасивна еутаназія (її ще називають "методом відкладеного шприца"), — це припинення "надання спрямованої на продовження життя медичної допомоги", що прискорює настання смерті. Цей метод практикується практично у всіх країнах. Активна еутаназія ("метод наповненого шприца") — введення вмираючому яких-небудь лікарських або інших засобів, або інші дії, які спричиняють за собою швидкий відхід із життя. Активна еутаназія має три форми: 1) "вбивство з милосердя" (лікар вводить хворому наддозу знеболюючого препарату); 2) "самогубство, асистоване лікарем" (медик допомагає хворій людині покінчити з життям); 3) власне активна еутаназія (пацієнт сам, без допомоги лікаря, вмикає спеціальний пристрій, який призводить до безболісної смерті). Активна еутаназія в більшості країн карається законом. Проте, останніми роками в деяких країнах: у Північній провінції Австралії (з 1995 р.), в Нідерландах (з 1994 р.), Бельгії (з 2002 р.) право на еутаназію встановлене законодавчо. У інших країнах (Фінляндія, Швейцарія) процедура еутаназії законодавчо не затверджена, але в інструкціях вказується, що допомога в самогубстві невиліковно хворим людям є актом гуманізму, якщо людина, яка допомагає, не переслідує корисливих цілей.

Супротивники еутаназії, до числа яких входять багато фахівців, в першу чергу лікарі, не згодні з такими поглядами і вважають, що сучасна цивілізація йде по шляху виправдання самогубства. Вони наполягають на положенні, яке стверджує, що важливішим, ніж право індивідуума на легку смерть, є його право на гідне, якіс-

не життя в умовах хвороби. Одним із способів забезпечення гідного життя безнадійно хворим є створення притулків, або хоспісів, де працюють фахівці, що полегшують страждання хворих, не вбиваючи їх. Разом з медичними методами (надійне знеболення, симптоматичні і загальнозміцнюючі засоби) широко використовується психологічна і психотерапевтична допомога хворим.

Збереження лікарської таємниці є одним з найважливіших питань медичної деонтології. За родом своєї діяльності лікар часто стає володарем безлічі біографічних, часто найпотаємніших, інтимних відомостей про хворого. Така інформація може бути найбільш вичерпною і точною, (а, отже, цінною для лікаря) тільки в тому випадку, якщо хворий переконаний у довірчому характері своїх відносин із лікарем і збереженні останнім отриманих відомостей у глибокій таємниці, тобто при суворому дотриманні лікарем професійної таємниці.

Довіра до лікаря пропагувалася ще в давнину, що вдало ілюструється індійським прислів'ям: "Можна страшитися брата, матері, друга, але лікаря — ніколи". З якнайдавніших часів існують положення про лікарську таємницю, які були досить широко представлені не тільки у відомій клятві Гіппократа, але і в набагато давніших клятвах жерців. Перші заборони лікарям розголошувати професійну таємницю містилися в таких законодавчих актах, як Едикт курфюрста Бранденбурзького Йоакіма I (1512), Пруський лікарський едикт (1725), Пруський кримінальний кодекс (1794), французький Code Penal (1810) та ін.

Законодавчі акти феодальних і буржуазних держав включають два головні положення, що стосуються лікарської таємниці:

- лікар повинен зберігати в таємниці всі відомості, довірені йому хворим;
- обов'язок лікаря в певних випадках полягає в тому, щоб довести до відома влади дані, що представляють небезпеку для суспільства (наприклад, відомості про заразні, інфекційні хвороби, про суспільно небезпечні, злочинні дії та ін.).

У документах різних країн і часів розуміння лікарської таємниці було вельми неоднозначним: від абсолютної заборони порушувати її в будь-яких випадках до повного заперечення лікарської таємниці як юридично закріпленого акту і надання лікареві можливості ухвалювати відносно неї самостійне рішення, виходячи з етичних і моральних норм.

Зараз медико-психологічні основи вчення про лікарську таємницю формулюються таким чином: будь-який лікар не повинен

розголошувати третій особі які-небудь відомості, що стосуються хворого, без його згоди, якщо це стало відомо в ході професійного спілкування з хворим, а розголошення може негативно вплинути на хворого. Водночас лікар, який отримав від хворого відомості, що представляють небезпеку для суспільства, зобов'язаний виконати свій громадянський обов'язок і повідомити про це відповідні інстанції.

До відомостей, що становлять лікарську таємницю, відносяться інформація про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я пацієнта, діагноз, засоби і методи лікування, можливий прогноз, а також інші відомості, отримані при обстеженні і лікуванні хворого. Передача відомостей, які становлять лікарську таємницю, допускається з відома громадянина або його законних представників. За розголошення лікарської таємниці передбачена дисциплінарна, адміністративна і цивільна відповідальність відповідно до законодавства. До цивільної відповідальності лікар може бути притягнутий у разі пред'явлення пацієнтом позову про відшкодування моральної шкоди, заподіяної розголошенням лікарської таємниці. Обов'язок збереження лікарської таємниці поширюється не тільки на лікарів, але і на медичний персонал.

Особливе значення і відповідну регламентацію мають питання збереження лікарської таємниці щодо психічних, венеричних захворювань, ВІЛ-інфекції. Так, хворим на венеричні захворювання і ВІЛ гарантується анонімне обстеження і лікування за умови дотримання ними режиму, що виключає небезпеку зараження інших осіб. При порушенні режиму і ухиленні від лікування вони можуть бути силоміць притягнуті до лікування за участю органів правопорядку. Приховування джерела зараження ВІЛ-інфекцією або венеричною хворобою і контактів, що створюють небезпеку зараження інших осіб, а також свідоме зараження особою, що знала про наявність у неї цього захворювання, підлягають цивільній і кримінальній відповідальності.

Відповідно до законодавства забороняється видача відомостей про характер захворювання по телефону, сусідам і співробітникам хворого, державним установам, зокрема медичним закладам непсихіатричного профілю.

Для спілкування лікаря з пацієнтом важливе (і вельми однозначне) значення має навіюваність останнього. Підвищена навіюваність пацієнта сприяє закріпленню порад, роз'яснень і рекомендацій досвідченого, авторитетного лікаря. Разом з тим загострена навіюваність, глибоке переконання в незаперечному авторитеті

лікаря можуть спричинити за собою хворобливі переживання у разі неправильної тактики лікаря відносно хворого, необережних зауважень, реплік, неадекватних рекомендацій. Тому питання про професійні психогенії-ятрогенії — є одним з найважливіших в клінічній психології.

На початку ХХ сторіччя швейцарський психіатр і психолог Е. Блейлер підкреслював, що в ході обстеження хворого і тим більше у разі розпізнавання ранніх проявів хвороби, коли пацієнт вже стурбований змінами самопочуття і стає особливо схильний до вільного, а іноді і помилкового тлумачення свого мінливого стану, зустрічаються різні форми "недисциplinованого медичного мислення". Цьому сприяють забобони, що продовжують існувати в свідомості багатьох людей, упередження, з якими хворий йде на прийом до лікаря, елементи недовіри до можливостей медицини, а іноді і боязнь (страх) майбутньої процедури медичного огляду. Такі згубні самовпливи хворого називають *егогеніями* (від Ego — Я). Відсутність некомпетентного обговорення своїх і чужих хвороб ("зцілююче мовчання") в сім'ї, особливо у присутності дітей, хворих або осіб похилого віку, знижує згубні впливи егогеній, тим паче, що на ранньому етапі хвороби (або при першому захворюванні) хворий ще не навчився за допомогою авторитетного лікаря оцінювати свій хворобливий стан і передбачати його можливі подальші зміни.

Декількома роками пізніше німецький психіатр О.Бумке в статті "Лікар як причина душевних розладів" навів приклади несприятливого впливу лікаря на психіку хворого і закріпив за викликаними ним психогенними розладами назву "ятрогенії" (від греч. *iatros* - лікар, *gennaō* - породжую), тобто небажані зміни і розлади психіки, породжені лікарем.

Відомий вираз: "Слово лікує, але слово може і скалічити". Нерідко ятрогенний вплив чинять необережні вислови, коментарі лікарів або інших медичних працівників, студентів про характер змін у стані хворого, можливий діагноз, прогноз захворювання.

Найбільш поширеною формою ятрогенних розладів є психогенні депресії, в межах яких у хворих можуть виникати суїцидальні думки і навіть спроби. Далі слідують фобійні розлади у вигляді різного роду нозофобій. Нарешті, можуть мати місце різноманітні іпохондричні порушення від невротичних реакцій до іпохондричного розвитку особистості.

Попередження ятрогеній - важке, але дуже важливе завдання лікаря-клініциста, виконанню якого сприяють своєчасне

виявлення симптомів наявних порушень у хворого і правильна їх оцінка. Відомий вітчизняний невропатолог М.І. Аствацатуров, закликаючи до боротьби з ятрогенними розладами, вимагав від лікаря дотримання принципу "психічної асептики" при постановці діагнозу. Природно, перший ятрогенний вплив на хворого може спричинити сам прийом у поліклініці, куди він перш за все звернеться з своїми скаргами. Для попередження подібного негативного впливу лікар поліклініки, не зважаючи на постійний дефіцит часу, повинен постаратися на основі ретельного аналізу скарг і переживань хворого зрозуміти особливості його психічної індивідуальності і пов'язані з цим уявлення про свою хворобу і знайти найбільш ефективні і прийнятні форми впливу на нього.

Вивчення переживань хворого, як вказували російський терапевт Г.А. Захар'їн і німецький інтерніст Бергман, не менш важлива за реєстрацію фактів, які з великою точністю вдається встановити сучасними методами природничих наук. І хоча дані, отримані лікарем загальної практики в результаті психічного контакту з хворим, можуть поступатися у своїй точності результатам фізичального і параклінічного досліджень, вони нерідко перевершують останні за тонкістю спостережень. Не випадково Г.А.Захар'їн акцентував увагу на аналізі анамнезу і суб'єктивних скарг хворого. Сама процедура обстеження не тільки забезпечує розпізнавання хвороби, але вже є початком впливу лікаря на хворого, благотворного і цілющого або несприятливого і згубного. Яким шляхом піде цей вплив — повністю залежить від кваліфікації, професійного досвіду, психотерапевтичних навичок лікаря і ступеня його уваги до хворого.

Відмову окремих лікарів від аналізу психічних переживань хворого Е.Блейлер абсолютно справедливо розглядав як один із істотних недоліків і називав його "психофобією сучасного лікаря". "Цілісну людину", — вказував він, — повинен розуміти і лікувати тільки "цілісний лікар". Якщо останній замість підтримки і зміцнення позитивних установок починає співчувати хворому, говорити про тяжкі наслідки і тривалість захворювання, не виправдано багато "лікувати", без потреби усувати від роботи, то успіхи такого лікування невеликі, і тоді нічого дивуватися з виникнення ятрогенії".

Крім *ятрогенії*, під якими у вузькому сенсі розуміються несприятливі, зокрема патологічні, зміни психіки хворого унаслідок травмуючого впливу висловів лікаря, його нетактовної поведінки, останніми роками в клінічній психології виділяється поняття

"ятропатії". *Ятропатіями* називають негативні наслідки для здоров'я хворого, викликані неправильними призначеннями і діями лікаря.

Залежно від походження виділяють наступні групи ятропатій: травматичні, інтоксикаційні, інфекційні, організаційні.

До травматичних ятропатій відносять травми дитини при неправильній допомозі породіллі, наслідки невдало виконаної хірургічної операції, спинномозкової пункції, анестезії, ін'єкції і т.д.

Ятропатіями інтоксикаційного походження вважають результати помилкового вибору ліків, їх передозування, невчасного виявлення алергічної схильності до лікарських препаратів.

До ятропатій інфекційного походження відносять несприятливі наслідки неправильного (з вини лікаря) застосування сироваток і вакцин (вакцинальний енцефаліт та інші ускладнення), а також всі ті лікарські порушення епідеміологічного режиму, які спричиняють за собою виникнення захворювання.

Ятропатії організаційного походження виникають внаслідок неправильної організації обстеження, лікування і нагляду за хворим.

Серйозну проблему, а деколи небезпеку для хворого і загрозу для подальшої професійної кар'єри лікаря представляють лікарські помилки, які можуть відбуватися з вини лікаря або ж не залежати від нього.

Помилки, незалежні від лікаря, обумовлені недостатнім рівнем розвитку медицини, атипичним перебігом захворювання, відсутністю таких діагностичних засобів, які дають можливість визначити і оцінити якнайтонше механізми розвитку захворювання.

Помилки, що виникають з вини лікаря, можуть бути обумовлені його безвідповідальністю, недостатнім рівнем знань, поспішністю огляду хворого, втому, заклопотаністю у зв'язку з конфліктами і неприємностями різного характеру і невмінням відмовитися від них під час професійної діяльності. Хворий не повинен страждати через те, що хтось образив лікаря, не надав йому уваги. Лікар зобов'язаний навчитися не переносити свої особисті неприємності на взаємини з хворими і колегами.

У професійній діяльності лікаря велику роль відіграють правильні взаємини з родичами хворого, недопущення деонтологічних помилок при повідомленні близьким про його важкий, безнадійний стан або смерть. Деякі люди, стурбовані станом близької людини, через особистісні особливості ніби заперечують небезпеку, і звичайні слова заспокійливого характеру розцінюють як

запевнення, що небезпеки немає, а подальше попередження про серйозний, важкий, безнадійний стан хворого не сприймають. У таких випадках надалі можливі конфлікти і скарги на лікаря: родичі померлого хворого стверджують, що лікар не попереджав про тяжкість стану, а значить, нічого загрозливого не було, і смерть настала з причини недогляду або халатності.

Щоб уникнути подібних ситуацій, лікар повинен навчитися чітко висловлювати свої думки, спокійно, без квапливості вести бесіду, вміти, по можливості, заспокоїти близьких хворого і переконатися, що його слова правильно зрозуміли.

Втома - природний стан, що з'являється у лікаря при високих фізичних і психологічних навантаженнях, після добових чергувань, напруженої роботи у відділенні реанімації, в операційній і т.п. Тому лікар повинен уміти реально оцінювати свої психофізіологічні можливості, готуватися до роботи і чергувань, враховуючи, що від його стану залежать здоров'я і життя хворих.

Взаємини в медичному колективі

Відносини лікаря з своїми колегами і медичним персоналом є важливою складовою медичної деонтології, оскільки атмосфера, що панує в медичному колективі, здатна спричинити полярну дію як на пацієнтів медичної установи, так і на його співробітників.

Організаційна структура лікувальних установ вельми консервативна і традиційна: головний лікар, завідувачі відділеннями здійснюють керівництво і координацію роботи решти лікарів. Загальними правилами є дотримання субординації, ввічливість, доброзичливість, товариська взаємодопомога. Лікар повинен, з одного боку, уміти обстоювати свої погляди, не зважаючи на службове становище опонента, а з іншої — визнавати критику колег. Нерідко можуть виникати суперечності між "старими", досвідченими і "молодими" лікарями. Безумовно, молодому недосвідченому лікареві важче завоювати довіру хворого. Але свою недосвідченість він може компенсувати сумлінністю, прагненням якнайкраще розібратися в стані хворого, зверненням за порадою до досвідченіших колег.

Багатьма видатними лікарями-клініцистами підкреслювалася важливість динамічного спостереження і лікування хворого одним лікарем. Це сприяє не тільки повнішому розкриттю особливостей хвороб, але і глибшому вивченню лікарем особистості хворого, його реакції на хворобу. Повноцінний контакт із лікарем, віра пацієнта в його можливості і власне одужання є запорукою успішності лікування. Це, проте, не повинно породжувати у лікаря переоцінку своїх можливостей і зарозумілість. Неприпустимо у присутності хворо-

го заради завойовання дешевого авторитету критикувати, давати оцінку діям колеги, негативно відгукуватися про іншого лікаря, робити зауваження. Неетично втручатися в терапію хворого, коли його лікує інший лікар. Це можна робити, якщо дійсно виникає крайня необхідність. Форма втручання в дії інших лікарів повинна бути продуманою і тактовною, щоб виключити можливість виникнення ятрогенії у хворого, конфлікту з колегами.

Коли ж лікар через байдуже або негативне ставлення до роботи допускає професійні помилки, не в змозі уважно, вдумливо вислухати скарги хворого, виявляє дратівливість і нетерпимість, він втрачає довіру до себе хворих і пошану колег. Не сприяють зростанню авторитету лікаря зарозуміле ставлення до колег, самовпевненість і пихатість, що виявляються небажанням консультуватися з досвідченішими фахівцями.

У медичному колективі кожен працівник має свої функції і коло обов'язків. Відносини лікаря із медичним персоналом також повинні бути рівними, коректними. Лікар не повинен допускати грубості, безцеремонності, зарозумілості при спілкуванні з медичною сестрою або лаборантом. Водночас неприпустиме й перевищення своїх обов'язків останніми — обговорення з хворими призначень лікаря, постановка під сумнів результати досліджень, що може завдати істотної шкоди лікуванню хворого.

Кожна професія може сприяти розвитку людини, вдосконаленню її професійних і особистих якостей, але може приводити і до відомих негативних змін особистості. Р. Конечний, М. Боухал в праці "Психологія в медицині" (1983) говорять про *професійну деформацію особистості медичного працівника*, яка відбувається поступово на основі професійної адаптації. Проявами професійної деформації особистості медичних працівників є поява черствості, що іноді межує з бездушністю і цинізмом, використання медичного жаргону (сленгу). Професійна деформація особистості багато в чому носить підсвідомий характер і пов'язана з недостатністю особистісного контролю. Вона може негативно позначатися на взаєминах як в колективі, так і з пацієнтами, призводячи до виникнення у останніх ятрогенних розладів.

Останні три десятиліття в роботах психологів значне місце приділяється так званому *синдрому емоційного вигорання*, яким позначається емоційно-вольова деформація особистості фахівця, викликана особливостями роботи. Термін "емоційне вигорання" був вперше використаний американським психіатром Х.Дж.Фреденбергером в 1974 р. для характеристики психологічного стану здорових людей,

що працюють з клієнтами (пацієнтами) в умовах емоційної напруги. Це відноситься до таких професій, як педагог, психолог, журналіст, юрист, продавець. У цей список можна включити і професію лікаря. Соціальний психолог Кристина Маслач визначила поняття "Професійне вигорання" як синдром фізичного і емоційного виснаження, що включає розвиток негативного ставлення до самого себе і до своєї роботи, втрату розуміння і співчуття до пацієнтів.

Загально відомою є емблема медичної діяльності, запропонована ще в XVII столітті голандським лікарем Ніколасом ван Тульпіусом, — свічка, що горить, і під нею девіз: "Світлячи іншим, згораю сам". Безумовно, "вигорання" не припускає смерть або моральне спустошення, але професійна деформація особистості, що виявляється у негативних змінах, часто створює труднощі в подальшій роботі лікаря. Серед причин професійної деформації називають соціальні чинники і чинники середовища (місце роботи, психологічна атмосфера в колективі), а також особистісні чинники.

Соціально-психологічні чинники, що негативно впливають на особистість медичного працівника:

- низька матеріально-технічна база, відсутність медикаментів і т.д.;
- брак лікарів, напружений графік чергувань;
- невизнання дійсних заслуг лікаря;
- обмеження його права на свободу вибору (стилю життя, пряму наукового дослідження і т.п.);
- невідповідність етично-моральних вимог до професії реальній ситуації на робочому місці (конфліктність або байдужість в колективі і т.п.).

Особистісні чинники, що призводять до появи у лікаря симптомів емоційного вигорання:

- завищений рівень домагань;
- ідеалізм і недостатній зв'язок із реальністю;
- невміння критично оцінювати несприятливі зовнішні чинники;
- низька стійкість до стресу.

Симптоми професійного вигорання (згідно Абрамової Г.С., 1998):

- надмірна втома, перевтома, виснаження (після активної професійної діяльності);
- психосоматичні проблеми (коливання артеріального тиску, головні болі, захворювання травної і серцево-судинної систем, неврологічні розлади);

- безсоння;
- негативне ставлення до пацієнтів (після колишнього позитивного);
- негативне відношення до професійної діяльності (замість колишнього — "це справа на все життя");
- стереотипізація особистісної установки, стандартизація спілкування, діяльності, звуження репертуару робочих дій, ригідність розумових операцій;
- агресивні тенденції (дратівливість і гнів щодо колег і пацієнтів);
- негативне ставлення до себе;
- тривожний стан;
- песимістичний настрій, депресія, відчуття безглуздя поточних подій;
- відчуття провини.

Для попередження синдрому емоційного вигорання важливо вже в процесі підготовки медичного працівника:

- допомогти йому правильно обрати професійну орієнтацію;
- формувати вміння встановлювати взаємини з пацієнтами і колегами;
- знайомити із специфікою майбутньої праці, включаючи аспекти, здатні викликати розчарування і стати причиною фрустрації.

Співробітників, що приступають до роботи, важливо ввести в професію і колектив, використовуючи для цього наставництво досвідченіших колег. Сприяють попередженню симптомів емоційного вигорання постійне професійне вдосконалення, творче, особистісне і інтелектуальне зростання лікаря або іншого медичного працівника.

Особливості взаємин лікар — медичний персонал — хворий

Ефективність лікувально-діагностичного процесу в значній мірі визначається вмінням лікаря спілкуватися з пацієнтом і виявляти при цьому особливості його особистісно-психологічного або психопатологічного реагування на хворобу, що, як було показано вище, спричиняє істотний вплив на перебіг і результат захворювання.

Типи взаємин лікаря і хворого

Провідну роль у взаєминах лікаря і хворого, як свідчать численні роботи, присвячені вивченню цієї проблеми, грають особистісні і характерологічні якості, що визначають їх поведінку, мотивацію діяльності лікаря, очікування пацієнта. Багато якостей, необхідних для успішної роботи лікаря, включаються в поняття

"професіоналізму". Звернення хворого до лікаря обумовлене прагненням отримати якісну медичну допомогу. При виборі лікаря він має певну свободу (за винятком ургентних випадків, коли важкий загальний стан не дає йому такої можливості) і спирається при цьому на свої уявлення про "ідеального лікаря", відомості про конкретного лікаря, отримані з різних джерел (реклама, поради рідних, знайомих і т.д.), професійний статус лікаря (завідувач відділенням, професор, лікар вищої категорії). Відомий французький психоаналітик Ж.Лақан виділив п'ять характеристик лікаря, що впливають на вибір його пацієнтом і взаємини між лікарем і пацієнтом: 1) стать; 2) вік; 3) національність (раса); 4) віросповідання; 5) сексуальна орієнтація. Найчастіше "ідеальний лікар" для пацієнта — це лікар старший за нього за віком, однієї з ним статі і однієї сексуальної орієнтації. Чинники національності і віросповідання мають менше значення.

Як при вільному виборі лікаря, так і за відсутності такої можливості, ставлення пацієнта до лікаря багато в чому визначається психологічною установкою першого, яка може бути адекватною, позитивною і негативною.

Адекватна установка заснована на прийнятті пацієнтом особистості лікаря, включаючи як позитивні, так і негативні якості.

Позитивна установка виражається в повній довірі лікареві, готовності виконувати всі його призначення і рекомендації і запереченні яких-небудь недоліків лікаря. Прикладами такого ставлення можуть служити популярні, на підставі громадської думки, лікарі і так звані народні цілителі, що створили собі рекламу за допомогою засобів масової інформації.

Негативна установка виражається в неприйнятті особистості лікаря, недовірі до нього і нерідко у відмові від подальшої співпраці при проведенні лікувально-діагностичних заходів.

Психологом і психотерапевтом В.А.Ташликовим були систематизовані якості, які пацієнти найчастіше включають в "*образ ідеального лікаря*": розум (78%), захопленість роботою (57%), уважність (56%) і далі — почуття обов'язку, терплячість, чуйність, інтуїція, серйозність, доброта, почуття гумору. Там же описано чотири *психологічні типи лікаря*, згруповані у альтернативні пари: співпереживальний — емоційно-нейтральний; директивний — недирективний.

Співпереживального лікаря відрізняють наявність емпатії, здатність співпереживати, відчувати психологічні проблеми пацієнта. Лікаря такого типу обирають хворі з гіпертимними рисами вдачі, емоційно нестійкі, сенситивні.

Емоційно-нейтральний лікар дистанційований від глибинних переживань пацієнта, орієнтований на симптоми хвороби і віддає перевагу технократичному підходу до лікування хворого. Найбільш прийнятним подібний тип лікарського підходу є для інтровертованих осіб та шизоїдів.

Директивний тип стосунків заснований на авторитарно-директивній та активній позиції лікаря, який є для пацієнта компетентним керівником. Директивний лікар не допускає дискусій з пацієнтом з приводу діагнозу і методів лікування, виключає сумніви в своїх професійних можливостях, схильний видавати реакції роздратування у відповідь на критику пацієнтом його дій. Упевненість лікаря в своїх діях підвищує його рейтинг в очах хворого. Особливо це важливо для хворих із психастеничними рисами, яким властиві тривожна недовірливість і педантизм. Чітко розписані призначення і рекомендації, графік прийому ліків, терміни лікування, дозування медикаментів допомагають таким хворим підтримувати віру в ефективність лікування і сприятливий перебіг захворювання. Домінування лікаря над емоційно незрілими, інфантильними, сугестивними пацієнтами призводить до їх пасивності, залежності від лікаря. Упевненість лікаря в своїх діях не повинна переростати в самовпевненість.

Лікар повинен бути готовий визнати свої помилки і скоректувати, при необхідності, свої дії. Відмічено, що хороший лікар частіше, ніж поганий, сумнівається і вдається до поради колег або консультантів.

Неприпустимо примушення хворого до згоди на те або інше лікування, включаючи хірургічні втручання, навіть якщо лікар абсолютно упевнений в його необхідності. Хворий має право визначити свою власну долю. Відмова хворого від пропонованого методу лікування, зафіксована у письмовій формі, звільняє лікаря від юридичної відповідальності за ненадання допомоги. Проте, багато фахівців ставляться до подібних випадків як до лікарських помилок, ціною яких є людське життя. Як показує практика, відмови хворих від лікування, як правило, не є категорично остаточними. Багато хворих змінюють первинне рішення і погоджуються на пропоновану лікарем терапію. У таких випадках завдання лікаря — по можливості переконати пацієнта погодитися на необхідну терапію, надавши йому достовірну інформацію про суть лікувальних заходів, шанси на поліпшення, ризик ускладнень і т.д.

Взаємини з хворим лікаря *недирективного психологічного типу* засновані на принципі партнерства. Поважаючи особистість

пацієнта, лікар прагне допомогти останньому реалізувати всі свої можливості в боротьбі з хворобою, спонукаючи його до активності і нейтралізуючи негативні емоційні прояви. При цьому лікувальні установки хворому даються не у вигляді керівних вказівок або жорстких рекомендацій, а побічно, не ігноруючи точку зору хворого. Але, допомагаючи хворому, підтримуючи і переконуючи його в сприятливому перебігу хвороби, необхідно бути обережним в бесідах, поясненнях, прогностичних думках і рекомендаціях, щоб виключити ятрогенію.

Не слід підпадати під маніпулятивний вплив пацієнтів. Зустрічається пасивно-оборонна форма спілкування з пацієнтом, властива деяким лікарям із гальмівними рисами вдачі, а також лікарям, недостатньо зацікавленим у професійній діяльності. Вона полягає в тому, що лікар "погоджується" з хворими, що пропонують призначити їм те або інше обстеження або терапевтичний засіб. Подібна форма спілкування лікаря з пацієнтом не сприяє ефективності медичної допомоги. При несприятливому перебігу захворювання або ускладненнях довіри і пошана хворого до такого лікаря буде підірвана назавжди.

Л.Н. Лежепековою і Б.А. Якубовим (1977) була зроблена спроба встановити *зв'язок між особистісними реакціями пацієнтів на захворювання і ставленням їх до лікаря*. Вони розрізняють:

а) реакцію співдружності, коли хворі з перших днів захворювання демонструють рідкісну пунктуальність і безмежну довіру лікареві;

б) спокійну реакцію, при якій хворі акуратно виконують всі призначення лікаря і адекватно реагують на всі його вказівки;

в) неусвідомлювану реакцію, яка у ряді випадків грає роль психологічного захисту;

г) реакцію сліду: не зважаючи на благополучний перебіг захворювання, пацієнти перебувають в стані хворобливих сумнівів, очікування рецидиву хвороби;

д) негативну реакцію, яка характеризується тим, що хворі, знаходячись під владою упереджень, тенденційно відносяться до лікаря і медичного персоналу;

е) панічну реакцію, при якій пацієнти охоплені страхом;

є) руйнівну реакцію з неадекватною поведінкою, ігноруванням всіх вказівок лікаря.

Разом із образом "ідеального лікаря" в уяві хворих, проводилося вивчення і образу "*ідеального пацієнта*" в розумінні лікарів. Серед переважаючих виділені наступні характеристики: мала

обізнаність в медичних питаннях, віра і відсутність сумнівів в здібностях і уміннях лікаря, готовність беззаперечно виконувати призначення, уміння стисло і чітко висловлювати проблеми і скарги, відсутність іпохондрії. Не дивлячись на деяку різноманітність наведених характеристик, вони свідчать про те, що багато лікарів схильні до директивного стилю ставлення до хворого.

Особливе місце в клінічній практиці лікаря займають випадки, коли пацієнтами є його колеги або родичі. Існує думка, заснована на досвіді, що перебіг захворювань у пацієнтів-лікарів часто важчий або атиповий, а також, що багато лікарів вмирають від "своїх" хвороб, тобто від тих, якими вони займаються через свою спеціальність.

Лікарі не завжди замислюються над тим, що у хворого лікаря така ж психологія, як у всіх хворих. Тому менше уваги приділяють психологічній роботі з ним, не завжди наполегливо дотримуються обраної лікувальної тактики, враховуючи думку і прохання хворого колеги. Проте внутрішня картина хвороби пацієнта-лікаря може істотно ускладнюватися за рахунок переживань, пов'язаних із професійними знаннями, внаслідок чого концепція хвороби вельми далека від реальності. Нерідко у хворих лікарів мають місце різні види гіпнозогнозії, аж до анозогнозії, обумовлені механізмами психологічного захисту, рідше зустрічається гіпернозогнозії. Тому серйозно хворому лікареві не слід займатися самолікуванням, а необхідно звернутися до відповідного фахівця і довіритися йому. Лікуючий же лікар, навіть якщо його пацієнтом є академік від медицини, повинен всесторонньо оцінити соматичний і психологічний стан хворого, і діяти відповідно до ситуації, спираючись на свої знання і досвід.

У медицині існує неписане правило: не лікувати і не оперувати самому близьких родичів (за винятком невідкладних лікувальних заходів і абсолютно ясних, легких випадків). Це пояснюється можливістю формування помилкової концепції хвороби під впливом емоційних переживань і механізмів психологічного захисту у самого лікаря, які блокують раціональний підхід до діагностики і лікування, що може призвести до небажаних наслідків.

Взаємини медичної сестри і хворого

Однією з найважливіших ланок лікувального процесу є допомога хворому, що надається медичним персоналом, в першу чергу, медичною сестрою, яка найтісніше контактує з ним відповідно до своїх обов'язків. Враховуючи, що хворий часто буває психологічно виснажений своєю хворобою і залежністю від оточуючих, особливо

важливі увага, турбота і пошана до нього. Неприпустимо безцеремонне звертання до пацієнта на "ти", незалежно від його віку і положення. Необхідні теплота, турбота, увага, які не повинні носити відтінок інтимності, провокувати фамільярність із боку пацієнта. Важливим моментом у відносинах сестри і пацієнта є довіра, що ґрунтується на оцінці останнім професійних і особистісних якостей медичної сестри. Підсилює довіру до сестри її вміння берегти таємниці хворих.

Особистість медсестри, стиль її поведінки можуть мати на хворих як позитивний (лікувальний), так і негативний (психотравмуючий) вплив. Цікава типологія медичних сестер, що враховує їх особистісні особливості і ставлення до роботи, представлена Г.Харді в його керівництві "Лікар, сестра, хворий" (1988).

1. *Сестра-рутинер* (або практичний тип), відрізняється точністю і сумлінністю у виконанні своїх обов'язків, але випускає з уваги самого хворого. Механічне виконання своїх функцій може призвести до парадоксальної ситуації, наприклад, коли сестра будить сплячого хворого, щоб дати йому сподійне.

2. *Артистичний тип* характеризується прагненням наслідувати кого-небудь і грати завчену роль. Така медична сестра прагне справити враження на хворого, виступаючи в ролі добродійниці або наставниці, підкреслюючи свою значущість або безкорисливість. Нещирість поведінки часто виявляється хворим, що може ускладнити формування довіри.

3. *Нервовий тип* відзначається дратівливістю, частою втомою, відчуттям, що її праця не цінується оточуючими. Емоційна напруга сестри передається пацієнтам, які також почувають себе неспокійно, побоюються звертатися з якими-небудь проханнями, зокрема такими, що мають значення для успішності лікувально-діагностичного процесу. Нерідко в таких випадках у медичної сестри виявляється невротичний стан або психопатичні риси особистості. У деяких медичних сестер з патологічними рисами вдачі може виникнути залежність від ліків (токсикоманія), до яких вона вдається, намагаючись впоратися з своїм станом.

4. *Чоловічоподібний тип* характеризується дебелиою статурою, рішучістю, енергійністю, самовпевненістю, безкомпромісністю. Хворі трактують її поведінку як "солдафонську". При високому інтелекті і хорошій освіті вона може стати прекрасним організатором, виконуючи роль старшої медичної сестри, успішно виховувати і навчати молодих медичних сестер. У несприятливих обставинах при невисокому інтелекті і примітивності особистості такі

сестри бувають негнучкими, прямолінійними, нерідко агресивними і деспотичними щодо пацієнтів.

5. *Материнський тип* медичної сестри характеризується пікнічною статурою, душевністю і дбайливістю.

6. *Сестри-фахівці*, що працюють, наприклад, на електрокардіографі або електроенцефалографі, зазвичай віддані своїй професії і іноді відчувають перевагу над медичними сестрами, що працюють у відділенні.

Порушення принципів деонтології медичною сестрою може завдати хворому такої ж шкоди, як і ятрогенний (лікарський) вплив. Лікар зобов'язаний контролювати і оцінювати роботу медичних сестер у медико-психологічному плані, проводити з ними виховну роботу як безпосередньо, так і через старшу медичну сестру, керівництво відділення.

Лаборанти своїми необережними висловами і оцінкою результатів дослідження можуть викликати тривогу хворого, побоювання відносно щирості лікаря, а іноді і його кваліфікації. Тому необхідно слідувати правилу, що визначає взаємини лікаря-клініциста з лаборантами і іншими лікарями-консультантами. Це правило сформульоване А.Р. Лурія на прикладі рентгенологічної служби: "Рентгенолог є консультантом лікаря, а не хворого".

2.7. Моделі психотерапії в лікуванні психічних порушень у хворих

Надання психологічної допомоги — одна з найбільш значимих проблем в клінічній психології. Вона необхідна здоровим людям (клієнтам) з різними життєвими проблемами, що знаходяться в кризовому стані, а також хворим (пацієнтам) з різними психічними і соматичними захворюваннями, які мають психологічні проблеми, невротичні та психосоматичні розлади, а також характерологічні та особистісні відхилення.

Психологічна допомога — сфера практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей. Вона може адресуватись як окремому суб'єкту, так і групі, організації.

У клінічній психології психологічна допомога включає надання людині інформації про її психічний стан, причини і механізми появи у неї психологічних або психопатологічних феноменів, а також активний цілеспрямований психологічний вплив на індивіда

з метою гармонізації його психічного життя, адаптації до соціального оточення, зменшення психопатологічної симптоматики і реконструкції особистості для підвищення порогу фрустраційної толерантності, формування стрессо- і неврозостійкості.

Основними засобами надання психологічної допомоги в клініці є психологічне консультування, психологічна корекція (психокорекція) і психотерапія. Всі вони направлені на різні сторони особистості, але розрізняються згідно цілей і способів впливу. Всі види психологічної допомоги можуть застосовуватися окремо і в поєднанні.

Психологічне консультування — головною метою його є науково організоване інформування клієнта (пацієнта) про його психологічні проблеми з врахуванням його особистих цінностей та індивідуальних особливостей з метою формування активної особистісної позиції, специфічного світогляду і погляду на життя (принципові і непринципові сторони людського існування, формування ієрархії цінностей).

Від класичної психотерапії психологічне консультування відрізняється відмовою від використання концепцій захворювань, при цьому основна увага приділяється ситуації і особистісним ресурсам клієнта щодо її подолання. Від навчання консультативну психологію відрізняє надання значення не стільки знанням, які повідомляються пацієнту в ході консультативних зустрічей, скільки особливим взаємостосункам між консультантом і клієнтом, що породжує в останнього додаткові можливості самостійного подолання труднощів. Проте, між цими трьома галузями жорстких кордонів немає — моделі навчання, консультування і психотерапії взаємозбагачують одна одну.

Психологічна корекція (психокорекція) — це діяльність фахівця по виправленню (коректуванню) тих особливостей особистості, психічного розвитку клієнта, які не є оптимальними для нього. Її метою є вироблення і опанування навичок адекватних для індивіда і ефективних для збереження здоров'я і психічної діяльності, що сприяє особистісному зростанню і адаптації людини в суспільстві.

Методи корекції, як і психологічного консультування, багатоманітні, вибір їх залежить від того, до якої школи належить психолог (біхевіоральної, психоаналітичної, екзистенціально-гуманістичної, когнітивної, діяльнісної, трансперсональної та інш.).

Психокорекція більшою мірою орієнтується на процеси маніпулювання, управління і формування, що зазвичай пов'язано з нездатністю людини самостійно (навіть при набутті знань і навичок саморегуляції) змінити параметри своєї психічної діяльності через аномалії або дефекти психіки.

Психотерапія — у вузькому розумінні терміну є системою комплексного лікувального вербального і невербального впливу на емоції, думки, самосвідомість людини при різних захворюваннях (психічних, неврологічних, психосоматичних). Основним своїм завданням психотерапія ставить зменшення психопатологічної симптоматики, за допомогою чого передбачається досягнення внутрішньої і зовнішньої гармонізації особистості.

У широкому розумінні психотерапія розглядається як процес психологічного впорядкування минулого, теперешнього, майбутнього, досягнення гармонії з собою і світом в сьогоденні (Макаров В.В., 1999). Таке широке розуміння психотерапії, по суті, виводить її за рамки лише медичної діяльності та обумовлює її застосування в різних видах психологічної допомоги і може забезпечити її розвиток в різних напрямках.

Професійною компетенцією клінічного психолога у сфері надання психологічної допомоги є корекція порушень психологічного здоров'я (але не психотичних розладів) і вирішення психологічних проблем як соматично здорової, так і хворої людини. При цьому клінічний психолог має право застосовувати всі види психологічної допомоги (консультування, корекцію і психотерапію). Він може здійснювати психологічний вплив, маніпулювати в процесі спілкування, управляти співбесідником або формувати у нього певні якості (Г.С. Абрамова, 1996). Різні види психологічної допомоги включають всі ці способи психічного впливу на людину в умовах клінічної взаємодії, але представлені вони по-різному.

Вплив в процесі надання психологічної допомоги — це зміна психічної реальності іншої людини з метою створення для неї нових переживань і якостей. Вплив передбачає цінність іншої людини як міру зміни психічної реальності.

Маніпулювання — це зміна психічної реальності людини відповідно до цілей і завдань кого-небудь або чого-небудь. Вона передбачає приховане або явне знецінення людини, своєрідне "прибирання її до рук" маніпулятором, проведене настільки майстерно, що у людини створюється враження, ніби вона самостійно управляє своєю поведінкою (Доценко Е.Л., 1996).

Управління — це зміна психічної реальності людини у відповідності з її властивостями. Застосовується за відсутності у індивіда можливості адекватної саморегуляції, наприклад, при патології характеру, особистих аномаліях або психопатологічних симптомах невротичного реєстру.

Формування — це зміна психічної реальності людини відповідно до уявлень про її соціальну і індивідуальну норму. У цьому випадку передбачається, що сама людина не може досягти цієї норми внаслідок дефекту або дефіциту яких-небудь якостей, наприклад інтелектуальних або вольових.

Різноманітні види психологічної допомоги включають наведені вище засоби психічного впливу на людину в умовах клінічної взаємодії, але представлені вони по-різному. Так, консультування в більшій мірі орієнтується на психологічний вплив у вузькому розумінні цього терміна, так як враховує цілі клієнта, його індивідуально-психологічні особливості та особисті цінності. Внаслідок цього, у процесі консультування, за допомогою спеціальних методів впливу здійснюється нормалізація психічного стану індивіда і розширення уявлень про себе, ситуації, варіанти подолання життєвих складнощів та внутрішньоособистісних конфліктів і набуття навичок психологічного захисту та компенсації. Психокорекція в більшій мірі орієнтується на процеси маніпулювання, управління та формування, що пов'язано з нездатністю людини самотійно змінити параметри своєї психічної діяльності в силу аномалій або дефектів психіки. В рамках психотерапії використовується кожний з вище наведених засобів надання психологічної допомоги в залежності від структури психічної проблеми індивіда, його індивідуально-психологічних особливостей та теоретичних поглядів психотерапевта.

Вважається, що психотерапія відноситься до сфери діяльності медичного працівника (лікаря-психіатра, клінічного психолога) внаслідок того, що, з одного боку, вона орієнтується на симптоми і синдроми (тобто хворобливі прояви психічної діяльності), а з іншого, у зв'язку з необхідністю надавати медичну допомогу у випадку розвитку несприятливих наслідків психологічного впливу. Вищезазначених особливостей в різному ступені позбавлені інші види психологічного втручання — психологічні консультування та корекція, — які частково, або повністю виключають можливість розвитку негативних наслідків для соматичного або психічного здоров'я. Якщо порівнювати психотерапію з консультуванням та корекцією, то виявиться факт облігатності для неї показань та протипоказань, тобто психотерапевт схильний враховувати цілу гамму особливостей при призначенні психотерапії — від індивідуально-психологічних особливостей пацієнта до його соматичного статусу.

Протипоказань для психологічного консультування практично не виявляється, оскільки стан здоров'я людини не має принци-

пового значення для надання даного виду психологічної допомоги. Психокорекція в цьому відношенні займає проміжне положення між психотерапією і консультуванням, оскільки побічно може впливати на фізичний стан людини і провокувати погіршення здоров'я. Отож, при проведенні деяких психокорекційних заходів є доцільним медичний або психіатричний контроль (Менделевич В.Д., 1998).

Симптоматична і патогенетична психотерапія

У медицині психотерапія розглядається як загальномедична дисципліна, її методи використовуються для лікування і профілактики не лише нервово-психічних, але і багатьох соматичних захворювань.

Психотерапія (від грец. *psyche* — душа і *therapeia*—лікування) — це система методів психічного впливу з лікувальними і профілактичними цілями на психіку (особистості), а через психіку (особистості) на весь організм і поведінку хворого. У вузькомедичному сенсі поняття "психотерапія" розглядається як група специфічних методів лікування (подібно до фізіотерапії, лікувальної фізкультури), а в ширшому сенсі психотерапія тісно пов'язана з психогігієною і психопрофілактикою, оскільки включає використання психотерапевтичних методів не лише в клініці, але також в організації праці і побуту людей, профілактиці психотравмуючих чинників і т. п.

Загальноприйнятої класифікації методів психотерапії на даний час немає. Проте, як і в медицині в цілому, в психотерапії зазвичай прийнято підрозділяти методи лікування на симптоматичні і патогенетичні. Симптоматичні методи психотерапії (логічне переконання, навіювання, релаксація та інш.) орієнтовані на усунення або ослаблення окремих, хоча і ключових, симптомів хвороби, управління фізіологічними функціями організму, на оптимізацію поведінки. Патогенетична психотерапія дозволяє якнайповніше реалізувати каузальний підхід до розуміння і ліквідації причин і механізмів хвороби. Вона найбільш значима при захворюваннях, де особистісно-психологічні механізми є такими, що ведуть до виникнення і збереження хворобливих порушень, — це неврози, психосоматичні і інші розлади.

Слід зазначити, що сам термін "психотерапія" має неоднозначне тлумачення в літературі і використовується для позначення інколи дуже далеких один від одного явищ. У розвитку її теорії і практики сьогодні беруть участь не лише лікарі, але і багато

інших фахівців. Змістовно методи психотерапевтичного впливу ґрунтуються не лише на даних медицини і фізіології, але і педагогіки, психології, соціології та інших наук.

Існують визначення психотерапії, які розроблені не лише на медичній моделі, а на педагогічних (методи впливу, що приводять в рух процес навчання) або соціологічних (методи маніпуляції з метою соціального контролю) і інших концепціях. Особливо яскраво міждисциплінарний характер психотерапії проявляється в сучасних формах групової психотерапії, саме її методи і конкретні технології особливо широко стали використовуватися в позалікарняному середовищі.

Всім цим обумовлюється актуальність найважливішого для теорії і практики медицини розділу клінічної психології, який може бути визначений як психологічні основи психотерапії, завданням якого є розробка психологічної теорії психотерапії (Карвасарський Б.Д., 1982).

Симптоматична психотерапія. Симптоматична психотерапія направлена більшою мірою на пом'якшення або ліквідацію симптомів хвороби, а не на їх особистісно-психологічні причини і механізми. Усунення провідних патологічних симптомів, може призводити і до конструктивних змін первинної конфліктної ситуації і до відновлення внутрішньоособистісної психодинаміки (за рахунок зміни самосприйняття, самооцінки і т. п.). Щодо цілей симптоматична психотерапія може бути спрямована не лише на ключовий симптом захворювання або опанування навичками контролю над фізіологічними функціями, але і на активізацію різних сфер особистісного функціонування — когнітивної, емоційної або поведінкової.

До симптоматичної психотерапії, що передбачає активізацію когнітивного компоненту особистості, відноситься раціональна психотерапія. Вона направлена на логічне переконання пацієнта, навчання його правильному мисленню (Dubois P., 1912) і передбачає різні варіанти роз'яснювальної психотерапії.

До симптоматичної психотерапії, що центрується на емоційно-вольовій сфері особистості, відносяться різні варіанти катарсичної психотерапії і навіювання (сугестії).

Катарсична психотерапія використовується для емоційного відреагування і нейтралізації ("катарсис") психотравмуючих переживань, при цьому в терапевтичних умовах пацієнтові пропонується відтворення минулих психотравмуючих ситуацій. Катарсис може досягатися повним зануренням в психотравмуючу ситуацію

або шляхом поетапного наближення до неї (десенсибілізація). "Занурення" в психотравмуючу ситуацію може здійснюватися шляхом спрямовування спогадів пацієнта в стані розслаблення, легкого гіпнозу і самогіпнозу.

Психотерапія сугестії об'єднує групу методів, де головним лікувальним чинником є навіювання або самонавіювання. При навіюванні інформація, що подається психотерапевтом, сприймається пацієнтом без критичної оцінки і впливає на перебіг нервово-психічних і соматичних процесів. У медичній практиці найчастіше використовують навіювання у стані неспання, в стані гіпнотичного або наркотичного сну.

При самонавіюванні формули навіювання адресуються самому собі. З методів самонавіювання найбільшого поширення отримав метод французького аптекаря Куе (Coue E., 1857—1926). Хворому при цьому пропонується кілька разів в день навіювати собі лікувальні формули типу — "з кожним днем мені стає все краще і краще". Куе також показав доцільність позитивного самонавіювання ("я здоровий") замість негативного ("я не хворий"). Самонавіювання є важливим механізмом лікувальної дії ряду інших методів психотерапії — аутогенного тренування, біологічного зворотного зв'язку та ін.

До методів симптоматичної психотерапії, направлених на зміну поведінки, відносяться різні варіанти поведінкової психотерапії, деякі методики аутогенного тренування, техніка нейролінгвістичного програмування і ін.

Патогенетична психотерапія. Прийняте в медицині визначення психотерапії, що характеризує її як групу лікувальних методів психологічного впливу на психіку і через неї на весь організм, є найбільш узагальненим з усіх можливих, проте, в ньому відображене істотне, втім характерне і для медичної практики в цілому, уявлення про призначення лікареві ролі активного начала, тобто суб'єкта, що розпочинає і здійснює весь лікувальний процес, а пацієнт як би виступає в ролі пасивного об'єкту, реципієнта. Подібний об'єктний для суб'єкта підхід має місце і у визначеннях психотерапії, що виникли в руслі психології, де психотерапія також розуміється як психологічний вплив, заснований на природі спілкування і направлений на психічні процеси або психічні стани людини, які виникли через психологічні чинники, які, проте, не мають однозначного характеру медичних симптомів.

Багатьма психотерапевтами і психологами вказується на недостатність такого об'єктного для суб'єкта підходу щодо визначення психотерапії, де підкреслюється активна роль самого психоте-

рапевта, що здійснює деякий "вплив" на пацієнта. Ймовірно, це не так, вже хоча би тому, що саме пацієнт є ініціатором того, що відбувається, оскільки саме він звернувся до психотерапевта, а не навпаки. Більше того, все, що відбувається в подальшому також залежить від пацієнта — його бажання і здатності піддатись впливу і зусиллям психотерапевта та підтримувати з ним контакт впродовж всього курсу лікування (Калмикова Е.С., 1992).

Таким чином, дане визначення сильно відрізняється від реальній психотерапевтичної практики. Проте, завдання визначення психотерапії, психотерапевтичного процесу і його суті не є простим, особливо коли ми говоримо про психотерапію патогенетичну, каузальну. Так, американський дослідник, автор багатьох методологічних праць Х.Страпп (Strupp., 1978) на певному етапі приходиться до такого визначення: "У найширшому сенсі метод, званий психотерапією, включає людину, яка усвідомлює, що їй необхідна деяка допомога; фахівця, який готовий надати їй цю допомогу; і серію міжособистісних взаємодій, досить тонких і часто тривалих, які спрямовані на здійснення бажаних змін в почуттях і поведінці пацієнта".

Вочевидь, що і це визначення — всього лише формальний опис учасників і подій психотерапевтичної взаємодії, і може бути застосоване до будь-якого типу і напрямку психотерапії. Всі спроби уточнити його неминуче призводять до вживання якої-небудь конкретної термінології, використання тієї або іншої психотерапевтичної школи або напрямку психотерапії, їх теоретичної орієнтації. Конкретніше визначення психотерапії включає уявлення про цілі і способи лікування, а звідси — уявлення як про особистість в цілому, тобто її ідеального, "нормативного" або "здорового" варіанту, так і уявлення про патологію, тобто механізми особистісних порушень.

У наукових дослідженнях в галузі психотерапії найбільшу увагу фахівців привертають в даний час наступні аспекти (Калмикова Е.С., 1992):

1. методологічні і методичні проблеми вивчення психотерапії;
2. процесуальні аспекти психотерапії (взаємини психотерапевта і пацієнта, їх взаємодія);
3. використання різної техніки;
4. психотерапія різних нозологічних груп пацієнтів (можливості вивчення, оцінка ефективності і ін.).

Багаточисельні дослідження, присвячені оцінці ефективності психотерапії, не виявили підтверджень тому, що яка-небудь шко-

ла психотерапії приносить кращі результати, чим будь-яка інша. Можна лише відзначити, що стійкіші позитивні віддалені результати лікування мають місце при використанні патогенетичних психотерапевтичних методів, в порівнянні з симптоматичними.

У психології існує безліч теорій особистості, які по-різному трактують і пояснюють природу поведінки людини. Кожній з цих теорій відповідають і певні терапевтичні методи, які засновані на відповідних теорії поведінкових моделях. За кордоном найбільший розвиток і визнання отримали три психотерапевтичні напрями і виникли на їх основі психотерапевтичні методи: психоаналітичний, гуманістичний (феноменологічний) і біхевіористичний. В рамках цих трьох напрямів, орієнтованих на особистісні зміни, має місце струнка психотерапевтична система з уявленнями про норму (особистості), патологію (особистісні зміни) і логічно витікаюче з цього уявлення про задачі і способи лікування.

У нашій країні на становлення психотерапії істотний вплив зробила концепція патогенетичної психотерапії, сформульована на основі "психології стосунків" В.Н. Мясіщева (1893—1973). Її подальша розробка в руслі особистісно орієнтованої (реконструктивної) психотерапії здійснювалася у відділенні неврозів і психотерапії Психоневрологічного інституту ім. В.М.Бехтерева Карвасарським Б.Д., Ісуріною Г. Л., Ташликовим В.А. і ін. Її становлення як самостійного напрямку відноситься до початку 70-х років і включає:

- 1) концепцію особистості як систему стосунків індивіда з оточуючим середовищем;
- 2) концепцію неврозу як психогенного захворювання, обумовленого порушеннями значимих стосунків особистості;
- 3) систему індивідуальної і групової психотерапії, метою якої є досягнення позитивних особистісних зрушень за рахунок порушеної корекції системи стосунків (їх когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів)

Психодинамічний напрям в психотерапії заснований на теорії З. Фрейда про динамічний підсвідомий психологічний конфлікт. Людина хворіє на невроз в результаті інтрапсихічного конфлікту між вимогами інстинктивного життя і опором йому. Людина може прийти в конфлікт з багаточисельними соціальними обмеженнями і табу-заборами. Головна мета терапії полягає в тому, аби допомогти хворому зрозуміти підсвідомі конфлікти (вогнища прихованої напруги в підсвідомості), які засновані на ґрунті нереалізованих дитячих бажань і виявляються як хворобливі симптоми. Психоаналіз також покликаний сприяти

розвитку розумніших, більш властивих дорослим моделей поведінки.

Класичний психоаналіз. При психоаналітичному лікуванні здійснюється пошук вогнища прихованої напруги (його спогад), обережний його аналіз (переклад інформації в словесну форму — вербалізація), переоцінювання (зміна системи установок) з переживанням проблеми відповідно до нової значимості і забуванням (ліквідація вогнища напруги). "Згадування" витісненого в несвідоме, виведення прихованої проблеми в зону усвідомлення дозволяє виробити алгоритм подолання труднощів, що виникли.

Пацієнт відвідує лікаря 3-5 раз на тиждень протягом ряду років, кожен прийом триває зазвичай декілька годин. Хворий лежить на кушетці, аналітик сидить в узголів'ї, поза увагою пацієнта. Пацієнт прагне говорити вільно, без обмежень все, що йому приходить в голову у вигляді вільних асоціацій, для того, щоб аналітик зміг прослідкувати за думками пацієнта аж до їх самих витоків. Сюди входять асоціації, які виникають в процесі аналізу у зв'язку із сновидіннями або перенесенням відчуттів. Психоаналітик використовує інтерпретацію і уточнення з тим аби допомогти пацієнтові усвідомити і вирішити конфлікти, які впливають на його життя на підсвідомому рівні. Від пацієнта при терапії потрібна стабільність терапевтичної співпраці і психологічна зацікавленість в результатах. Він також має бути в змозі перенести стрес, що виникає в процесі терапії, без психологічних зривів, імпульсивності і регресії.

Психоаналітична психотерапія. Має менш інтенсивний характер, на відміну від класичної психоаналітичної терапії, і може проводитися у формі або експресивної психотерапії, орієнтованої на вироблення адекватної самооцінки, або психотерапії відносин, яка спрямована на психологічну підтримку пацієнта в складних психологічних ситуаціях. Сеанси терапії проводяться 1—2 рази на тиждень, пацієнти сидять обличчям до психотерапевта. Цілі терапії — аналогічні цілям при класичному психоаналізі (вирішення підсвідомого конфлікту), але основний акцент робиться на повсякденну реальність, і менше значення надається розвитку трансферних стосунків.

Коло показань для проведення психоаналітичної терапії значно розширене. Зокрема, підтримуюча психотерапія показана пацієнтам з вразливою психікою, що знаходяться в кризових станах, страждаючих розладами особистості і психічними захворюваннями. Ця терапія може продовжуватися тривало (роками), особливо в хронічних випадках. Підтримка може мати форму поради, пере-

конання, обмежень, посилення відчуття реальності і допомоги з формуванням соціальних навичок.

Короткочасна динамічна психотерапія. При даному варіанті число психоаналітичних сеансів (зазвичай 10-40) обговорюється з пацієнтом до початку лікування. Заздалегідь вибирається і специфічна конфліктна сфера, яка є актуальною для пацієнта і має бути в центрі терапії. Цей вигляд психотерапії вимагає від лікаря більшої активності у напрямі створення асоціацій пацієнта щодо конфліктної сфери. До пацієнта також пред'являються більш високі вимоги з приводу зацікавленості його в лікуванні, здібності витримати психологічну напругу і посилення тривоги під час терапії. Метод не підходить для пацієнтів з суїцидальними думками, проявами імпульсивності, схильністю до психотичних станів, зловживання психоактивними речовинами.

Гуманістичний (екзистенціально-гуманістичний, феноменологічний) напрям в психотерапії.

Цей напрям менш однорідний, існує безліч методів і технологій психотерапії в його рамках. Представники гуманістичного напрямку схильні бачити людину як істоту з природженою активністю, що прагне до позитивного особистісного зростання, самоактуалізації. Патологія розуміється ними як зменшення цих можливостей для самовираження, придушення внутрішніх переживань або втрата відповідності (конгруентності) ним. Тому всі зусилля психотерапевта направлені на особистісне зростання і інтеграцію особистості пацієнта, а не просто на лікування хвороби.

У гуманістичному напрямі можна виділити три основні психотерапевтичні підходи:

1) Філософсько-психологічний підхід — використовує переважно екзистенціальні принципи (значення сенсу свого існування і можливості самоактуалізації) через емпатичне звернення до іншої людини при проведенні терапії. Інтеграція "Я" досягається "тут і тепер" в процесі зустрічей пацієнтів з психотерапевтом шляхом взаємного діалогу (логотерапія В. Франкла, клієнт-центрована терапія К. Роджерса і ін.).

2) Соматичний підхід — використовує невербальні техніки інтеграції "Я" через тіло за допомогою зосередження уваги на тілесних відчуттях, фізичних і рухових способах відреагування почуттів і тому подібне (гештальт-терапія Ф.Перлса, біоенергетичний аналіз Лоуена і ін.)

3) Духовний підхід — при "Я"-інтеграції передбачається приєднання до духовного, трансперсонального досвіду за допомогою

медитації, іншої техніки "розширення" (трансценденції) свідомості до "космічного" рівня (трансцендентальна медитація, психосинтез Р. Ассаджіолі і ін.).

Логотерапія (від старогрец. *logos* — сенс). Психотерапевтична система, створена Frankl V.E. (1966), є складною системою екзистенціально-філософських, психологічних і медичних поглядів на природу і ество людини, механізми патології і шляхи корекції аномалій розвитку особистості. Пошук і реалізація сенсу свого життя — природжена мотиваційна тенденція кожної людини. Людське прагнення реалізувати сенс свого існування може натрапляти на перешкоди. Сама по собі ця екзистенціальна фрустрація не є патогенною, але може призвести до ноогенних неврозів, коріння яких міститься в моральності людини, конфліктах між внутрішніми цінностями. Фрустрована потреба в сенсі життя може компенсуватися і психогенними неврозами, прагненням до влади і задоволень. У логотерапії для лікування неврозів, породжених втратою сенсу життя, використовується методика Сократівського діалогу, що підштовхує пацієнта до відкриття ним для себе адекватного сенсу життя. При нав'язливих станах і фобіях, коли хворі реагують унікаючою поведінкою (наприклад, не виходять з будинку), використовується методика парадоксальної інтенції. При цьому хворому пропонують в гумористичній формі здійснити те, чого він боїться. Ця парадоксальна пропозиція дає можливість зайняти пацієнтові відчужену дистанцію по відношенню до своїх побоювань, опанувати ситуацію.

Біоенергетичний аналіз. До нього відноситься група всіляких психотерапевтичних підходів, що передбачають наявність особливої субстанції, — біологічної енергії. Психологічна проблематика може знаходити пояснення в порушеннях біоенергетики організму. В. Райх (1964) вважав, що формування захисного "м'язового панцира" і "м'язові затиски" (наприклад, при образі людина мимоволі зціплює зуби, у неї змінюється дихання, напружуються м'язи) є тілесно-енергетичними проявами психологічних захистів. А. Лоуен (1976) поширює ці пояснювальні схеми і на особистісні особливості клієнтів, які знаходять своє вираження в позі, жестах і типові статури людини. Терапевтичний ефект при вирішенні психологічної проблематики може досягатися вживанням методик, орієнтованих на роботу з тілом, — фізичні вправи, пози, масаж. Звільнення від скованості і "м'язової броні" дає вихід стримуваним (деколи з дитинства) негативним почуттям страху, образи, гніву, сорому.

Психосинтез. Існує багато видів психічної діяльності, що протікають незалежно від свідомості, а також різних аспектів "Я". В основі психосинтезу лежить свідоме і цілеспрямоване використання синтезуючої функції "Я", процесів самоідентифікації. Головною метою психосинтезу є гармонізація і об'єднання в єдине ціле всіх якостей і функцій людини, розвиток цілісної і гармонічної особистості. У психосинтезі пропонується система психологічного тренінгу, спрямована на внутрішнє опрацювання невротичних комплексів, пригнічуваних афектів. Послідовно здійснюється відпрацювання вправ на розслаблення, зосередження, ідентифікацію і інтеграцію субособистостей з усвідомленням "сенсів" буття, за умови більш реалістичного сприйняття дійсності. Вправи дозволяють добитися звільнення від "емоційних блокувань", усунути патологічні стереотипи і сформувати нові і ширші структури стосунків в психіці людини. Використовуються для корекції невротичних і психосоматичних порушень.

Кататимно-імагінативна психотерапія. Метод короткотермінової психотерапії (15-20 сеансів по 1-2 рази в тиждень), заснований на вільному фантазуванні у формі образів на задану тему ("марень наяву", по Leuner H., 1980). Психотерапевт виконує спрямовуючу і контролюючу функцію, пропонуючи пацієнтові теми для кристалізації його образної фантазії, наприклад, «ліс», «підійом в гору», «дотримання напрямку вздовж струмка», «обстеження будинку» та ін. Темі співвідносяться з проблематикою особистості, її афективними порушеннями, у тому числі пов'язані з періодом дитячого розвитку. Застосовується при терапії неврозів, невротичного розвитку особистості, психосоматичних захворювань.

Голотропна терапія. Лікувальний процес реалізується при цілеспрямованій трансформації емоційних симптомів в комплекс реакцій в зміненому стані свідомості (ЗСС). Посилене дихання, спеціально підібрана музика і робота з тілом по зняттю м'язових блоків використовуються для досягнення виражених форм ЗСС. Глибинне опрацювання психічних і фізичних травм, їх переживання і візуалізація з символічним заміщенням дозволяють здійснити процес інтеграції і адаптації пацієнта. Техніка наближується до методів біоенергетичної терапії, має ряд спірних моментів (наприклад, гіпервентиляція може призводити до різкого порушення гомеостазу і провокувати психопатологічні порушення). Використовується при лікуванні неврозів, афективних розладів, психосоматичних захворювань та ін.

Поведінковий напрям в психотерапії. Особистість, з точки зору научіння, — це той поведінковий досвід, який людина придбала протягом життя. Біхевіоріальна терапія також базується на принципах теорії научіння, включаючи вироблення оперантного умовного рефлексу (Торндайк Е., Скіннер Б.) і умовного рефлексу по методу І.П.Павлова. Цей вид терапії ґрунтується на припущенні про те, що для дезадаптивних форм поведінки не обов'язково розуміти їх визначальні причини. Поведінкова терапія найбільш ефективна при чітко визначених, структурованих дезадаптивних поведінкових розладах, наприклад, таких, як фобії, компульсивні дії, переїдання, тютюнопаління, заїкання або сексуальні дисфункції. При лікуванні гіпертонічної хвороби, бронхіальної астми та інших хвороб, де істотне місце у виникненні і проявах хвороби займають афективні порушення, широко використовуються поведінкові методи для забезпечення релаксації і зниження проявів стресу, що посилює ці стани.

На перших етапах під терміном "поведінка" в біхевіоральній терапії розумілося все, що мало зовні спостережувані характеристики. В наш час в поняття поведінки включаються емоційно-суб'єктивні, мотиваційно-афективні, когнітивні і вербально-когнітивні прояви. Спроба врахувати ці "проміжні змінні", розташовані між стимулом і реакцією, в психотерапії привела до створення в 60-70-х роках методик, що отримали назву "приховане кондиціонування" ("приховане обумовлення", саморегуляція). Їх суть полягає в тренуваннях уявної демонстрації пацієнтом тієї поведінки, яка здається йому небажаною. Це допомагає йому регулювати емоційну відповідь, аби в реальній обстановці зменшити психотравмуючу дію ситуації. Метод застосовується для лікування фобій, підвищеної тривожності, невпевненості в собі.

У поведінковій психотерапії широко використовуються різні форми позитивного підкріплення бажаної поведінки або вживання аверсивних (негативних) стимул-реакцій для усунення небажаних поведінкових стереотипів. Бажана поведінка пацієнта (наприклад, відвідини сеансів групової терапії при стаціонарному лікуванні) винагороджується різними позитивними знаками (зняттям яких-небудь обмежень, їжею та ін.). Аверсивна терапія з поєднанням введення блювотних засобів з прийомом алкоголю використовується для лікування алкоголізму.

При активній психічній десенсибілізації пацієнт з поведінкою у вигляді уникнення, пов'язаною із специфічними чинниками (наприклад, страх висоти або польоту в літаку), створює в своїй

уяві ієрархію обумовлюючих тривогу образів від менш до більш лякаючих, залишаючись на кожному рівні до тих пір, поки тривога не зникне (проведення процедури в реальній, а не в уявній ситуації називається градуйованою експозицією). Ієрархічна конструкція часто використовується у поєднанні з методиками релаксації, оскільки встановлено, що тривога і релаксація виключають одна одну — це призводить до відриву образів, що уявляються пацієнтом, від тривожних відчуттів (взаємне гальмування).

При зростанні інтесивності обумовлюючих тривогу чинників пацієнт безпосередньо піддається їх впливу, наприклад, перебування на верхньому поверсі високої будівлі при страху висоти. У випадку, якщо цей метод заснований на зіставленні уявної і реальної ситуації, він називається імпульзією. Головною умовою терапії є здатність пацієнта витримати пов'язану з терапевтичним впливом тривогу.

Подальший розвиток поведінкового напрямку в психотерапії пов'язаний із все більшим посиленням уваги дослідників до ролі в поведінці когнітивних проміжних змінних. У раціонально-емоційній психотерапії А. Елліса (1962) це — раціональні і емоційно-іраціональні когніції. Психотерапія в цих випадках направлена на подолання іраціональності в мисленні, усвідомлення ("інсайт-техніки") зв'язку між життєвими подіями і психологічними реакціями. Аналогічно в когнітивній психотерапії А. Бека (1976) визначальними є реалістичні і нереалістичні, тобто зв'язані з абераціями мислення, думки. Під аберацією мислення тут розуміється порушення на когнітивній стадії обробки інформації (позначення, селекція, інтерпретація), які спотворюють правильне бачення об'єкту або ситуації. В будь-якому разі центром психотерапевтичної дії в різних варіантах когнітивно-поведінкової психотерапії мають бути проміжні когнітивні змінні, які опосередковують багато поведінкових проблем. Деадаптивна поведінка може бути змінена за допомогою різних особистісних самонавчальних прийомів, що активізують когнітивні структури.

Когнітивна терапія — заснована на взірцях та уявленнях, відповідно до яких поведінка людини визначається думками про саму себе і її роль в суспільстві. Деадаптивна поведінка обумовлена укоріненими стереотипними думками, спотворенням або помилками в мисленні. Терапія направлена на корекцію когнітивних викривлень і їх наслідків — самозахисних поведінкових установок і стереотипів. Психотерапія є короточасним методом лікування, як правило, розрахованим на 15-20 сеансів, що проводяться

протягом 12 тижнів. У цей період пацієнти повинні усвідомити свої спотворені уявлення і установки. Відвідини лікаря поєднуються з домашніми завданнями. Пацієнтів просять написати, що вони відчувають в певних ситуаціях (типу "я недосконалий" або "нікому до мене немає діла") і визначити, які припущення лежать в їх основі (частково неусвідомлювані), що провокують появу негативних установок. Цей спосіб називається розпізнаванням і корекцією мимовільних думок. Наприклад, при депресії у людини мимоволі виникають уявні спотворення, що включають негативне відношення до самого себе, негативну інтерпретацію теперешнього і минулого життєвого досвіду і песимістичний погляд на майбутнє (депресивна когнітивна тріада). Когнітивна терапія найбільш ефективна при лікуванні неспсихотичних депресій легкого і середнього ступеня вираженості. Вона може бути також ефективною як допоміжний засіб лікування пацієнтів, що зловживають психоактивними речовинами.

Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія. В даний час як за кордоном, так і в нашій країні відмічається все зростаюча тенденція до узагальнення позитивного досвіду різних психотерапевтичних шкіл і напрямів. Прикладом такого синтезу в нашій країні з'явилася особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія, що має в своїй основі систему патогенетичної психотерапії, що спирається на "Я"-концепцію і систему міжособистісних стосунків (по В.Н. М'ясищеву). Поетапне усвідомлення і емоційне відреагування психотравмуючої ситуації в системі патогенетичної психотерапії служить основою регуляції потреб, яка на своїх вищих рівнях пов'язана з самовихованням, формуванням свідомих відносин (М'ясищев В.Н., 1960). Поняття "реконструктивна" розглядається в плані відтворення минулого досвіду пацієнта для розуміння причин, які призвели до безвиході в розвитку особи з подальшою розробкою стратегії відновлення і подальшого будівництва майбутнього.

Цілями і завданнями особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії є:

- 1) глибоке і всестороннє вивчення особистості хворого, особливостей його емоційного реагування, мотивації, функціонування системи стосунків;

- 2) виявлення і вивчення механізмів, що сприяють виникненню і збереженню стану дезадаптації особистості (невротичної симптоматики);

3) досягнення у пацієнта усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин і його захворюванням (проблемою);

4) допомога пацієнтові в розумних рамках в осмисленні психотравмуючої ситуації, зміні відношення до неї, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки;

5) допомога пацієнтові в зміні стосунків у напрямку зростання їх зрілості, що веде до відновлення повноцінності його соціального функціонування.

В особистісно-орієнтованій психотерапії сам психотерапевтичний процес заснований на збалансованому використанні впливу на когнітивні, емоційні і поведінкові механізми функціонування цілісної особи. Вважають, що зміни на якому-небудь одному рівні спричиняють відповідні перебудови на інших і, як наслідок — ліквідацію конкретних симптомів з відновленням психосоціального функціонування. Сфера впливу, з врахуванням трьох площин очікуваних змін, визначає вибір методів, прийнятих у відповідних напрямках психотерапії.

На кожному з перерахованих рівнів вирішуються відповідні завдання як для індивідуальної, так і для групової психотерапії:

I. Пізнавальна сфера (когнітивний рівень, інтелектуальне усвідомлення) — процес психотерапії повинен допомогти пацієнту усвідомити зв'язок між психогенними чинниками і виникненням, розвитком та збереженням невротичних розладів; неконструктивність ряду своїх звичних стереотипів поведінки і її мотивів; внутрішні психологічні проблеми і конфлікти; характерні захисні психологічні механізми; більш глибокі причини переживання, способів поведінки і емоційного реагування, починаючи з дитинства, та ін.

II. Емоційна сфера — процес психотерапії повинен допомогти пацієнтові отримати емоційну підтримку, емоційно відреагувати і пережити позитивні емоції, навчити пацієнта розуміти і вербалізувати свої відчуття, більш вільно виражати їх, виробити емоційну корекцію своїх стосунків і т. п.

III. Поведінкова сфера — процес психотерапії повинен допомогти пацієнтові побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи, навчитися їх долати, розвинути навички більш вільного спілкування і ефективної саморегуляції на основі досягнень в пізнавальній і емоційній сферах.

Механізми лікувальної дії в ході психотерапії, що орієнтована на особистісні зміни, можуть бути позначені як конфронтація, що коригує емоційний досвід і навчання.

Конфронтація розуміється як зіткнення із самим собою, своїми проблемами, конфліктами, стосунками і установками, емоційними і поведінковими стереотипами. Вона здійснюється за рахунок забезпечення зворотного зв'язку між учасниками психотерапевтичного процесу в групі або з лікарем при індивідуальній психотерапії. Матеріалом для усвідомлення проблем є всіляка інформація пацієнта про самого себе — як його сприймають інші, наскільки адекватним є його сприйняття інших людей і їх і тому подібне.

Коригуючий емоційний досвід включає переживання і аналіз свого минулого, (включаючи дитинство), і теперішнього емоційного досвіду, а також емоційну підтримку. Емоційне прийняття пацієнта групою (психотерапевтом) сприяє розвитку співпраці, зменшує опір, полегшує засвоєння психотерапевтичних норм, створює умови для саморозкриття. Аналіз і опрацювання різних емоційних ситуацій в групі, явищ проєкції дитячого емоційного досвіду в психотерапевтичні ситуації дозволяє пацієнтові глибше зрозуміти себе і виробити адекватніші способи емоційного реагування.

Навчання в рамках психотерапії здійснюється як прямим, так і не прямим методами. Групова психотерапія більше сприяє реалізації поведінкових механізмів порівняно з індивідуальною. У групі пацієнт виявляє свої неконструктивні стереотипи, в групі він також має можливість їх коригувати. Все це створює сприятливі передумови для використання отриманих поведінкових навичок в різних ситуаціях реального життя.

Протягом всього курсу психотерапії постійно здійснюються два взаємопов'язані процеси — усвідомлення і реконструкція відносин особистості. Усвідомлення (інсайт) полягає в поступовому розширенні сфери самосвідомості хворого в плані розуміння ним дійсних джерел своїх хворобливих симптомів, конфліктів. Усвідомлення і емоційне відреагування психотравмуючої ситуації є основою для регуляції і перебудови стосунків особистості на пізнавальному, емоційному і поведінковому рівнях. Глибина усвідомлення може бути різного рівня:

1-й рівень може стосуватися розуміння пацієнтом лише деяких уявлень про свою дезадаптивну поведінку в умовах патогенної ситуації;

2-й рівень відображає осмислення пацієнтом тих неадекватних стосунків, які лежать в основі його невротичної поведінки;

3-й рівень глибини розуміння генезу свого неврозу пацієнтом пов'язаний з усвідомленням ним порушень у сфері мотивів і по-

треб, через їх неадекватне формування з дитинства в ході розвитку особистості і процесу формування системи стосунків.

Настроєність на самоаналіз, рефлексія і достатній рівень інтелекту прогностично сприятливі в плані можливості досягнення вищих рівнів усвідомлення в процесі психотерапії.

Питання для самоперевірки та самоконтролю

1) У чому полягають особливості поведінки клінічного психолога щодо пацієнтів з різними видами акцентуації особистості?

2) У чому полягають психологічні основи лікувально-діагностичного процесу в клініці внутрішніх хвороб?

3) Дайте визначення комунікативній компетентності та її ролі в ефективній взаємодії клінічного психолога з пацієнтом.

4) Які ви знаєте психологічні особливості лікаря, що відіграють значну роль в його професійній діяльності?

5) У чому полягають психологічні особливості спілкування на різних етапах лікувально-діагностичного процесу?

6) Перерахуйте медико-деонтологічні засади спілкування з хворою людиною.

7) Які деонтологічні аспекти розв'язання конфліктів в медичному середовищі ви знаєте?

8) Дайте визначення психогієни та поясніть в чому полягає її відмінність від психопрофілактики.

9) Перерахуйте основні розділи психогієни, їх зміст та галузі її застосування.

10) У чому полягають зміст психопрофілактики та її особливості?

11) Дайте характеристику первинній, вторинній, третинній психопрофілактиці.

12) Охарактеризуйте психотерапію як галузь клінічної психології та медицини.

13) У чому полягають цілі та методи медичної, професійної, соціальної реабілітації?

14) У чому полягають відмінності між психологічним консультуванням, психокорекцією та психотерапією?

Розділ 3. Психологія хворої людини

3.1. Етіологія психічних розладів та пограничних порушень психіки пацієнтів

Соціально-психологічні чинники захворювань

У лексиконі психологів та психотерапевтів часто зустрічаються вказівки щодо впливу 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 існування 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 *психотравма* і у зв'язку з цим існують певні відмінності у її визначенні та трактуванні. Та, незважаючи на те, що психотравму розглядають як порушення психіки, викликане зовнішніми стресовими для організму людини подіями, чи як ураження основних психічних функцій людини, або як наявність хворобливих змін психічних процесів під дією зовнішніх чинників внаслідок дезадаптації особистості, усі фахівці погоджуються з тим, що певні зовнішні чинники можуть виступати як пусковий механізм для виникнення психічного, соматичного або психосоматичного розладу та ускладнювати їх перебіг.

Загальновідомий патогенний вплив на психіку зовнішніх подій — смерті близьких людей, важкої хвороби, розлучення, участі у бойових діях, позбавлення волі, вимушеної (і добровільної) еміграції, втрати роботи, майна або житла, природних катастроф, соціальних негараздів тощо. В результаті подібних психотравмуючих подій у людей відзначають характерні клінічні ознаки неврозу, психічних чи психосоматичних порушень.

На побутовому рівні під психотравмою зазвичай розуміють *гострі психотравми*, тобто болісні, дуже сильні переживання, пов'язані з несподіваними незворотніми втратами. Однак при хро-

нічній психотравмі (т. зв. психотравмуюча ситуація) дія патогенного подразника не настільки сильно виражена, як при гострій, але в результаті тривалості та поступового накопичення невідреагованих 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. Сприймання зовнішнього подразника відрізняється і з анатомо-фізіологічної точки зору, і з психопатологічної. Часто оточення (навіть близькі люди) не можуть збагнути, чому хтось так болюче 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 нетривалого 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, визнаючи 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, він також може призвести до негативного результату внаслідок блокування певних аспектів особистісних проявів людини. Але більш важливим є те, що психотравма спричиняє трансформацію особистісних проявів у негативний план — призводить до неадекватних реакцій, девіантної поведінки, психічних та психосоматичних розладів.

Особливо важливо намагатися запобігати психічному травмуванню дітей. Гострі психотравми у дитячому віці переважно пов'я-

зані з переляком або насильством, а хронічні — з сімейними конфліктами, конфліктами з однолітками, а також із ситуаціями обмеження свободи дитини чи приниження її гідності. Якщо йдеться про дитячі гострі психотравми, то запобігти їхньому впливові, як у випадку з дорослими, неможливо, адже вони виникають в результаті сторонніх впливів, якими люди не спроможні керувати (війна, стихійне лихо). У випадку хронічних психотравм у дітей в першу чергу йдеться про тривале насилля над дитиною. Причиною може виступати: алкоголізм батьків, сутички із делінквентними групами молоді, намагання змусити дитину поводитися так, як це подобається іншим, надмірна опіка батьків, перекладання на плечі дитини необхідності реалізувати не здійснені батьками мрії, завищені вимоги батьків, неадекватне оцінювання фізичних та інтелектуальних можливостей дитини та багато інших.

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. Колодзін 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 безпідставній надмірній підозрілості 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 виявляються у вибухоподібній неадекватній реакції люті на перешкоди, що виникають у 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.

ІV. Інші психічні і психофізіологічні прояви:

- нав'язливі спогади, пов'язані з психотравмуючими подіями, виникають спонтанно, часто у формі жахливих сновидінь;
- безсоння, яке виявляється у труднощах засинання та частих прокиданнях, пов'язаних з переживаннями уві сні 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 психогенії. Психогенії можуть виявлятися як при неврозах, реактивних психозах, ситуативних психологічних реакціях чи адиктивній поведінці, так і при непсихотичних патологічних розладах (гострих афективних, невротичних та патохарактерологічних реакціях).

К. Ясперс запропонував для розмежування ендо- та екзогенних розладів із психогеніями тріаду ознак: психогенії виникають після психотравми; зміст переживання пацієнта відображає зміст психотравми; дезактуалізація психотравми призводить до ослаблення або припинення розладу. Незважаючи на значну умовність перелічених ознак, не можна не погодитися, що її застосування значно спрощує процес діагностики за умови 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 міг 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, вчинки яких призвели до загибелі або каліцтва інших людей, а також для тих пацієнтів, 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 поновлення 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 унеможлиблює відтворення життєвих сил особистості.

Викривлюючий вплив психотравми дуже істотно змінює поведінку людини: одних людей спонукає до ефемерної боротьби з реальними та уявними кривдниками, а інших викликає стійке зниження самооцінки, негативні самообмеження, пов'язані 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 винагороди. У незначної частини 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 відчули задоволення від отриманого результату.

Отже, *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 їх або стимулювати розвиток особистості, а також призводити до формування у неї психічних розладів та психосоматичних захворювань.

Концепція констеляції особистісних рис, або «персонального профілю особистості»

Зовсім інший підхід до генезу нервово-психічних та соматичних порушень був запропонований Ф.Дамбар (1954), згідно думки якої, розуміння хвороби та її розвитку повинні ґрунтуватись на знанні особистості хворої людини. Вона прийшла до висновку, що пацієнти з одними і тими ж самими захворюваннями мають подібні особистісні особливості. Ці особливості були детально нею описані («артритична», «виразкова», «коронарна» особистості). Подальші аналогічні дослідження особистісних профілів пацієнтів дозволили представникам «поведінкової медицини» розглядати поведінкові типи не як безпосередню причину захворювання, а як один із факторів ризику. Був виділений *поведінковий тип А* (стрес-коронарний, або «сизифів», тип). До даного типу відносяться люди, які знаходяться в стані постійної боротьби з оточуючим світом. Їх честолюбство, агресивність, конфліктність, нетерплячість, дратівливість, схильність до суперництва та ворожисть по відношенню до конкурентів співіснують з підкресленою ввічливістю, що не рідко призводить до стресу. Поведінка типу А проявляється в тому, що людина хоче за найкоротший час зробити якомога

більше та добитися максимальних результатів. Зіткнення великої кількості бажань та пристрастей, деякі з яких протиречать один одному, необхідність відмови від їх реалізації, дефіцит часу призводять до внутрішнього конфлікту. Людина з поведінкою типу А незадоволена та сувора до себе. Такі люди часто не звертають уваги на погане самопочуття і продовжують працювати. Вони, нібито, не знають, що таке тривога. Насправді тривога проявляється в них в завуальованій формі, наприклад, в підвищеній збудливості, грубості, вибуховності без особливих на те причин.

Крім поведінки типу А, існує *поведінка типу Б та типу С*. Поведінковий тип Б відрізняється доброзичливим відношенням до світу та до людей, задоволеністю існуючим станом справ та відсутністю напруги. Пацієнти, що належать до поведінкового типу С характеризуються замкненістю, несміливістю, готовністю без всякого опору примиритися з будь-якими ударами долі і постійним очікуванням неприємностей. Хворі, що належать до поведінкового типу А схильні до розвитку гіпертонічної хвороби, стенокардії з їх ускладненнями, такими як інсульт, інфаркт, що поглиблює психологічні проблеми особистості. Пацієнти, що належать до поведінкового типу С, переважно хворіють на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, що також викликає певні зміни психічної діяльності. Найчастіше такі хворі робляться дратівливими, образливими, у них порушується сон, понижується працездатність внаслідок швидкої стомлюваності та виснажуваності, що викликає прогресування соматичного захворювання. Їх контакти з лікарями та іншим медичним персоналом в процесі лікування та діагностики ще більше погіршуються, внаслідок вибуховості та іпохондричної спрямованості пацієнтів і розвитком у них соматогенної астенії.

Антиципаційна концепція виникнення порушень психологічного здоров'я.

В.Д.Менделевич розглядає її щодо етіопатогенезу невротичних порушень у хворих у їх нерозривному зв'язку з антиципаційними процесами. Неврозогенез розглядається як результат нездатності особистості передбачати хід подій та власну поведінку у ситуаціях фрустрації, що пов'язано з преморбідними особливостями «потенційного невротика» і називається антиципаційною неспроможністю. Пацієнт схильний до невротичних порушень, виключає з антиципаційної діяльності небажані події та вчинки, орієнтуючись завжди тільки на бажані. У зв'язку з цим, попадаючи в непрогнозовану несприятливу життєву ситуацію, людина не може ефек-

тивно використати копінг-механізми для формування пристосувальної поведінки, з метою адаптації до нових негативних умов існування. Навіть, якщо система психологічної компенсації у неї функціонувала нормально, то в умовах неспівпадіння прогнозу та при крайній вираженості емоційних переживань (образи, розпачу, нерозуміння), пов'язаних з цією прогностичною помилкою, людина може не використовувати потенційні можливості опанування ситуацією і починає давати картину клінічних проявів неврозу внаслідок дезадаптації.

Вплив життєвої та вікових криз на розвиток психічних порушень.

Людське життя завжди супроводжується кризовими станами. Життєві кризи не лише випробування для людини, а й момент усвідомлення значущості чи незначущості певних життєвих подій чи обставин. 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 завзято звинувачує себе, потім починає потроху 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. Л. В. Сохань зазначає, що кризи життя — це піки оновлення внутрішнього світу людини, що відтворюють кожен сформовану її якість.

Криза — це віраж на життєвому шляху, коли під загрозою опиняється життєвий задум, проект майбутньої світобудови. Старий життєвий світ руйнується частково або цілком. Людина відмовляється від попередніх уявлень про цінності, ідеали, смисли, цілі. Вона опиняється перед запитаннями, які не мають однозначних відповідей.

У працях радянських психологів життєву кризу розглядали з позиції психології життєвого шляху як подію життєвого шляху (Б. Г. Ананьев, С. Л. Рубінштейн), що є поворотним етапом, на якому приймаються важливі рішення на тривалий час. Загалом у світовій

психологічній та медичній літературі для зазначення стану життєвої кризи застосовують такі терміни: критичний стан буття (І. П. Маноха), біографічна подія (А. А. Кронік, Р.А. Ахмеров), криза (Е. Еріксон, Д. Маттесон), психотравмуюча ситуація (Т. С. Кириленко), та багато інших, в котрі автори вкладають близький смисловий зміст. Трактуючи критичні ситуації як ситуації загострення розвитку в житті людини, психологи відзначають, що прийоми та засоби, які застосовує людина для подолання кризи, визначають її подальшу долю.

В. В. Нуркова і К. Н. Василевська виокремили 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) вітальний фактор, який виражається в суб'єктивному відчутті неможливості жити у нав'язаній ситуації; людина вважає, що вона не спроможна перенести 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 невміння 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 поєднує симптоматика деформації 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, дане 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 досягає піку, коли людина гостро відчуває актуальність власного ще не реалізованого задуму, та водночас 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 супереч-

ностей, загострених до останньої межі, котра в даний момент визначає внутрішньоособистісні резерви соціальної адаптивної енергії.

Кризи, що їх переживає кожна людина, також можна умовно поділити на нормальні або аномальні. 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.

Аномальна 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 самим собою і своєю долею.

Нормальна (прогресивна, вікова) криза — це перехід від однієї вікової стадії до іншої. У 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 виокремити такі основні характеристики кризових періодів:

- наявність різких істотних змін протягом коротких відрізків часу;
- невиразність меж кризи, тобто складність визначення її початку і закінчення;
- конфлікти з оточенням;
- окреслена наявність руйнування у розвитку особистості: "На перший план висуваються процеси відмирання і згортання, розпаду і розкладання того, що утворювалося на попередній стадії" (Л. С. Виготський).

У визначенні критичних періодів українські та російські психологи на сьогодні притримуються 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 необхідність якісних перетворень, що полягають у зміні провідної діяльності і одночасному переході у нову систему взаємин, основними вважають соціальні, зовнішні умови, а не психологічні механізми розвитку. Загалом нині і в зарубіжній, і у вітчизняній психології вчені 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.

З точки зору медичної психології важливою також 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:

Кризи становлення особистості.

У першу чергу йдеться про вікові кризи, які є необхідними для процесу становлення особистості. Зміни, що відбуваються у психіці, 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.

Кризи здоров'я.

Кризи, пов'язані з каліцтвом, професійними хворобами чи хронічними захворюваннями, що змушують людину обмежити свої професійні та соціальні функції, внаслідок фрустрації можуть спровокувати дезадаптацію та порушення емоційно-вольової сфери особистості і навіть призвести до суїцидальних спроб. Водночас в результаті захворювання змінюється й психологічний профіль особистості.

Термінальні кризи.

Пов'язані з термінальними цінностями людини, зокрема з ймовірним чи неминучим близьким кінцем її життя. Переважно виникають у людей, котрі дізналися про невиліковне захворювання або ситуацію, що реально і неминуче загрожує їхньому життю.

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 нерозді-

леному коханні, розчаруванні у коханні, тощо. У психіці, поведінці, стосунках людини внаслідок цих криз виникають певні зміни, що можуть призводити до виникнення поведінкових змін, розладів адаптації та порушень емоційно-вольової сфери особистості.

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 обов'язками, 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.

Кризи самореалізації.

Пов'язані 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 еміграція, банкрутство, неможливість отримання бажаної освіти, тощо. Усвідомлення людиною краху її життєвих планів, або хибності обраного шляху оцінюється як екзистенційна криза і часто супроводжується фрустрацією, що призводить до появи депресії, яка може закінчитися суїцидом.

Кризи життєвих помилок.

Криза, пов'язана з усвідомленням незворотності певних вчинків минулого. Виникає при переживанні людиною вчиненої зради, обману, злочину або втрати та нездійснених вчинків, що призвели до фатальних наслідків (байдужість, ненадання допомоги, тощо). Це кризи, які переживаються як докори сумління і зазвичай отожднюються 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. У літературі (Анциферова Л.І., Виготський Л.С., Василюк Ф.Є., Донченко Е.О., Титаренко Т.М.) детально проаналізовані та описані різні види життєвих криз, існують різні

погляди щодо самої природи виникнення і перебігу життєвої кризи. Одні вчені вважають, що життєва криза виникає як емоційна реакція людини на загрозову ситуацію при появі перешкод на шляху досягнення життєво важливих цілей (Ліндемман, Каплан); на думку інших — криза може виникнути і в умовах, які не справляють враження загрозливих. Та всі науковці погоджуються з думкою, що кожна криза має полярні наслідки, як негативні, так і позитивні, у зв'язку з чим криза водночас є й загрозою для особистості, і можливістю, і спонуканням для особистісного розвитку, і зростання.

Роль емоцій у виникненні психосоматичних порушень.

Теорія функціональних систем П. К. Анохіна..

Вчення про тісний взаємозв'язок самопочуття з психічним станом (і насамперед настроєм) індивіда, про соматичний резонанс психічних процесів у вигляді минутих або хронізованих функціональних порушень внутрішніх органів (мовою яких ніби виражається афект) проходить червоною ниткою через усю історію медицини. Внутрішня мова емоцій — це функція органів; кожне психічне порушення певним чином відображається в тілесних відчуттях і процесах як у нормі, так і в патології. Наприклад, страх не випадково завжди асоціюється з певним і вкрай важким фізичним станом. Страх, що буквально захоплює людину, — це не тільки розпад душі, дика судома думки і серця, сам спогад про яку породжує тужливий сердечний трепет; це палаюче зрошене потом чоло, липкі, часом тремтячі руки; це неприємна важкість в шлунку і нудота, напівпритомний стан і відчуття ядухи. Серце споконвіку розглядають як специфічний орган вираження емоцій (у тому числі страху) у такому ж розумінні, як очі служать органом зору. Більшість пристрастей впливає на тіло, і, якби люди уважніше 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, стає, за Е.К. Краснушкіним, найважливішим органом вираження афекту. Особлива "вразливість" 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 інди-

віда, може виявитися при цьому первісним вихідним пунктом, що викликає хворобливі розлади. Довгий ряд життєвих стресів включає, за І. П. Павловим (1951), не тільки втрату близьких або втрачене кохання, але й інші удари долі, розчарування в житті, пов'язані з образом почуття власної гідності, а в слабкої або астеноїзованої особистості — найсильніші реакції з різними аномальними так званими соматичними симптомами. Туга і глибинне відчуття "труднощів буття", безглузді обов'язки, що безплідно вимотують 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" (Гіляровський В.А.) — набуває патологічного характеру при надмірному для даного індивіда, надто частому і тривалому або постійному афективному напруженні; хронічні емоційні стани обумовлюють неминучі хроніфіковані вісцеровегетативні розлади. Усі вісцеровегетативні виявляються практично (постійно або у вигляді різних вегетативних кризів) у кожному випадку загального неврозу в людини; вони є неодмінним, якщо не провідним, компонентом клінічної 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, тривоги і туги в структурі депресивних станів різного походження. Мінливі хворобливі відчуття, що зливаються з практично невіддільними від них розладами настрою і вкрай тяжкою загальною тональністю особистості, не випадково визначалися інколи як чутливість симпатичної системи.

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 виникнення болю чисто психогенного походження, а також 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 ремня психічного для всієї соматички 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. Емоції тривоги і страху, почуття

беззахисності і пасивне очікування болю нерідко пов'язують з гіперадреналінемією, тоді як афект гніву і люті, станів, що вимагають підвищеної фізичної або розумової напруги, — з гіпернорадреналінемією. Не виключено, що гіперкатехоламінемія відображає 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.

Поширеність у всьому тілі переживання емоційного розладу дозволяє розглядати його як загальну реакцію організму, що втягує в страждання усю вегетативно-ендокринну систему і зрушує найглибші основи життєвих процесів. Посилене функціонування не тільки симпато-адреналової, 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.

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 висловлювання лікаря з приводу злякисного характеру захворювання, страх зараження крові при поверхневому порізі пальця, забрудненого чорнилом, або очікування оперативного втручання на операційному столі. 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 злякисні 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.

Особлива, виняткова роль психоvegetативних розладів (невичерпного джерела соматичних скарг хворих) у розвитку тривожно-іпохондричних станів настільки велика, що спроби більш чіткого розмежування іпохондричної і вегетативної депресії невротичного кола мають досить відносний, умовний 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 доконаний факт і кожна тривожно-тужлива думка — у неприємне відчуття, що піддається відповідній інтерпретації і породжує усе більше нових соматичних порушень.

Питання розвитку і перебігу будь-якого патологічного процесу почали розглядати з позицій цілісного організму, і насамперед — усвідомленої або підсвідомої установки на хворобу або здоров'я.

Відповідно до всепоглинаючої концепції пансексуалізму, булімія і деякі диспептичні симптоми свідчать про потребу в любові і турботі або бажання вагітності; закрепи і спастичне скорочення кишечника — про тенденції до бридливості і педантизму або накопичення грошей і підвищення соціального престижу; психогенні респіраторні розлади — про регресивну виявлену тугу за материнською любов'ю і прагнення до повернення в материнське лоно, у внутрішньоутробний стан, коли ще не функціонує власна дихальна система. Хронічні іпохондричні страхи і побоювання розглядаються як результат витіснення сексуальних фантазій або переживань і важкого внутрішнього конфлікту.

Визнання впливу емоцій на виникнення і перебіг різних захворювань, у тому числі одержання певного пристосувального ефекту є необхідним 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 підкіркові утворення). Положення про функціональну систему розшифрує і нормальні функції організму, і різні форми їхніх порушень, і компенсаторні процеси при відновленні порушеної функції, і такі поняття, як декомпенсація станів і видужання. Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює з біологічною роллю емоцій, 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 древнім і універсальним критерієм усього живого на землі — прагненням вижити". Саме емоції (перша ланка в загальному ланцюзі пристосувальних 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.

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.

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 супутне тривозі і депресії — це ті ж емоційні стани, реалізовані корою головного мозку при сприянні підкіркових утворень; незмінною опосередковуючою ланкою між складни-

ми функціями кори головного мозку і різноманітними процесами, що протікають у внутрішніх органах людини, виявляється гіпоталамічний апарат.

Кожне емоційне порушення обов'язково містить неспецифічний (вісцеровегетативна реакція) і специфічний (відповідна інтерпретація індивідом вегетативних зрушень і сформованої ситуації в цілому) компоненти. Чим сильніший або триваліший вплив негативних емоцій, тим значніші і стійкіші вісцеровегетативні порушення, тим більше підстав для хронізації психосоматичних розладів і відповідно — іпохондричного розвитку особистості. Гальмування вісцеровегетативних реакцій (насамперед за допомогою психофармакотерапії і психотерапії) зменшує інтенсивність негативних емоцій, що у свою чергу змінює і всю поведінку людини.

Слід зазначити, що формування вісцеровегетативної симптоматики (у тому числі і больової) 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 в порядку вимушеного функціонування (за механізмом центральної інтеграції, що склалася при емоційному розряді у зв'язку з необхідністю постійного пристосування організму до умов безупинно мінливого середовища). Будь-яка якісно окреслена емоція (наприклад, страх, коли домінуючою мотивацією стає збереження себе) виступає, за П. К. Анохіним, як "настільки глибоко і стандартно організований комплекс процесів діенцефального рівня", що розгортання його на периферії від коригуючих впливів і стану внутрішніх органів жодною мірою не залежить. Функціональні розлади внутрішніх органів являють собою клінічне відображення загальної психовегетативної нестійкості індивіда (його конституціональної, соматогенної або ситуаційно обумовленої емоційної нестабільності з феноменом вегетосудинної дистонії).

Чітке матеріалістичне обґрунтування з позицій теорії функціональних систем покладено в основу іпохондричних страхів і побоювань почуття хвороби («темне валове почуття», за І. М. Сеченовим). Емоція вісцерального походження виникає як наслідок зустрічі вихідного інтегрованого порушення, що обумовлює визначений периферичний ефект, потік аферентної імпульсації від ор-

ганів дії (своєрідного аферентного чинника, що відображає частку участі кожного органа в адаптаційному процесі). Первинна позитивна емоція можлива лише при повному 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 обґрунтування 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. Будь-яка зміна порядку та послідовності або навіть проста затримка одного з цих інтегративних процесів призводить до дезорганізації даної функціональної системи і переходу емоції задоволення 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 стає універсальним індикатором достатності і доцільності зробленого пристосувального акту.

Необхідно підкреслити при цьому діалектичний характер негативної емоції: сприяючи розвитку психовегетативної дисфункції і безперечно дезорганізує 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 самопідтримки (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 своерідної 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).

У світлі загальнобіологічної теорії емоцій знаходять своє пояснення і надзвичайна розмаїтість сполучених з афективними переважаннями вісцеро вегетативних 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 разючу пластичність клінічної картини психосоматичного страждання. Психосоматичні розлади набувають безлічі подоб, 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

іпохондричної фіксації індивіда. Посилена в процесі еволюції роль кортикальних зв'язків дозволяє нам лише розчленовувати ефекторний комплекс емоції. Людина, що працює швидко і вміло, хоча пальці 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.

"Тривале втручання в цілісний емоційний комплекс і переадресування всієї сили емоційного вираження на внутрішні, зовні не констатовані процеси створює стійке патологічне підвищення тону ряду внутрішніх органів", — пише П.К. Анохін, трактуючи саме в цьому плані все розмаїття психосоматичних порушень.

Отже, емоційні стани, яким приписують хаотичність і дисгармонію, в дійсності підпорядковуються твердим причинно-наслідковим зв'язкам і протікають у рамках суворих нейродинамічних співвідношень.

Фізіологічно закономірним результатом послідовного культивування так званих стримуваних 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.

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 при голоді і спразі; стресори відокремлен-

ня, 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.

В практичній діяльності психологи виокремлюють такі ознаки стресового напруження (за Шеффером):

- неможливість зосередитися на чомусь; надто часті помилки в роботі; погіршення пам'яті; часте виникнення почуття втоми; дуже швидке мовлення; часті болі (в спині, голові, ділянці шлунка); підвищена збудливість;

- робота не приносить попереднього задоволення; втрата почуття гумору;

- різко збільшена кількість випалюваних сигарет; потяг до вживання алкогольних напоїв; постійне відчуття недоїдання; втрата апетиту; 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 кількаразово 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, порівнявши свої ресурси та силу впливу стресора, усвідомлює, що ресурси недостатні.

Роль процесів опанування (копінг-механізмів) у виникненні психогеній

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 змінні спроби людини справитися зі специфічними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які вона сама сприймає як такі, що переважають її 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 вчасно і адекватно на них відреагувати.

Отже, *копінг-поведінку* розглядають як цілеспрямовану поведінку особистості, скеровану на свідоме опанування ситуацією для усунення або зменшення шкідливої дії стресу чи пристосування до нього, а також передбачає сформоване уміння використовувати певні засоби для подолання стресу, причому особливого значення набуває не обрання певної стратегії реагування, а співвідношення копінг-поведінки з особливостями середовища.

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 *geneia* — походження, виникнення) — психічними розладами, що виникають як результат реакції на психічну травму.

У клініці найчастіше діагностують такі пов'язані зі стресом 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, рівня психологічної стійкості, а також від попередніх стресів у житті людини: їх частоти, інтенсивності, тривалості й реакції на них.

Гостра реакція на стрес — транзиторий 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 назву 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 мають місце 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 беззмістовна гіперактивність (може спостерігатися реакція втечі,

фуга); зниження уваги; а також вегетативні розлади: блідість або почервоніння шкіри, пітливість, серцебиття. Окрім того, можуть виникати переживання жаху, гнів або вербальна агресія, відчай, безнадія, неконтрольований і надмірний смуток. Симптоми утримуються протягом кількох годин, значно зменшується 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 зостається зовсім або ж вони уривчасті.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — 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 адаптативних можливостей та від індивідуальної вразливості яких 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.

Типовим для хворих є відчуття приниження, провини, сорому, злоби на фоні перманентного загального притуплення почуттів, відстороненості від людей та подій, ангедонії, втрати інтересу та ухиляння від виконання не лише функцій, пов'язаних із психотравмуючою ситуацією, а й рутинних попередніх занять. Патогномонічним симптомом можна вважати наявність предметних, надзвичайно жвавих стійких нав'язливих спогадів (ремінісценцій) про психотравмуючу ситуацію, які знаходять відображення й у сновидіннях. У стані сп'яніння та в момент прокидання також можливі дисоціативні епізоди з почуттями, думками і вчинками, що відображають зміст травми. Намагання людини вгамувати емоції часто призводить до виникнення залежності від психоактивних речовин, що, усвою чергу, може викликати напади паніки або афективні порушення, які сприяють суїцидальним тенденціям (особливо за наявності подразників, що нагадують або символізують якийсь аспект травмуючої події). Характерні для пацієнтів з ПТСР і спроби уникати спогадів про сам стрес, а також

про місце і людей, пов'язаних з ним. Окрім того, слід відзначити вегетативну лабільність, когнітивні порушення та депресивність пацієнтів з ПТСР.

Перебіг розладу має хвилеподібний характер. У випадку хронізації захворювання може тривати кілька років і призводити до хронічних змін особистості. Спілкування з пацієнтами вимагає високого рівня емпатії та терпіння через байдуже, недовірливе та вороже ставлення їх до оточення.

3.2. Психологічні особливості хворих з пограничними психічними розладами та з невротичними порушеннями

Найбільш поширеними психічними розладами є пограничні форми, що включають невротичні, невротоподібні, особистісні та поведінкові порушення. Розлади даного регістра найчастіше зустрічаються в загальнолікарській практиці.

Істеричні форми реагування, гострі реакції на стрес та істеричні невротичні стани зустрічаються в клініках різного профілю. Це дуже неприємні як для лікарів, так і для оточуючих форми хворобливого реагування на зовнішні шкідливі впливи, які вимагають відповідного підходу, оцінки та лікування. Особливе місце в клінічній практиці лікаря займають конверсійні істеричні прояви, які імітують різноманітні соматичні розлади. Такі хворі, потрапляючи в клініки різного профілю, можуть протягом тривалого часу отримувати неадекватну терапію, навіть піддаватися оперативним втручанням, якщо своєчасно не будуть виявлені механізми наявних у них розладів і застосовані психотерапевтичні та інші методи лікування даного типу порушень.

Пацієнт з істеричними розладами «бажає» чути, що він хворий, що його хвороба найбільш незвичайна, вимагає особливих підходів до лікування. Ствердження лікаря, що він здоровий і повинен «взяти себе в руки», викликає у нього реакцію протесту, що виражається в прогресуванні вегетативних і соматичних симптомів. Лікар повинен відмовитися від неправильного ставлення до таких хворобливих змін психіки, не дивитися на істеричний розлад як на симуляцію, не вимагати, щоб хворий перестав себе поводити подібним чином. У таких випадках стан хворих, як правило, погіршується, можуть з'являтися нові симптоми; крім того, часто виникає невдоволення пацієнта лікарем і конфліктні ситуації.

Переміщення хворого з істеричними розладами в загальносоматичний стаціонар в ряді випадків може сприяти фіксації окремих симптомів і подальшому істеро-іпохондричному розвитку особистості за механізмом «втечі у хворобу». Однак при правильному підході лікаря, застосуванні ним психотерапевтичних методів, що включають сугестію, подібна госпіталізація може надати і терапевтичний ефект.

Дещо інший ефект надає госпіталізація в загальносоматичні відділення хворих з тривожно-недовірливими рисами характеру, які страждають на фобійні розлади. У цих випадках госпіталізація, як правило, призводить до прогресування, погіршення самопочуття і наростання страхів. Вигляд тяжкохворих, вмираючих, розмови про хвороби, обстеження та лікувальні заходи посилюють занепокоєння і стурбованість станом свого здоров'я: хворий не може спати, перебуває в стані тривоги і страху, вимагає чергового лікаря, не відходить від медичної сестри, так як кожную хвилину боїться померти. У цих випадках він потребує консультації клінічного психолога, і чим швидше це буде зроблено, тим скоріше покращиться його самопочуття.

Розмовляючи з таким хворим, необхідно пам'ятати, що він повинен почути від лікаря переконливий висновок — його хвороба не є небезпечною, і його життя нічого не загрожує. На підтвердження цих слів необхідно навести зрозумілі хворому аргументи. Ніяких розпливчастих і невизначених формулювань він чути не повинен. Навіть якщо пацієнтом є лікар-колега, розмова з ним повинна вестися як з хворим, а всі професійні розмови і обговорення діагностичних сумнівів відкладені до одужання. Потрібно пам'ятати, що під час хвороби змінюється психологія людини, в її свідомості домінують афективно насичені думки про хворобу, у зв'язку з чим більшість людей в тій чи іншій мірі втрачає здатність правильно оцінювати ситуацію.

Перед лікарем загального профілю (терапевт, хірург) стоїть серйозне завдання — переконливо обґрунтувати, що хворому необхідна консультація психотерапевта.

При психічному розладі невротичного генезу доцільно зробити акцент на тому, що соматична хвороба послабила нервову систему, у зв'язку з чим порушився сон, зник апетит, з'явилися сльозливість, дратівливість, тривога, страхи, які, в свою чергу, спричиняють негативний вплив на перебіг соматичної хвороби. Тому для успіху лікування необхідні спільні зусилля і допомога фахівця іншого профілю — психіатра, психотерапевта чи психолога. Хворому

необхідно роз'яснити, що іноді життєві негаразди, нервові перенапруження, перевтома можуть викликати вегетативно-соматичні порушення, які за клінічними проявами подібні до невідомих соматичних захворювань; насправді ж вони обумовлені психогенними факторами і є функціональними. Проведене об'єктивне обстеження не виявляє ознак органічної патології, тому для правильної оцінки наявних розладів і відповідного лікування необхідна консультація клінічного психолога.

Труднощі лікування хворих з патологічними рисами характеру в рамках психопатії або психопатоподібних синдромів, нерідко спостерігаються при таких хронічних захворюваннях, як туберкульоз і виразкова хвороба шлунка та виявляються, насамперед, в емоційній неврівноваженості, схильності до експлозивних реакцій, конфліктів з іншими хворими та медперсоналом. Помилкою лікарів, часом стомлених необгрунтованими скаргами пацієнта, його дратівливістю і погрозами на свою адресу та на адресу медичного персоналу, є швидкоплинно прийняте під впливом емоцій рішення показати хворого психіатру — «нехай розбереться». При цьому, на жаль, в стаціонарах мають місце випадки, коли консультація психіатра представляється лікуючим лікарем і, відповідно, сприймається пацієнтом як покарання із загрозою запроторити його до «божевільні». У такій ситуації консультація, як правило, не дає бажаного результату, так як психіатр не знаходить показань для переведення хворого в психіатричне відділення, і замість користі завдає йому шкоди. У хворого потім формується протест проти будь-якої психологічної допомоги, яка необхідна для його реабілітації.

При хронічних соматичних захворюваннях у хворих зустрічаються різноманітні психічні порушення, в тому числі нозогенного характеру, які, у разі відсутності адекватної психотерапевтичної допомоги, можуть приймати затяжний перебіг, завершуючись невротичним або патохарактерологічним розвитком особистості, що істотно обмежує реабілітацію хворих. Спостерігаються випадки, коли згідно соматичного стану хворий міг би продовжити трудову діяльність, але фіксовані невротичні симптоми і зміни характеру, що виникли на ґрунті тривалої соматичної хвороби, роблять його непрацездатним ще багато місяців. Найчастіше мова в таких випадках йде про іпохондричні розлади в сукупності з іншими невротичними або патохарактерологічними радикалами (істеричним, обсесивним та ін.)

Іпохондричний прояв на тлі скарг соматичного характеру буває провідним і у хворих з невротичною депресією, особливо при

маскованих формах останньої. Ці хворі часто свій пригнічений настрій пояснюють поганим фізичним станом.

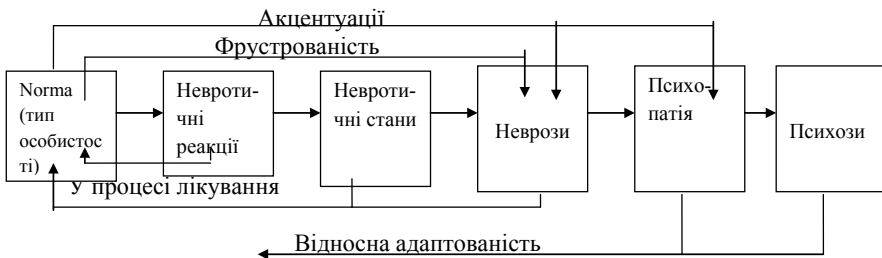
Лікаряю важливо не тільки запідозрити наявність у хворого стресового стану, але й намагатися визначити його характер, що необхідно для подальшого лікування. Цілеспрямована бесіда з метою виявити добове коливання настрою, сезонність підвищеної тривожності, зв'язок їх з ситуацією, особливості вегетативних порушень допомагають правильно класифікувати ці симптоми. Так, раннє вранішнє пробудження з «нестримною тугою» характерні для циркулярної депресії, а пробудження з великими труднощами, яке супроводжується слабкістю та розбитістю, — для невротичної депресії. При циркулярній депресії, як правило, спостерігається підвищення артеріального тиску, при невротичній — гіпотонія. У хворого з циркулярною депресією очі «сухі», при невротичній — виражена сльозливість.

Правильна оцінка депресивного стану сприяє профілактиці суїцидів. Якщо при невротичній депресії загроза самогубства невелика, то при циркулярній депресії суїцидальні думки виникають досить часто, у зв'язку з чим необхідно госпіталізувати хворого, так як в домашніх умовах «самогубство є непередбачуваним».

Різні соматичні реакції у депресивних хворих та порушення окремих функцій організму можуть спонукати до постановки невірної діагнозу. Наприклад, відсутність менструації дозволяє припустити у хворі вагітність чи гінекологічне захворювання; неприємне відчуття в ділянці серця, порушення в його роботі дають підстави думати про інфаркт міокарда чи іншу серцеву патологію. Різде схуднення хворих на депресію, відсутність апетиту можуть наштовхнути лікаря на думку про новоутворення та направити його по невірному шляху, створюючи при цьому умови для виникнення у хворого ще й канцерофобії. Це часто призводить до складних, болючих, неприємних процедур обстеження, які проводяться без врахування психологічного стану хворого.

Помилкове трактування стану хворого веде до неправильних подальших дій. Хворих часто направляють на обстеження в непрофільні стаціонари. Часто при детальному обстеженні і соматичному лікуванні не настає покращення самопочуття, навпаки, хворий тільки перекоується в невиліковності свого захворювання. При цьому депресія може поглиблюватися, призводячи до відчаю та суїцидальних дій, котрі в умовах лікарні не завжди можна попередити.

Інколи хвороба пацієнта проявляється як стан фрустрації — специфічні емоційні стани людини, що виникають у випадку появи непереборних перешкод на шляху до досягнення бажаної мети. Фрустрація виявляється як агресія, озлобленість, що можуть бути спрямованими на інших (агресивна фрустрація), або на себе, звинувачення самого себе в невдачах (регресивна фрустрація). Часто повторювані стани фрустрації можуть закріпити в особистості людини деякі характерні риси: млявість, зневіру в себе, «комплекс неповноцінності», байдужість, безініціативність. Якщо людина тривалий час не виходить з фрустраційного стану, то формується невроз — хвороба, що виникає внаслідок конфлікту людини з оточуючим середовищем на підставі зіткнення бажань людини і дійсності, що їх не задовольняє (мал.1).



Пограничні та неврозоподібні порушення розглядаються як прояви дезадаптації. Їх виникненню сприяють наявність у пацієнта емоційних порушень, які в залежності від важкості симптомів можна поділити на 4 типи, що відображають 4 рівня соціально-психологічної дезадаптації:

- 1) акцентуації характеру;
- 2) неврози та соматоформні вегетативні дисфункції;
- 3) особистісні розлади (психопатії);
- 4) психози.

На одному кінці цього континіуму — здатність жити в межах компенсаторних можливостей людини, на іншому — цілковита втрата волі до життя, дезорганізація процесів адаптації та компенсації.

До першого рівня психологічної дезадаптації відносяться акцентуації характеру. За визначенням А.С. Личко (1985), акцентуації характеру — крайні варіанти норми, при яких окремі риси ха-

рактеру надмірно посилені, внаслідок чого з'являється вибіркова вразливість по відношенню до певного роду психогенних впливів («місце найменшого супротиву» в структурі акцентуацій, так звані «негативні» властивості акцентуації) при гарній і навіть підвищеній стійкості до інших («позитивні властивості» акцентуації характеру). Акцентуації характеру часто виступають в якості преморбідних особливостей особистості в розвитку нервово-психічної та психосоматичної патології.

Другий рівень соціально-психологічної дезадаптації представляють *неврози*. У вітчизняній та зарубіжній психоневрології все більшого визнання отримує поліфакторна етіологія найбільш розповсюдженого пограничного психічного розладу — невроза, причому психологічному фактору відводиться головна роль.

В найбільшій мірі зміст психологічного підходу розкривається в патогенетичній концепції неврозів В.М. М'ясищева, котрий вбачав у неврозі глибокий особистісний розлад, що настає через порушення системи відносин людини. Розглядають наступні рівні відносин: відношення до світу предметів та явищ; до інших осіб; до себе. Відношення людини до самої себе — найбільш пізні утворення, але саме воно забезпечує цілісність системи відносин особистості (Ананьєв, 1968).

Третій рівень психічної дезорганізації представлений особистісними розладами (психопатіями). Психопатії — патологічний психічний розлад особистості, який характеризується дисгармонійністю. Психопатичний склад особистості являє собою постійну, вроджену властивість індивіда. Протягом життя видозміни цієї властивості незначні, якщо є, то більше в сторону посилення. Патологічні властивості психопатичної особистості тотальні, визначають всю психічну структуру людини. Патологічні зміни настільки значні, що перешкоджають повноцінній соціальній адаптації (безболісній як для самої особистості, так і для оточуючих). Таким чином, три критерія за П.Б. Ганнушкіним (1933) визначають психопатичні властивості:

- 1) тотальність;
- 2) відносна стабільність;
- 3) порушення соціальної адаптації.

Четвертий рівень дезорганізації. Відповідний йому тип розладу зазвичай називають *психозом*. Причинами подібного захворювання частіше всього є ендogenous фактори. Крайніми вираженнями психозу можуть бути депресія з вітальною тугою, цілковита відчуженість, галюцинації та паранойя. Людина в такому стані

не може виконувати звичайні функції: навчатись, працювати і навіть просто займатись домашніми справами. Часом емоційний розлад в цьому випадку заходить так далеко, що людина втрачає орієнтацію в часі та просторі, її особистість дуже деградує, «розвалюється», іноді в такого хворого зникає бажання жити.

Найбільш поширеними емоційними реакціями на хворобу З.Липовський (Lipovski, 1983) вважає тривогу, депресію, сором, провину, гнів. Неврозоподібні реакції пацієнта на хворобу виступають в якості захисної реакції, яка послаблює вегетативні порушення, що загострюються під час прогресування хвороби. Виникнення подібної реакції супроводжується дифузним нейрогуморальним супроводженням. Крім того, в період прогресування психосоматичного порушення спостерігається виражене загострення преморбідних особливостей особистості. Психологічні феномени особистісного захисту у хворих спрямовані 1) на послаблення внутрішньоособистісних конфліктів (зменшення тривоги, напруженості і т.д.) — первинний невротичний аспект; 2) на ослаблення вторинних функціональних нашарувань, викликаних соматичною патологією, — вторинний неврозоподібний аспект.

3.3. Етіологія та класифікація невротичних (дисоціативних) порушень

Надзвичайно важливими є дослідження впливу психіки на виникнення, перебіг і лікування захворювання. Значення психічного фактора в етіології захворювання виявляється при дослідженні психогенних розладів, серед яких особливе місце посідають неврози. Вивченням цієї патології займаються різні фахівці: лікарі, психологи, фізіологи, біохіміки. Запропонована патогенетична концепція неврозів, що ґрунтується на теорії взаємин особистості, 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. Неврози розглядаються як одна з моделей хронічного емоційного стресу, що дозволяє усвідомити характер їх зумовленості, для яких провідним етіологічним фактором є психологічний.

Слово «невроз» вперше було вжите наприкінці XVIII сторіччя шотландцем Кулленом. Спочатку воно не мало суворо обмеженого змісту і застосовувалося для позначення різноманітних нервових

захворювань і навіть більшості неврологічних симптомів, причому питання про фізичну або психічну обумовленість взагалі не піднімалося. Насьогодні існує багато визначень самого поняття неврозу, в кожному з яких акцентується увага на тій чи іншій стороні захворювання.

У вітчизняній науці одним з перших, хто дав розгорнуте тлумачення неврозу, був В.Н. М'ясищев, який у своїй патогенетичній концепції неврозів ще у 1934 році відмічав, що невроз є хворобою особистості. Пізніше він уточнив, що невроз — це психогенне захворювання, в основі якого — протиріччя між особистістю і важливими для неї сторонами дійсності, яке вирішене нею невдало, нераціонально, непродуктивно і викликає тяжкі та хворобливі переживання.

Сьогодні загально визнаною точкою зору на неврози є погляд радянського вченого Б.Д. Карвасарського, який визначав невроз як “психогенний нервово-психічний розлад, що виникає внаслідок порушення важливих життєвих відношень людини і проявляється у специфічних клінічних феноменах при відсутності психотичних явищ”. Невроз характеризується, по-перше, зворотністю патологічних порушень, незалежно від його тривалості, що відповідає розумінню неврозу І.П.Павловим як зриву вищої нервової діяльності, який може тривати дні, тижні, місяці і навіть роки; по-друге, психогенною природою захворювання, що, згідно В.Н. М'ясищева, визначається існуванням зв'язку між клінічною картиною неврозу, особливостями системи відносин і патогенної конфліктної ситуації хворого; по-третє, специфічністю клінічних проявів, що проявляється у домінуванні емоційно-афективних і соматовегетативних розладів.

Таким чином, неврози належать до функціональних захворювань центральної нервової системи. Причини виникнення їх складні і різноманітні. І.П. Павлов характеризував невроз як “зрив нервової діяльності, що настає при зіткненні організму з надзвичайними умовами зовнішнього середовища”. Часто поштовхом до розвитку неврозів бувають різні психотравмуючі ситуації, при яких відбувається зрив компенсації: надмірне хвилювання, негативні емоції, гострі конфлікти, перевтома.

Захворюванню сприяють обставини, які ослаблюють організм: нерегулярне і неповноцінне харчування, хвороби внутрішніх органів, травми мозку, інфекційні захворювання, інтоксикації тощо. Соматичні захворювання (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, пухлина мозку) можуть спричиняти неврозоподібні стани.

Безпосередня причина неврозу — психічна травма. Психічною травмою для людини є те, що загрожує її майбутньому, породжує невизначену ситуацію і змушує приймати термінове рішення. Це може бути інформація про сімейно-побутові і службові труднощі, смерть близьких, загроза життю і здоров'ю, щастю і добробуту, нездійснення надій, не налагоджене особисте життя, погані взаємини з оточенням, звільнення з навчального закладу або з роботи.

Факторами розвитку неврозу можуть бути події, які ведуть до виникнення невирішеного конфлікту для цієї людини між обов'язком і бажанням, захопленням і ситуацією, що потребує боротьби протирічливих почуттів (любові і ненависті і т.д.).

Також причиною розвитку неврозу може бути відсутність інформації, яка має особливе значення для цієї людини (немає повідомлення про близьких, рідних, людей). Очікування неприємної події викликає нервові напруження, більше ніж сама подія. Психотравмуючі подразники можуть бути слуховими (слово), зоровими (горить будинок) і письмовими (записка, знак) і т.д.

Щоб призвести до розвитку неврозу психогенний фактор повинен бути великої сили і тривалої дії. Сила дії на психіку не визначається фізичною інтенсивністю, а значенням інформації для цієї людини. Та сама психогенія для однієї людини минає безслідно, а в іншій спричиняє виникнення порушень психіки.

Патофізіологічні механізми розвитку неврозів були відкриті експериментальними дослідженнями на тваринах І.П.Павловим і його учнями. Була визначена роль у механізмі виникнення неврозів гіпноідно-фазових станів у корі головного мозку, на фоні яких під впливом психогенних подразників можуть утворюватися «хворі пункти» — вогнища патологічного застійного збудження і гальмування. При вивченні сили і рухливості основних нервових процесів виявили, що патофізіологічною основою є «зрив» вищої нервової діяльності, який виникає або у випадку перенапруження одного з цих процесів, або в результаті їх «зіткнення».

Крім того, слід зазначити, що невроз, як набуте функціональне захворювання, при якому відбувається «зрив» діяльності головного мозку без будь-яких ознак його анатомічного пошкодження, виникає внаслідок невдач, фрустрацій і міжособистісних зіткнень і в той же час нерідко служить їх причиною. Таким чином, утворюється хибне коло: конфлікти призводять до невротизації, а вона, у свою чергу, провокує нові конфлікти. Короточасні невротичні стани, що проходять згодом самі по собі, без лікування, спостерігаються в той або інший період життя практично в будь-якої людини. Більш

глибокі порушення, що потребують лікарського втручання, відзначаються приблизно в 30% населення, причому цей показник швидко зростає у всіх розвинутих країнах. Наприклад, у США, Англії кожна четверта людина, що перебуває на лікуванні в стаціонарі, — хвора на невроз. І виявляється, молодість — аж ніяк не захист від неврозів. Дослідження лікарів показали, що до 35% студентів страждають на невротичні захворювання. Взагалі захворювання на невроз становить 21-22 людини на 1000 населення.

Хоча психотравма є основною причиною хвороби, невроз має зазвичай багато сприятливих чинників, як вроджених (генетично обумовлені властивості вищої нервової діяльності), так і набутих (дефекти виховання, акцентуації характеру, перенесені захворювання, перевтома, недосипання тощо).

При сильній і тривалій психотравмі, якої неможливо розбути-ся, навіть у людини з ідеальним здоров'ям і характером виникає «нервовий зрив». А короточасний невротичний стан, що виникає слідом за розумовою, емоційною перевтомою, знайомий практично усім. Це знервованість і втома студента після важкої сесії, педагога наприкінці навчального року, матері-годувальниці, яка недосипає ночами тощо. У кожного з них у такому стані може з'явитися запальність, нетерплячість, дратівливість.

Причину переживань, нервового зриву не завжди легко зрозуміти, людина іноді насилу її формулює або навіть усвідомлює. Це особливо стосується так званих внутрішніх фрустраційних конфліктів із самим собою. Наприклад, гостро переживаються суперечливі почуття до тієї самої людини (любов і ненависть до батька, який кинув родину), невідповідність між бажаннями і можливостями, здібностями людини (мрія стати великим актором, але не вистачає таланту, або неспроможність честолюбного, але недосвідченого керівника, вченого). Хвороба іноді розвивається внаслідок переживань через неможливість реалізувати з якихось причин свої творчі можливості: так буває, коли талановита людина змушена виконувати лише нескладну, одноманітну роботу.

Отже, причини неврозів криються в найрізноманітніших ситуаціях, що травмують психіку людини, у гострому або хронічному емоційному стресі. І залежно від фону, що провокує, симптоми хвороби можуть бути різними. Раніше неврози поділяли на три основних види: неврастенію, істерію і невроз нав'язливих станів. Кожний з них виникає у людей з певним типом вищої нервової діяльності внаслідок конкретних помилок в їхньому вихованні і типових несприятливих життєвих ситуацій. Так, люди «художнього

типу», які дуже емоційно сприймають дійсність, більш схильні до істерії, «розумового типу» — до неврозу нав'язливих станів.

В зарубіжній психології невроз також розглядається під різними кутами зору: в психоаналізі — як необхідний і неминучий момент розвитку, пов'язаний з утворенням і розвитком дитячої тривоги; в індивідуальній психології Адлера — як патологічна форма компенсації почуття внутрішньої неспроможності чи нереалізованого почуття власної вищості; у Хорні — як психічний розлад, викликаний страхом і захистом від нього, як прояв загальмованого процесу самореалізації; в біхевіоризмі та поведінковій терапії — як зафіксована навичка непристосованої поведінки, набута шляхом навчіння.

Отже, невроз — це функціональне захворювання, яке характеризується психогенним походженням, різними невротичними порушеннями. При цьому у хворих не порушується усвідомлення хвороби, немає психотичних розладів і виражених порушень поведінки.

Таким чином, неврозами, або невротичними розладами, в сучасній психологічній і психіатричній літературі називають функціональні розлади психічної діяльності, які виникають як реакція на значимі психотрамуючі події (конфлікти) та обумовлені недосконалістю механізмів психологічного захисту та антиципаційною неспроможністю (Менделевич В.Д.). При неврозах виявляються різноманітні симптоми, які зачіпають порушення практично всіх пізнавальних процесів. Частина з них є патогномічними та визначають розвиток невротичних розладів, інша частина відображає зміни, обумовлені самою хворобою.

Класифікація неврозів

Існує багато підходів щодо класифікації неврозів. Відома систематика, яка відображає характер психогенії (невроз очікування, страху, ятрогенний невроз, екзаменаційний невроз, невроз невдачі та ін.). Однак такий поділ невротичних реакцій не враховує ні важкості стану, ні особливостей клінічної картини, крім того, в зв'язку з величезною розмаїтістю травмуючих психічних впливів і ситуацій число варіантів практично необмежене.

У деяких дослідженнях систематика неврозів ґрунтується на припущенні про патогенетичну залежність клінічної картини від віку, у якому відбувається маніфестація захворювання, — неврози дитячого віку, шкільний невроз, клімактеричний невроз та ін. Для неврозів дитячого віку характерне переважання страхів, соматовегетативних (енурез, блювання) і рухових розладів (лого-

невроз, тики, істеричні паралічі). Чим молодша дитина, тим одноманітніша невротична картина. Однак «вікова» систематика неврозів не включає яких-небудь специфічних для дітей або людей похилого віку невротичних психогенних реакцій.

На сучасному рівні знань широке поширення отримала синдромальна класифікація неврозів, відображена в МКХ-10. У цій класифікації хвороб невротичні розлади розташовані головним чином у рубриках F40 — F42 (панічний розлад; агорафобія; соціальна фобія; специфічні, ізольовані фобії; генералізований тривожний розлад; нав'язливі думки; компульсивні дії; деперсоналізаційно-дереалізаційний синдром і ін.), але представлені також у розділах F44 — дисоціативні (конверсійні) розлади, F45.2 — нозофобії і F48 — неврастенія. В МКХ-10 в зв'язку з історично усталеною концепцією неврозу та залежністю від психологічних чинників, невротичні розлади об'єднані у рубриці F40-F48 з розладами, пов'язаними зі стресом, та соматоформними розладами.

Різноманітні класифікаційні розподіли неврозів, пропонувані різними авторами, відображають насамперед відсутність єдиного погляду на їх причини та формування. У зв'язку з цим, дотепер не припиняються спроби систематизації неврозів з використанням різних критеріїв.

Згідно класифікації хвороб МКХ-10 неврози можуть проявлятися такими характерними синдромами депресії і тривоги та obsесивно-компульсивними порушеннями:

1) Група — це тривожно-фобійні розлади, при яких домінує тривога пов'язана з зовнішньою ситуацією і з'являється депресія (F 40). Інтенсивність розладу — від легкого дискомфорту до відчуття жаху і паніки. Характерна поява у хворого страху: агорафобії — страху відкритого простору або соціальних фобій — страху опинитися в певних ситуаціях; специфічних фобій.

2) Група — панічні розлади. У хворого з'являється страх смерті, страх самотності, що супроводжується вираженими психовегетативними порушеннями.

3) Група — obsесивно-компульсивні розлади. У хворого з'являються нав'язливі переживання і думки (obsесії), при цьому він адекватно оцінює свій стан, відноситься критично до думок, але перебороти їх не може. Крім того, з'являються компульсії (нав'язливі рухи та дії).

4) Група — це розлади пов'язані з реакцією на тяжкий стрес (F.43 — за МКХ-10) та поділяються на:

- а) гостру реакцію на стрес. У хворого виникає стан оглушення, він дезорієнтований. Тривалість цього стану — від 1 год до 3-х діб;
- б) розлади адаптації — порушення адаптації хворого після стресу, стан триває довго — від 1 міс. до 2-х років, проявляється тривожністю, депресією.
- 5) Група — дисоціативні розлади — це симптоми, які характеризуються раптовим порушенням нормальної взаємодії функцій свідомості або контролю за рухами тіла, відчуттями.
- 6) Група — соматоформні розлади (F 45). Після психотравми у хворого з'являються соматичні розлади, які він лікує в соматичних стаціонарах, а треба лікувати депресивно-тривожні порушення.

Соматоформні розлади проявляються тим, що хворий скаржиться на шлунково-кишкового тракту або на порушення дихання і роботи серцево-судинної системи, на больові і сексуальні розлади. Об'єктивно симптомів соматичного захворювання немає, обстеження в лікарні не виявляє органічних змін в організмі хворого. У нього виникає недовіра до лікування і він занурюється в свою хворобу. Провідною скаргою є постійні болі в різних частинах тіла та системах органів пацієнта, що супроводжуються депресією. У хворого підвищена втомлюваність від фізичної і розумової праці, знижена працездатність. Він тривожний, пригнічений, дратівливий.

Небезпека цього захворювання криється не в його невиліковності, а у відношенні до цього захворювання, наприклад більшість батьків просто не звертають увагу на перші ознаки нервових розладів у своїх дітей, інші — якщо і звертають увагу, то відносяться досить поверхнево ("саме пройде"), і лише незначна частина батьків починає реальні дії для виправлення положення. На думку шкільних педагогів і психологів до середніх класів діагноз психічно-нервового розладу можна поставити більшості дітей, а фактично здоровими можна назвати лише одиниці. Якщо врахувати, що невроз з'являється не в шкільному віці, а набагато раніше, то до школи частина дітей приходять зі стійкими нервовими порушеннями.

3. Фройд виокремлював трансферні неврози (конверсійна істерія, невроз нав'язливих станів) і актуальні неврози (невроз страху, неврастенія, іпохондрія).

Невротичні розлади проявляються у вигляді наступних порушень.

Тривожно-фобійні розлади (F40). Група 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 за наявності реальних чи уявних загроз виникнення подібних ситуацій призводить до приступів. Психоаналітична концепція пояснює виникнення розладу як захисного механізму при небезпеці травматичних уявлень пацієнта.

Обсесивно-компульсивний розлад (F42) — психічний розлад, що виявляється у наявності повторюваних болісних небажаних нав'язливих стереотипних думок (обсесій), які викликають тривогу, або у потребі здійснювати повторювані небажані рухи (компульсії), щоб знизити рівень тривоги. Хворі сприймають свої симптоми як недоцільні, надмірні та нездоланні, усвідомлюють, що вони є продуктом їх власної психіки, і розуміють їхню безспідставність. Якщо пацієнти намагаються загальмувати компульсивні дії, напруження і тривога досягають такої сили, що вони більше не можуть їм протистояти. Хворі усвідомлюють беззмістовність та неадекватність обсесій 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 — обсесивні розлади.

Зміни на ЕЕГ, представлені домінуючою швидкою активністю, низько амплітудним і маловираженим α -ритмом, що відзначають у пацієнтів з обсесивно-компульсивними розладами, дають підстави думати про роль біологічного фактору у його походженні, у першу чергу йдеться про пологові травми та генетичну схильність. Однак прослідковується зв'язок між формуванням розладу та психогенними факторами. У пацієнтів відзначається завищена самооцінка в моральній і діловій сфері, занижена — в інтимно-особистісній. Стереотипні думки або рухи можуть маскувати агресію, скеровану на близьких.

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 рішення, водночас створюючи перешкоди для природного вирішення

буденних рутинних проблем. Розлад супроводжується депресивними симптомами. Найчастіше основні теми думок хворих пов'язані з брудом, насиллям, агресією, роздумів — з вірою, гріховністю, хворобами; зміст — відображає ганебну або недостойну поведінку хворого. Характерні страхи на кшталт магичності мислення, що ці уявлення або думки можуть мати фатальні наслідки, особливо для близьких людей, та страх можливого реального їх втілення у життя. Також відзначається нав'язливе безплідне мудрування. Як результат нав'язливих ідей виникають нав'язливі дії.

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.

Переважаючі компульсивні дії (обсесивні ритуали) (F42.1) — нав'язливі дії, що виконуються пацієнтом для безперервного контролю за запобіганням потенційно небезпечної ситуації або за порядком та акуратністю. Часто супроводжуються розладами мислення, порушеннями поведінки. Найчастіше зустрічається нав'язливе миття рук, поєднане зі стахом забруднити їх фізіологічними виділеннями або брудом, торкнутися чогось інфікованого. Усвідомлюючи безпідставність та надмірність такої поведінки, хворі «вимушені» уникати торкатися «небезпечних» об'єктів і годинами мити руки після контакту з ними. Цей варіант розладу переважно виникає у жінок і набуває форми «синдрому домогосподарки», коли замість миття рук відбувається практично безперевне 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 перенапруженням, астенизацією. Психодинамічна теорія розладу засновується на формуванні первинного захисту від неусвідомлюваного або нерозв'язаного внутрішнього конфлікту, а також на прагненні отримати вторинну вигоду.

Симптоми змінні, 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.

Афективні розлади — психічні стани, що характеризуються емоційними розладами у формі приступів, між якими відновлю-

ється психічний стан хворого, властивий йому до хвороби, та після яких не настають зміни особистості незалежно від кількості перенесених 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 МКХ-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.

Депресивний епізод (F32) — психічний розлад, що виявляється у пригніченому, тужливому настрої (особливо вранці), песимістичному погляді на майбутнє; зниженні самооцінки і впевненості в собі; ідеї самоприпинення і винуватості; думках і вчинках, що можуть призвести до суїциду; зниженій здатності до зосередженості та уваги; психомоторній загальмованості; порушеннях сну (переважно ранне прокидання); ангедонії; зниженні 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 дереалізації.

Легкий депресивний епізод (F32.0). Основними симптомами легкого депресивного епізоду є: знижений (депресивний) настрій, зниження активності та зменшення інтересу 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: нерізка туга, надмірна емоційна і психічна чутливість зі сльозливістю, емоційна лабільність; адинамічна

субдепресія: байдужість, млявість, апатія, сонливість; анестетична субдепресія: байдужа туга, втрата почуттів (особливо любові) до близьких, гіпобулія, тривога, деперсоналізація-дереалізація.

Спостерігаючи за хворим, на фоні досить жвавої міміки 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 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 розладу, 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, неприємні відчуття в тілі. Вираз обличчя хворого та його поза наче втілюють тужливість та смуток: опущені плечі, винуватий погляд (часом посмішка), погляд скерований донизу, на джерело світла або у простір, мають місце 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 ларвована депресія. Зважаючи на те, що у деяких пацієнтів на перший план у симптоматиці виходять соматовегетативні розлади, вони лікуються у соматичних відділеннях. Оскільки скарги пацієнтів чисельні, стійкі та не вкладаються в клініку соматичних захворювань, а обстеження не виявляють соматичних захворювань, можна вважати їх різновидом помірних депресивних розладів. На наявність депресії в першу чергу вказує погіршення самопочуття хворих вранці та атипова тривожність. А.В. Рустанович відзначає, що початок ларвованої депресії не пов'язаний з впливом психогенних, соматогенних і екзогенно-органічних факторів, перебіг з добовими коливаннями настрою і самопочуття супроводжується розладами сну,

анорексією, зниженням лібідо та зниженням настрою з суїцидальними думками, а позитивний ефект при лікуванні антидепресантами свідчить про наявність прихованої депресії.

Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F32.2). Важкий депресивний епізод (непсихотичний) характеризується різкою виразною тугою, відчаєм, безнадією, ажитованістю або вираженим неспокоєм, 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 напівзаплющені, колір обличчя блідий з ціанотичним відтінком, губи сухі, кліпає дуже рідко. Мова монотонна, тиха, часто — нерозбірливий шепіт або беззвучне ворухіння губами. Хворий сидить згорблений, похнюпивши голову та стиснувши 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 значну ймовірність суїциду, таких пацієнтів доцільно госпіталізувати у психіатричні стаціонари.

Важкий депресивний епізод із психотичними симптомами (F32.3). У клінічній картині важкого депресивного епізоду спостерігається стійка виражена туга з ангедонією, песимістичною оцінкою свого минулого, теперішнього і майбутнього, апатією (з неспроможністю плакати). Має місце типова депресивна тріада: виражена гіпобулія, гіпокінезія та сповільнення темпу мислення, до чого приєднуються депресивний ступор, зумовлені депресивним афектом нюхові (бридкий запах гниття та смороду) й слухові (образливі і обвинувачувальні) галюцинації та маячня. Характерні ідеї провини, гріховності, самознищення, хвороби, банкрутства, переслідування, ставлення (загального поганого ставлення до хворого) з суїцидальними тенденціями.

3.4. Особливості проявів та перебігу дисоціативних розладів

Клінічна картина дисоціативних та конверсійних розладів проявляється соматичними та психічними симптомами. Соматичні симптоми часто нагадують неврологічне захворювання,

характеризуються раптовою і тимчасовою зміною або втратою якоїсь функції тіла в результаті психологічного конфлікту. Психічні симптоми також тісно пов'язані з психологічним конфліктом і характеризуються раптовістю прояву та зворотністю.

Конверсія в даному випадку означає заміщення (конверсію) соматичними симптомами тривоги, які часто нагадують неврологічне захворювання (наприклад, психогенний параліч).

Дисоціація означає походження симптомів від недостатньої взаємодії між різними психічними функціями і проявляється симптомами психічних порушень (наприклад, психогенна амнезія).

Альтернативна назва цієї групи невротичних розладів — істерія. Термін «істерія» виключений з американської класифікації та МКХ-10 як «компрометуючий» та не етичний по відношенню до пацієнта, тому був замінений на дисоціацію, конверсію, гістронічний розлад особистості. Тим не менше цей термін широко застосовується вітчизняними психіатрами. У американській класифікації DSM-IV терміни дисоціативний і конверсійний мають різне значення: поняття «конверсійний розлад» використовують для значення тих психологічно детермінованих розладів, які проявляються соматичними симптомами; у той час як поняття «дисоціативний розлад» відноситься до розладів, які проявляються психологічними симптомами (наприклад, амнезія). У МКХ-10 терміни «дисоціативні» і «конверсійні» розлади тотожні.

Сучасна узагальнена назва невротичних симптомокомплексів (істеричного, психастенічного, неврастенічного) — *дисоціативні (конверсійні) розлади*, які, згідно нинішнім уявленням є психічними порушеннями, що виявляються у дисоціації (лат. *dissociatio* — розділення) та втраті свідомого контролю над пам'яттю і відчуттями, а також над здатністю контролювати рухи тіла. Психологи про дисоціативні розлади часто говорять як про несвідомий психічний процес, що повністю або частково розділяє на окремі складові не лише психічні функції, а й особистість у цілому. Раніше застосовували термін "конверсійна істерія". Конверсією (лат. *conversio* — перетворення) Фройд назвав ці розлади тому, що хворі, неспроможні позбутися власних переживань, викликаних інтрапсихічним конфліктом, трансформують їх у символічно пов'язані з ними тілесні симптоми (рухові, сенсорні і вегетативні). Переважання вегетативних симптомів на початкових етапах захворювання часто розцінюють як соматичне захворювання, рухові і сенсорні розлади — як неврологічні.

На сьогоднішній день науковці загалом погоджуються, що походження розладу — психогенне, адже при зборі анамнезу простежується безпосередня послідовність появи симптомів після психотравми і залежність перебігу захворювання від можливості розв'язати конфлікти чи повернути втрачені стосунки. Однак не можна не враховувати вплив біологічних чинників: оскільки дисоціативні розлади частіше виникають у препубертатному та пубертатному віці, а також у період клімаксу, не виключено, що саме гормональні зміни в організмі виступають пусковим механізмом для їх формування. Психологічні фактори, які вважаються задіяними у виникненні розладів, досить численні. Окрім психічних травм дитинства (переважно викликаних відсутністю єдності виховання), варто назвати демонстративні риси характеру, а також намагання отримати вторинну вигоду від захворювання.

Для діагностики дисоціативних розладів є необхідним категоричне виключення у пацієнта соматичного або неврологічного захворювання, що потребує його ретельного обстеження. До дисоціативних розладів входять: дисоціативна амнезія, дисоціативна фуга, дисоціативний ступор, трансї і стани одержимості, дисоціативні розлади рухів і відчуттів, дисоціативні розлади моторики, дисоціативні судоми, дисоціативна анестезія і втрата чуттєвого сприймання, змішані та інші дисоціативні розлади (синдром Ганзера, розлад множинної особистості та ін.).

Дисоціативні (конверсійні) розлади проявляються насамперед симптомами соматичних і психічних порушень, зумовленими несвідомими психологічними механізмами. Соматичні симптоми при цьому розладі часто схожі з симптомами неврологічних захворювань. Психічні симптоми легко прийняти за прояв іншого психічного розладу, наприклад дисоціативний ступор, який спостерігають також при депресії і шизофренії. Слід зазначити, що дисоціативні (конверсійні) розлади не обумовлені соматичними, неврологічними захворюваннями та впливом психоактивної речовини. Виключення соматичного захворювання та іншого психічного розладу — головна умова для діагностики дисоціативних (конверсійних) розладів. Існують дві основні проблеми при діагностиці цих розладів.

1. На початковому етапі захворювання практично неможливим є повне виключення соматичної патології, здатної викликати дисоціативні (конверсійні) симптоми. Часто необхідне тривале спостереження за пацієнтом, проведення численних діагностичних процедур (наприклад, МРТ для виключення пухлини головного

мозку), щоб встановити цей діагноз. У всіх сумнівних випадках краще зупинитися на попередньому діагнозі хворого з дисоціативним (конверсійним) розладом, щоб не пропустити важке соматичне захворювання.

2. У багатьох випадках важко визначити, чи є симптоми розладу несвідомими, або свідомими і навмисними (симуляція). У більшості випадків симуляцію спостерігають у пацієнтів, котрі перебувають під слідством, ув'язнених в тюрмах, солдатів строкової служби, а також під час призову в армію. Хворі з дисоціативними (конверсійними) розладами часто свідомо і навмисно перебільшують несвідомі симптоми свого захворювання (схильні до агравації). Тим не менше при діагностиці цього розладу передбачають існування несвідомого компонента походження симптомів.

Дисоціативні (конверсійні) симптоми не є по суті навмисними, тим не менше вони формуються під впливом уявлення хворого про те, як повинно було б проявлятися фізичне захворювання. Як було зазначено вище, хворі дисоціативними (конверсійними) розладами нерідко свідомо і навмисно перебільшують свої симптоми, однак в основі захворювання завжди лежать несвідомі і ненавмисні психічні механізми. Хворі на цей розлад не усвідомлюють, яка психологічна основа обумовлює їх порушення, тому вони не можуть керувати ними довільно. Крім того, абсолютно очевидно, що дисоціативні (конверсійні) симптоми, як правило, розвиваються у тісному зв'язку з психологічним стресом і часто проявляються раптово.

Особливістю *конверсійних симптомів* є те, що вони — символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту, їх приклади — це істеричний параліч, психогенна сліпота (амавроз) або глухонімота (сурдомутизм), блювання, больові відчуття. Усі вони — первинні психічні феномени без участі тканин та внутрішніх органів організму. Тіло тут служить немовби сценою для символічного вираження суперечливих відчуттів хворого, які пригнічені і витіснені в підсвідоме. Конверсійні симптоми є характерними для істеричного невротичного симптомокомплексу. Зігмунд Фройд з точки зору психоаналітичної моделі захворювання пояснював виникнення вищезазначених соматичних симптомів як результат і вираження внутрішнього психічного конфлікту. Ядром конфлікту є бажання, яке походить, як правило, з едипальної фази розвитку лібідо. Вибір симптомів відбувається не випадково, вони символічно виражають вид конфлікту, який лежить в основі, і даний конфлікт вирішується через розбудову симптому

(первинна вигода від хвороби). Конверсійні симптоми, як правило, супроводжують істеричний невротичний симптомокомплекс.

Часто невротичні порушення супроводжуються депресією. Основними симптомами депресії є знижений настрій практично щоденно або протягом більшого проміжку доби порівняно з нормою, що є характерною для даного пацієнта; зниження (втрата) інтересів та спроможності відчувати задоволення від діяльності, що зазвичай пов'язана з позитивними емоціями; зменшення активності, підвищення стомлюваності.

Додатковими симптомами депресії є порушення сну будь-якого типу; зміни апетиту (зниження або підвищення) з відповідними значними коливаннями ваги тіла; думки про смерть, самогубство, що часто повторюються; песимістичне бачення майбутнього; ідеї провини та самоприниження; зниження самооцінки та відчуття невпевненості в собі; зниження концентрації уваги, погіршення здатності мислити, неможливість прийняти рішення.

Соматичні симптоми депресії — вітальні: втрата інтересів та задоволення від звичайної приємної діяльності; втрата емоційної реакції на події та оточення, що раніше приносили радість; ранні пробудження (на 1-2 год раніше від звичайного часу), що часто повторюються; погіршення стану та найбільш виражене пригнічення настрою в ранішній час; об'єктивні дані, що свідчать про чітку психомоторну загальмованість, відмічені сторонньою людиною; виражене зниження апетиту; втрата або підвищення ваги (більше ніж на 5% за останній місяць), виражене зниження лібідо.

Сучасна класифікація дисоціативних (конверсійних розладів)

Дисоціативна амнезія — 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 сексуальне 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 він 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 (лат. *fuga* біг, втеча) від дисоціативної амнезії відрізняється тим, що після психотравми хворий, не усвідомлюючи розладу пам'яті і не виглядаючи дезорієтованим, здійснює цілеспрямовані подорожі (часто у місця, які є для нього емоційно значущими). Амнезія стосується лише особистих спогадів, загальні та універсальні знання і навички зберігаються. Хворий 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 фуґи раптове. Увесь період дисоціативної фуґи амнезується.

Дисоціативний ступор — 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).

Транси і стани одержимості. Транс (лат. *trans* — перехід 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 звужується 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.

Дисоціативні розлади моторики — психічний розлад, який формується як втеча у хворобу в результаті прагнення людини уникнути міжособистісного конфлікту і за допомогою демонстра-

тивної поведінки, скерованої на співчуття, 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 тонуусу і трофіки у пацієнтів може спостерігатися повний або частковий параліч кінцівки (моно-, гемі- та пара- парези і плегії), рідше — атаксія, астазія — абазія, апраксія, акінезія та інші. Серед розладів мовлення зустрічаються: заїкання, дизартрія (порушення артикуляції), афонія (беззвучне мовлення), сурдомутизм (глухонімота), афазія (відсутність мовлення).

Дисоціативні судоми — ситуативно обумовлений психічний розлад, що виникає при неусвідомлюваній потребі пацієнта повернути до себе увагу, отримати вторинну вигоду. Раптові і несподівані спастичні рухи, які з великим ступенем зовнішньої подібності наслідують різні варіанти епілептичних припадків, відбуваються лише за наявності спостерігачів. Може супроводжуватися вигукуванням слів, що відображають сутність конфлікту пацієнта. Припадок триває переважно протягом 10-20 хвилин. На відміну від епіприпадків, пацієнти падають, не отримуючи істотних травм, напади не супроводжуються прикушуванням язика, мимовільним сечовиділенням та втратою свідомості, після припадку відсутні оглушення і амнезія.

Дисоціативна амнезія і втрата чуттєвого сприймання — 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 поєднанні з псевдоспазмами м'язів, яке посилюється при хвилюванні або надмірній увазі та зникає уві 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.

Інші дисоціативні розлади. Серед інших дисоціативних розладів заслуговують на увагу множинні розлади особистості та синдромом Ганзера.

Синдром Ганзера— психічний розлад, який умовно вважають одним з варіантів сутінкового потьмарення свідомості, що супроводжується недоладним і недоречним мовленням, неможливістю відповісти на прості запитання чи розв'язати елементарну задачу. Разом з примітивною, наївною 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.

Розлади множинної особистості— дисоціативний психічний розлад, при якому у свідомості людини формуються дві (дуже рідко більше) субособистостей. Характеризується раптовими переключеннями від однієї субособистості до іншої, яке, ймовірно, спровоковане стресовою подією різного ступеня вираженості (Dell, Eisenhower) 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. У 97% обстежених не заперечують фізичне (переважно інцест) насилля у ранньому дитинстві (Ross; Dell; Eisenhower). Вчені однак 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 зростає, що пов'язують з руйнівним впливом психоенергетичних і тоталітарних сект.

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 ураженим почуттям самолюбства чи з почуттям пекучого сорому, а також із почуттям безсилля у вирішенні внутрішньоособистісного або міжособистісного конфлікту чи неможливості змінити об'єктивну ситуацію. Перебуваючи у напрузі, пов'яза-

ній 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 загрозливої інформації) і дисоціацію — 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 підвищується при переживанні психотравмуючої ситуації, з якою неспроможна справитися психіка, але і переводить хворобливі відчуття на неусвідомлюваний рівень тілесного функціонування. При цьому 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 провину та багато інших.

На думку Б.Д. Карвасарського, існує два підходи до побудови класифікації невротичних конфліктів. До першого відносяться спроби феноменології оцінки психотравмуючих обставин та їх значимості в неврозогенезі. Однак набагато більшого значення, на думку багатьох сучасних дослідників, набуває класифікація механізмів розвитку конфліктів, які приймають участь в генезі неврозу. В історичному плані цікавий підхід В.Н. М'ясищева, котрий розглядав три основні типи невротичних конфліктів: істеричний, obsesивно-психастенічний та неврастенічний.

Подібний підхід зумовлював значимість не стільки психічної травми в ізолюваному виді, скільки базових психологічних параметрів особистості. Перший із відмічених типів конфліктів (істеричний) визначається занадто завищеними претензіями особистості, які завжди поєднуються з недооцінкою або повним ігноруванням об'єктивних реальних умов або вимог оточуючих. Слід підкреслити, що його відрізняють перевищення вимогливості до оточуючих над вимогливістю до себе і відсутність критичного ставлення до власної поведінки. В генезі цього типу конфлікту вагоме значення мають історія розвитку особистості та процес формування системи її життєвих відносин. Другий (obsesивно-психастенічний)

тип невротичного конфлікту обумовлений суперечливими власними внутрішніми тенденціями та потребами, боротьбою між бажанням та обов'язком, між моральними принципами та особистими прихильностями. При цьому, якщо навіть одна з них і стає домінуючою, але продовжує зустрічати опір іншої, створюються сприятливі можливості для різкого посилення психічної напруги та виникнення невроза нав'язливих станів. Конфлікт третього типу (неврастенічний) являє собою протиріччя між можливостями особистості, з одного боку, її прагненнями та завищеними вимогами до себе — з іншого. Особливості конфлікту цього типу частіше за все формуються в умовах, коли постійно стимулюється нездорове прагнення до особистого успіху без реального врахування сил та можливостей індивіда.

Як видно з представленої точки зору, В.Н. М'ясищев в неврологічному ракурсі був націлений на пошук морально-етичних та соціально-психологічних характеристик людини, формуючих при зустрічі з психотравмуючою ситуацією особливий, типовий стиль невротичної поведінки. Вчення про три типи невротичного конфлікту стало продовженням та розвитком теорії системи відношень особистості, в якій основний акцент робився на вивченні механізмів «продукування психічних травм», безсвідомому приписуванні тим чи іншим життєвим обставинам психічного звучання з наступним афективно забарвленим комплексом внутрішньоособистісного конфлікту. При цьому виділялася роль характерологічних особливостей пацієнта.

Характерною особливістю всіх дисоціативних (конверсійних) розладів є *відсутність органічного етіологічного фактора*, що підтверджується параклінічними методами обстеження пацієнта.

Наявність в сьогоденні або минулому справжніх неврологічних порушень або системних захворювань, що впливають на ЦНС, зазначають у 40% хворих дисоціативними (конверсійними) розладами. Дисоціативні і конверсійні симптоми іноді важко відрізнити від соматичного або неврологічного захворювання, що особливо характерно для пацієнтів, добре інформованих про клінічну картину і перебіг цих захворювань. Але при медичному огляді та обстеженні пацієнта не виявляють яких-небудь явних соматичних або неврологічних порушень.

Іншою характерною ознакою невротичних порушень є *невідповідність клінічної картини дисоціативного (конверсійного) розладу клінічній картині подібних соматичних і неврологічних захворювань*. Дисоціативні (конверсійні) прояви не відповідають симп-

томам справжніх неврологічних розладів, відображаючи наївні уявлення хворих про анатомічну інервацію (наприклад, характерна анестезія кінцівки; геміанестезія з межею чутливості, що проходить точно по серединній лінії). Ця невідповідність вкрай важлива при уточненні діагнозу.

Крім того, в етіопатогенезі невротичних симптомокомплексів відіграє велику роль використання захисних механізмів, особливо *ідентифікації*. Хворі часто несвідомо копіюють симптоматичні прояви, що спостерігаються ними у оточуючих, які для пацієнтів вкрай значущі, наприклад батьки. Таким чином пацієнти як би ідентифікують себе з цими людьми. Типовими є випадки, коли, наприклад, після смерті батька у дорослої доньки розвивається дисоціативний параліч, схожий по клінічній картині з таким, що спостерігався у батька перед смертю.

Суттєвими ознаками дисоціативних (конверсійних) розладів є наявність первинної та вторинної вигоди.

Первинна вигода полягає в тому, що за допомогою процесів дисоціації і конверсії хворому підсвідомо вдається уникнути внутрішніх психологічних конфліктів; наприклад при дисоціативній амнезії з пам'яті пацієнта випадають найбільш неприємні події.

Вторинна (соціальна) вигода полягає в тому, що хворі отримують істотні переваги в результаті своєї хвороби. Хворим вдається уникнути обов'язкових і важких життєвих ситуацій, тому що їм все пробачається; з боку оточуючих вони отримують допомогу, підтримку і увагу, які б без цього не отримали; пацієнти, використовуючи свій стан, можуть маніпулювати почуттями інших людей. Наприклад, дисоціативний параліч допомагає пацієнтові відмовитися від небажаного для нього догляду за літнім родичем. У пацієнта зазвичай відсутнє адекватне усвідомлення вторинної вигоди. Незважаючи на характерність вторинної вигоди для дисоціативних і конверсійних розладів, вона не може бути використана при постановці діагнозу.

Таким чином, можна зробити висновок, що неврози — це психогенно (конфліктногенно) обумовлені зворотні нервово-психічні розлади, які проявляються емоційною нестійкістю, психічною виснаженістю, порушенням загального самопочуття, що виникають внаслідок стресових життєвих ситуацій за відсутності психотичних проявів та наявності усвідомлення своєї хвороби.

Раніше, залежно від наявності невротичних симптомокомплексів, виділяли такі клінічні форми неврозів, клінічна характеристика яких не втрачає актуальності й сьогодні: неврастенічний,

істеричний невроз, невроз навіязливих станів (обсесивно-компульсивний розлад, ананкастичний симптомокомплекс), депресивний невроз, іпохондричний невроз, дисморфофобічний невроз, фобічний невроз, системні неврози, нервова анорексія та булімія.

Характерними супутніми проявами невротичних симптомокомплексів є:

1. Порушення самопочуття — головний біль, загальна слабкість, розбитість, підвищена втомлюваність, спад сил, поганий сон, внутрішній дискомфорт, неприємні, больові відчуття у різних частинах тіла.

2. Порушення пам'яті, уваги, мислення, сприйняття.

3. Емоційно-вольові порушення: емоційна нестриманість, вразливість, схильність до афектів, нестійкість настрою, схильність до депресивних реакцій, страхи, навіязливості, недостатній вольовий контроль емоційних переживань.

4. Порушення ефektorної сфери — нервові тики, навіязливі дії, функціональні паралічі, парези, тремор.

5. Вегетативні порушення — пітливість, приливи жару, тахікардія, лабільність АТ і пульсу, диспептичні явища, задуха. Для хворих на неврози, в залежності від клінічної симптоматики та наявності внутрішніх конфліктів, виділяють наступні невротичні симптомокомплекси: неврастенічний, істеричний, ананкастичний.

Неврастенічний симптомокомплекс. Провідним є астенічний синдром. Характерна тріада: головний біль, підвищена дратівливість, порушення сну. Хворі скаржаться на загальну слабкість, швидке виснаження, погане самопочуття, розбитість. Поріг чутливості знижений (гіперестезія — не переносять денне світло, звичайні звуки «ріжуть вухо»). Головний біль мігруючий (лобний, скроневий, потиличний) з оперізуючим стисканням голови — «шолом неврастеніка». Характерні м'язова гіпотонія, тремор кінцівок при фізичних та емоційних навантаженнях, лабільність пульсу, артеріального тиску, стійкий червоний дермографізм на тлі суб'єктивного відчуття постійної втоми. Настрій негативно пригнічений з песимістичною оцінкою свого стану здоров'я. Поряд із тим позитивна ситуація легко відволікає хворого від хворобливих переживань. Характерними є явища дратівливої слабкості, слабкодухості, сльозливості.

Виділяють дві головні форми неврастенії: гіпер- та гіпостенічну. Гіперстенічна характерна для холериків — проявляється дратівливістю, безсонням, схильністю до афективних реакцій. Для

гіпостенічної — характерна млявість, сонливість, загальна слабкість, зниження зацікавленості в оточенні.

Прогноз при неврастенії сприятливий. У більшості хворих після лікування настає одужання.

Істеричний (дисоціативний, конверсійний) розлад. Жінки вдвічі частіше хворіють, ніж чоловіки. Окремі істеричні симптоми спостерігаються у 1/3 населення, а у соматичних лікарнях таких хворих — 15%. Для пацієнтів з істеричним неврозом характерна підвищена навіюваність, лабільність емоцій з демонстративністю, театральністю. Симптоми хвороби нерідко набувають характеру маніпуляції оточуючими і при вирішенні психотравмуючої ситуації слабнуть чи повністю зникають. Ці порушення носять захисний характер. Частіше розвивається у осіб художнього типу з ознаками психічного інфантилізму, емоційної незрілості, вразливості. Характерними є наступні групи симптомів:

1) афективні — лабільність емоцій, нестійкість настрою, бурхливість емоційних реакцій (від сліз до радості);

2) вегетативні — несправжні соматичні симптоми — біль у серці, серцебиття, втрата свідомості, нудота, блювання, напади задухи;

3) рухові:

а) гіперкінези (тики, тремор голови, судомні напади). Зникають після ліквідації чи дезактуалізації психотравмуючих впливів.

б) акінезії — порушення ходи «астазія — абазія», коли хворі не можуть стояти та ходити за відсутності органічних порушень (ноги «ватні», «тяжкі», «заплітаються»).

4) сенсорні — оніміння кінцівок, відчуття повзання мурашок, печії. Хворі заявляють про це пафосно — біль «нестерпний». Істеричні алгії різноманітні, наприклад: головний біль у вигляді «забитого цвяха».

Ананкастичний симптомокомплекс. Він характеризується нав'язливими страхами (фобіями), нав'язливими думками (обсесіяма), нав'язливими діями (компульсіями), тривогою, уявленнями, які оволодівають свідомістю хворого і від яких він не може позбавитись вольовим зусиллям. Його іноді позначають «розумовою жуйкою». Думки «приходять в голову» ніби автоматично, тривожать пацієнта, заважають йому займатися звичайною діяльністю. Часто зустрічається нав'язливий потяг запам'ятовувати імена та назви (ономатоманія), нав'язливий рахунок (арифмоманія), при якому людина схильна постійно підраховувати які-небудь предмети — таблиці на стінах, вікна в будинках, сходи, номери

автомобілів. Нав'язливі думки (обсесії) виникають поза бажанням хворого, сприймаються як абсурдні, хворого переслідують думки про вірність прийнятих рішень і дій чи — вимкнув газ, світло, замкнув двері тощо. Нав'язливі сумніви часто супроводжуються ритуалами.

Обсесивно-компульсивні розлади зустрічаються у 1,5-2% випадків у пацієнтів з соматичною патологією, у практиці психіатрів — до 1% серед хворих. Комппульсії проявляються нав'язливими діями, які не піддаються корекції та повному контролю. До них відносяться, наприклад, нервові тики, часте кліпання повіками, нав'язливе непереборне обкусування і ковтання нігтів (онігофагія), висмикування волосся (трихоптіломанія), смоктання пальців.

Фобії складають найбільш багаточисленну групу нав'язливих станів. Нараховують більше 300 форм нав'язливих страхів. До найбільш відомих відносяться такі:

1) агорафобія — боязнь відкритих просторів, транспорту, натовпу, що супроводжується вегетативними проявами (тахікардія, профузний піт, тремор, абдомінальний біль, задуха, нудота);

2) соціальні фобії — страх потрапити у центр уваги (відповідь у школі, виступ перед аудиторією), який супроводжується тривогою.

3) іпохондричні фобії (нозофобії) — нав'язливий страх важко захворіти, через що хворі обмежують контакти, відмовляються від деяких видів діяльності;

4) специфічні (ізольовані) фобії — фобії, які обмежені певною ситуацією (висота, стоматологічні маніпуляції тощо);

Невроз нав'язливих станів, у клініці яких переважають прояви ананкастичного симптомокомплексу, перебігає хронічно. Одуjuanня спостерігається рідко. Такі хворі часто соціально дезадаптуються.

Крім того, невротичні порушення можуть проявлятися *іпохондричним симптомокомплексом* — неадекватно перебільшеною заклопотаністю станом власного здоров'я.

Дисморфобічний невротичний симптомокомплекс характеризується появою надцінних думок про зміну власного тіла, потворність, фізичні вади. Ці думки підлягають частковій критиці та ситуаційній корекції, однак мають стійкий характер.

Майже усі неврози супроводжуються *психосоматичними функціональними симптомами (системними неврозами)*. Такі «соматизовані» форми неврозів іноді називають неврозами органів або вегетоневрозами. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспе-

цифічним наслідком соматичного (фізіологічного) супроводження емоцій чи інших подібних до них психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних депресій часто імітують певне соматичне захворювання, «маскуються» під нього. Такі депресії прийнято називати маскованими або соматизованими депресіями. Усі види невротичних симптомокомплексів супроводжуються масивною вегето-соматоневрологічною симптоматикою. Сюди відносять: вегетосудинну дистонію, кардіоневроз, ларінгоспазм, невротичні ікання, невротичний сурдомутизм, невротичну анестезію.

Значимим для діагностики невротичних симптомокомплексів і відмежування їх від неврозоподібних станів є описана К.Ясперсом *тріада невротичних порушень*:

1. Невроз викликається психічною травмою.
2. Життєва подія робиться психотравмою і проявляється в клінічних симптомах у випадках підвищеної значимості (вона підходить до особистості «як ключ до замка»).
3. Після зникнення психічної травми або через деякий час невротичні симптоми зникають.

3.5. Психосоматичні порушення і захворювання

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. Вінтера, 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 вкрай неприємні хворобливі відчуття, по-п'яте — ґрунтується на механізмі фіксування реакцій, шосте — 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 та проявляються 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 нозологічно 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 розвиваються під впливом психічної травми, стресу та інших потужних психологічних чинників. У літературі психосоматикою 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 чітке розмежування поля зацікавленості у фахівців різних лікарських спеціальностей та їх погляд на людину як на біологічний індивідуум, а не на особистість, і призвели до спотворення цінностей та ідей у лікарській діяльності. Психосоматичний підхід, який об'єднує досягнення і медицини, і психології, завдяки різноманіттю методів і технік дослідження та 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 психологічні 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 беземоційного" життя сили і не закріпилися на генетичному рівні. Водночас емоції, що споконвічно покликані мобілізувати організм на захист, тепер значно частіше пригнічуються, пристосовуються до соціальних умов, а відтак — "ламаються", і замість допомоги у функціонуванні особистості призводять до її руйнування.

Про такі особливості психіки людини вчені знали з давніх часів. Згідно з вченням школи Гіппократа 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 сформулював психосоматичний підхід у медицині.

Спираючись на постійні нові відкриття та досягнення в галузі анатомії, мікробіології, нейрофізіології, аж до початку ХІХ ст. в медицині панував суто "соматичний" підхід. У літературі термін "психосоматика" вперше застосував у 1818 р. німецький лікар з Лейпцига J. Heinroth, який визначив причини безсоння як психосоматичні: "Причини безсоння звичайно психічно-соматичні, однак кожна життєва сфера може сама по собі бути достатньою йому підставою". У 1822 р. німецький психіатр М. Якобі для пояснення виникнення захворювань запропонував поняття "соматопсихічне" як протилежне й водночас доповнює щодо "психосоматичного". А у 1824 р. Groos писав про шкідливий вплив "пристрастей на тіло".

Але 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 психофізіологічне 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,

Ф. Данбар та І. Вольф, який у книзі "Стрес і хвороба" здійснив перше психофізіологічне обґрунтування психосоматичних розладів. Хоча в 1960-70 роки радянськими науковцями (Т.І.Царгородцев, Н. С. Лебедінський, К.Н. Біков, 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 загально-го профілю, отримуючи при цьому лише незначне короткотривале покращення самопочуття і не досягаючи повного одужання. За даними ВООЗ, понад 40 % усіх пацієнтів, які лікуються у терапевтичних стаціонарах, 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), психіатрії (для пошуку адекватних впливів на розлади психіки, що призводять до формування психосоматичних розладів), соціології (для з'ясування впливу соціальних чинників на формування психосоматичного розладу) та ін.

3.6. Соматопсихічні впливи

Сьогодні термін «психосоматика» має два значення: одне — пов'язане з його застосуванням в галузі медицини, друге — з хворобами, в патогенезі яких важливу роль відіграють психологічні, психовегетативні фактори та риси особистості. Розлади, які відносяться до психосоматичних, включають не лише психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміну, але й значно ширше коло порушень — соматизовані розлади, патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання та інші, а також психічні розлади, які часто ускладнюються соматичною патологією.

В Україні психосоматична медицина як науковий напрям лише починає розвиватися. Це переважно стосується лікарів та науковців, які працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології. Об'єктом їх уваги постають саме психосоматичні розлади — психогенно або переважно психогенно обумовлені порушення функції внутрішніх органів та/або систем організму. До класичних психосоматичних розладів відносять кардіалгії, психогенні розлади серцевого ритму, ішемічну хворобу серця (ІХС) за незмінених коронарних судин, артеріальну гіпо- та гіпертензію, психогенну задишку, психогенну дизурію, синдром подразнення товстого кишечника тощо. З іншого боку, практично поза увагою лікарів соматичних стаціонарів залишається велика група захворювань, об'єднаних у «соматопсихічні захворювання», при яких виникають різноманітні соматовегетативні, соматопсихічні функціональні порушення, а також відбувається зміна рис характеру особистості внаслідок гострих або хронічних захворювань внутрішніх органів. До соматопсихічних захворювань відносяться обструктивні захворювання легень, есенціальна гіпертензія, цукровий діабет, пептична виразка та інші.

Базуючись на аналізі літератури, можна зауважити, що поширеність психічних розладів дуже близька до частоти захворювань внутрішніх органів, таких як цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, бронхіальна астма (БА) та хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ). Як показує практика, у хворих соматичних стаціонарів та поліклінік досить часто спостерігаються симптоми, які неможливо пояснити проявом лише соматичної патології. Такі пацієнти часто відвідують лікарів, тривало обстежуються в поліклініках та стаціонарах, часто викликаючи тим самим роздратування лікарів. З іншого боку, адекватна діагностика та лікування цієї категорії хворих може значно поліпшити їх стан та зменшити частоту відвідувань дільничних лікарів та стаціонарів, зменшити тривалість госпіталізації.

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 витісненим потягом, який виявляється у порушенні функціонування певного органа. Вважають, що коли це явище оборотне — 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. Неофройдисти вважали психосоматичні розлади результатом порушення як біологічних, так і соціальних механізмів розладів адаптації. Сьогодні більш популярна так звана 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 (схильність органа до захворювання, так званий конституціональний фактор) і життєва ситуація, що провокує певний емоційний афект та актуалізує несвідомий конфлікт. Невідреаговані ворожі емоції, почуття провини, почуття власної неповноцінності, а також невиражені 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 реакцій та постійними значущими особистісними характеристиками і на підставі цього висунула власну теорію виникнення психосоматичних розладів. Вона змалювала особистісні профілі людей, які мають схильність до нещасних випадків, інфаркту міокарда, виразкової хвороби, артрити, а також визначила спільні риси, притаманні усім психосоматичним хворим, вказавши на високий рівень їх інфантилізму, підвищеного прагнення до фантазування, небажання та невміння включатися у ситуацію.

Теорія десоматизації М. Шура

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 соматичну спрямованість. Водночас він звернув увагу на явище психосоматичної регресії, так званої ресоматизації, яка сприяє поверненню на більш ранній тип реагування на подразнення.

Теорія алекситимії П. Сіфнеуса

Останнім часом особливо популярною стала теорія "недостатньої вербалізації емоцій" Сіфнеуса, яка ґрунтується на безпо-

середньому зв'язку між труднощами, що виникають у пацієнтів у змалюванні свого емоційного стану або вольових відчуттів, та психосоматичним розладом.

Нейропсихологічні теорії

Вчення І.П. Павлова та І.М. Сеченова поклали початок низці нейропсихологічних досліджень, які пізніше сформулювалися у кортико-вісцеральну гіпотезу К. Н. Викова та І. Т. Курцина, 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 нав'язана 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.

Найважливіші етіологічні чинники розвитку соматовегетативних, психосоматичних та соматопсихічних розладів із позицій психосоматичної парадигми:

- Спадкова схильність, тобто сімейно-спадковий, або природжений, синдром (конституційно-психологічні особливості центральної нервової системи (ЦНС) та типи акцентуацій особистості й характеру);

- Ендокринні порушення, особливо в пубертатний та клімактеричний періоди життя людини;

- Психоемоційні та психогенні фактори, дія гострого або хронічного стресу, що призводять до дезадаптації організму та зриву компенсаторно-приспосувальних механізмів, дисбалансу вазоактивних нейрогуморальних речовин, а також виражених порушень мікроциркуляції;

- Дія малих доз іонізуючого випромінювання, що особливо актуально для України після аварії на Чорнобильській АЕС;

- Соматичні захворювання — органічне ураження органів та систем, що сприяють органічному (травматичному, інфекційному, токсичному, гіпоксичному, алергічному та іншому) впливу на інтегруючі церебральні структури головного мозку, результатом чого є розвиток специфічного ураження — специфічної енцефалопатії з клінічними ознаками психовегетативного синдрому;

- Органічні ураження центральної та периферичної нервової систем (периферичні синдроми, остеохондроз із порушенням мозкового кровообігу, черепно-мозкова травма, гострі порушення мозкового кровообігу, церебральний атеросклероз, захворювання вегетативної нервової системи, системне ураження судинного русла тощо).

З цього приводу особливу зацікавленість лікарів викликає група факторів розвитку психосоматичних патологічних станів, яким суттєво сприяють пренатальні та постнатальні травми, хронічні інфекційні процеси та відповідна реакція макроорганізму

на них, а також дія факторів гострого та хронічного стресу, пов'язаного з хронічним виснажливим захворюванням. Зважаючи на наведені факти, патогенез розвитку соматопсихічних та соматовегетативних розладів у хворих із патологією внутрішніх органів можна представити таким чином.

Психосоматичні розлади при хворобах внутрішніх органів характеризуються взаємодією як психологічних, так і соматофізіологічних характеристик. Із позиції структурного підходу та урахування лише психологічних факторів розрізняють 4 компоненти генезису психосоматичних та соматовегетативних розладів:

- Психологічний (особливості особистості, психологічного захисту, співвідношення свідомого та несвідомого в психічній діяльності);
- Корково-підкорковий (специфічні особливості діяльності кори головного мозку, гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, лімбіко-ретикулярного комплексу);
- Нейрогуморальний (складові частини вегетативної, соматичної нервової та ендокринної систем, особливості їх взаємодії та реагування на ситуацію);
- Вибір органу та системи організму (які характеризуються функціональною дисфункцією внаслідок дії 1-3 факторів). У цьому випадку це може бути нейрогенний аспект перебігу соматичного захворювання, зумовленого спадковістю до психосоматичних розладів або ж гіперреактивністю дихальних шляхів як субстрату бронхіальної астми, або ж формуванням патологічного типу гіперліпідемій у разі гіпертонічної хвороби як приклади соматичних захворювань, пов'язаних із ураженням лімбічних структур мозку.

У межах цієї патології виділяють 4 типи станів, що відображають різну структуру психосоматичних співвідношень:

- соматизовані психічні реакції (соматоформні реакції): формуються без участі соматичної патології у межах утворень невротичного або конституційного регістру (неврози, невропатії);
- психогенні реакції (нозогенії): виникають унаслідок соматичних захворювань, що розглядаються як психотравмуючі події і належать до групи реактивних станів;
- реакції за типом соматичної лабільності: психогенно спровоковане, пов'язане з дією соціальних та ситуаційних факторів загострення проявів соматичного захворювання (психосоматичне захворювання в традиційному розумінні терміна);
- реакції екзогенного типу (соматогенії) — маніфестують унаслідок дії соматичної шкідливості, що реалізуються на пато-

генетичній основі й належать до категорії симптоматичних психозів.

Першими ознаками, що вказують на залучення нервової системи при соматичних захворюваннях, є підвищена стомлюваність, дратівливість, головний біль, порушення сну.

Клінічні прояви соматопсихічних розладів у клініці внутрішніх хвороб відрізняються широким поліморфізмом, але серед них чітко виділяють 4 найпоширеніші у соматичних хворих клінічні синдроми: вегетативний, невротичний (або астеноневротичний), тривожний та депресивний.

Соматоформні вегетативні розлади нагадують різноманітні фізичні симптоми функціонального характеру, незважаючи на відсутність об'єктивних підстав для таких порушень, до яких належать:

- дисфункція вегетативної нервової системи (разноманітні алгії, нудота, відрижка, блювання, свербіж шкіри, сенестопатичні розлади — відчуття поколювання, оніміння, «повзання мурашок»);

- помірні коливання артеріального тиску та лабільність пульсу;

- іпохондричний розлад (постійна знервованість, стійкі думки про наявність серйозного захворювання, постійні скарги, прискіпливе описання відчуттів та переживань, часте відвідування клінік, зміна лікарів, недовіра до них);

- соматоформна вегетативна дисфункція (поліморфізм вегетативних симптомів за відсутності органної патології — нейроциркуляторна дистонія, диспепсія, аерофагія, гикавка, пілороспазм, психогенний метеоризм, синдром подразненого кишечника, психогенний кашель та задишка, гіпервентиляційний синдром та ін.)

Соматопсихічні впливи

Усі вузькопрофесійні знання лікаря виявляються недостатніми для успішної лікувально-діагностичної діяльності, якщо в її основу не закладено цілісне розуміння людини. При підході до стану хворого на основі цілісного розуміння людини завжди беруть до уваги складне співвідношення між його психічним станом і хворобою. Психічна напруга, конфліктні ситуації можуть відбиватися на соматичному стані хворого і викликати так звані психосоматичні захворювання. Соматичне ж захворювання, у свою чергу, чинить вплив на настрій, сприйняття навколишнього світу, поведінку, плани і психічний стан людини в цілому. *Соматопсихічний синдром* — комплекс симптомів, що характеризують

розлади психіки і поведінки, зумовлений вторинною реакцією центральної та периферичної нервової системи у відповідь на первинну дисфункцію соматичної системи. Тому діагностика його у соматичного хворого має бути такою ж ретельною, як і діагностика основного захворювання внутрішніх органів.

Захворювання, що відносяться до групи соматичних, вельми численні і різноманітні, тому можна виділити лише загальні усереднені характеристики особистісних реакцій хворих на соматичне захворювання. Крім особливостей особистості хворих, на внутрішню картину хвороби і реакцію людини на хворобу в клініці внутрішніх хвороб найбільш значущий вплив мають такі чинники самої хвороби, як:

- труднощі у визначенні характеру патологічного процесу;
- локалізація патологічного процесу (серце, шлунок, пряма кишка і т.д.);
- вираженість больового синдрому;
- порушення функції органу або системи;
- наявність інтоксикації;
- гострота початку захворювання;
- тривалість захворювання і його можлива хроніфікація;
- виліковність захворювання та ін.

На психічний стан хворих соматичними захворюваннями також чинять вплив і супутні шкідливі чинники. Так, наприклад, пневмонія або інфаркт міокарду протікають з великими порушеннями психічної діяльності у осіб, що зловживають алкоголем. Зокрема, у них можуть виникати психотичні явища. Не меншу роль в зміні психічної діяльності хворого при соматичних захворюваннях відіграє реактивність організму, пов'язана з конституціональними особливостями, перенесеними захворюваннями і іншими чинниками. Неприятливий вплив на психіку хворого, безумовно, мають неправильна тактика лікаря щодо конкретного пацієнта, включаючи ятрогенії і лікарські помилки.

Психічні порушення при соматичних захворюваннях залежно від тяжкості, тривалості і характеру хвороби можуть виражатися різними синдромами, спектр яких поширюється від неспецифічних астеничних, різних невротичних розладів, афективних порушень до симптоматичних соматогенних психозів і психоорганічних проявів.

Психіка хворого з початку захворювання опиняється в незвичайному стані, оскільки у зв'язку з хворобою порушується звичний ритм життя, праці, відпочинку, сну і неспання. Особливої

значущості для хворого набувають відчуття або "темні валові відчуття" (за І.М. Сеченовим), які викликаються великою кількістю інтероцептивних сигналів від внутрішніх органів унаслідок наявних в них морфофункціональних змін. Спочатку суб'єктивно сприймані дифузні або локальні (в ділянці серця, шлунку, печінки і т.д.) невизначені відчуття трактуються як дискомфортні. Разом з ними можуть з'являтися і больові відчуття, які, проте, не завжди є об'єктивним показником наявної патології. Фізіологічний дискомфорт і больові відчуття, у свою чергу, пов'язані з афективними переживаннями у вигляді відчуття тривоги і страху. При наростаючій інтоксикації у хворих виникає гіперестезія, коли шум, світло, розмови, дотик одягу стають неприємними, з'являються дратівливість, підвищена образливість і плаксивість. Звичні шуми робляться нестерпними, світло ліхтаря з вулиці — дратівливим, розмови оточуючих призводять хворого до стану нервово-психічного збудження. Порущується вітальний тонус. Апетит знижений, сон стає поверхневим, хворі легко прокидаються. При безсонні нерідко виникають напливи спогадів про минуле, роздуми про хворобу і її можливі наслідки, що також заважають заснути. Не кожен хворий може зізнатися лікареві, що вночі відчував страх, через хибний сором за свій психічний стан або через небажання виглядати "боягузом". Лікар повинен зрозуміти хворого в такому стані, уважно поставитися до його скарг і, по можливості, усунути подразники, помістивши в тихішу палату, на зручніше місце і т.п.

Соматогенія — комплекс порушень у нервово-психічній сфері людини при кисневому голодуванні, больовому симптомі та при інтоксикації. Може проявлятися при різноманітних психічних розладах, починаючи від неврозоподібних реакцій і до психотичних станів з маячнею.

Астенія — найтипніше явище при соматогеніях. Наразі у зв'язку з патоморфозом соматогенних психічних розладів, обумовленим сучасними засобами і методами терапії, що дозволяють зменшити тяжкість перебігу багатьох захворювань і попередити їх ускладнення, вона може бути єдиним проявом психічних змін. Деякі автори (Смулевіч А.Б. і ін., 1991) схильні розглядати астенію лише в рамках соматопсихічних розладів, заперечуючи її психогенний характер (психічні травми, перевтома і ін.). Астенічні стани мають різні варіанти прояву, але типовими завжди є надмірна стомлюваність, іноді з самого ранку, важкість концентрації уваги, уповільнення сприйняття. Спонтанна млявість виникає без навантаження або при незначному навантаженні, тримається три-

вальної час і не проходить після відпочинку. Характерні також емоційна лабільність, підвищена ранимість і образливість, виражена відволіканість. Хворі не переносять навіть незначної емоційної напруги, швидко втомлюються, засмучуються через будь-які дрібниці. Часто має місце гіперестезія, що виражається в нестерпності різких подразників у вигляді гучних звуків, яскравого світла, запахів, дотиків. Іноді гіперестезія буває настільки вираженою, що хворих дратують навіть неголосні шуми, звичайне світло, дотик білизни до тіла. Часті різноманітні порушення сну.

Глибина астенічних розладів зазвичай пов'язана з тяжкістю основного захворювання. Іноді за астенію помилково може бути прийнята м'язова слабкість при захворюваннях м'язової і нервової системи. Крім астенії в чистому вигляді, досить часто зустрічається її поєднання з іншими варіантами психічних порушень. На тлі симптомів астенії можуть виникати невротичні реакції і стани, найбільш частими серед яких є депресія, страхи за своє здоров'я або не властиві раніше істеричні реакції.

У соматичні відділення можуть надходити хворі з *іпохондричними фобіями і нозофобіями* (кардіофобією, канцерофобією і ін.) за відсутності соматичного захворювання, і від правильності поведінки лікаря та персоналу щодо такого хворого залежить успіх лікування. Пацієнт з нав'язливим страхом перед якимось захворюванням тимчасово задовольняється роз'ясненням лікаря, що у нього немає важкого небезпечного захворювання. У хворого на істеричний невроз, прояви якого завжди носять характер "умовної приемності і бажаності", оскільки "звільняють", "захищають" від нестерпної для нього ситуації, може спостерігатися полегшення симптомів і стану, якщо лікар не виявить належної уваги до його стану і постійно підкреслюватиме легкість і несерйозність страждання, руйнуючи тим самим "психологічний захист" хворого.

Особливе місце в клініці внутрішніх хвороб займають *афективні розлади*. Вони широко поширені і відрізняються клінічною різноманітністю. Найбільш частими є депресивні стани або субдепресії, причинами яких можуть служити самі соматичні хвороби (за типом нозогеній або соматогеній) або інші психогенні чинники, але вони можуть бути і проявом типових або атипових форм ендогенних психічних захворювань. Зокрема, завжди треба пам'ятати про можливість соматизованих проявів депресій у вигляді безлічі "масок", що імітують різні захворювання. Такі хворі часто пригнічені, похмурі, малоактивні. Вони відчувають тривогу у передранкові години, розбитість і слабкість.

Значно рідше зустрічаються хворі з гіпоманіакальними станами, що також мають різну генезу. Але частіше такі стани є проявами інтоксикації з наростаючою гіпоксією мозку або фазами психічних афективних розладів. Характеризуються гіпоманії не властивою раніше хворим балакучістю і жвавистію: вони жартують, сміються, веселять оточуючих, легковажно відносяться до рекомендацій і призначень лікарів.

Лікарі повинні знати, що подібні стани виникають нерідко, але не вони визначають основний фон настрою, і удавана веселість — явище тимчасове. У цьому стані хворі іноді порушують режим відділення.

Гострі *психотичні стани*, або психози, що виникають при важких соматичних захворюваннях на тлі виражених астенічних проявів, найчастіше носять характер розладу свідомості у вигляді делірію або оглушеності. Передвісниками затьмарення свідомості часто бувають психічні розлади, які виникають при закритих очах (психосенсорні розлади і гіпнагогічні галюцинації). У зв'язку з цим велике значення має опитування хворих, особливо при скаргах на безсоння. Услід за розладом сну, гіпнагогічними галюцинаціями може розвинутися деліріозне затьмарення свідомості з неправильною поведінкою хворого. Після виходу соматично хворого з психозу, як правило, мають місце значні астенічні явища.

Психотичні розлади — достатньо рідкісне явище в клініці соматичних захворювань, вони виникають, як правило, при гострому розвитку хвороби. Причинами їх є виражена інтоксикація (при захворюваннях печінки і нирок) або порушення мозкового кровообігу (при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі і т.д.). Наявність психотичної симптоматики вимагає диференціальної діагностики з власне психічними захворюваннями (ендогенними) у соматичних хворих.

Відомий німецький психіатр К.Шнайдер (1959) запропонував поняття "Соматично обумовлені психози", близьке до поняття "Екзогенний тип реакції" іншого німецького психіатра К. Бонгеффера (1910). Шнайдер вважав, що соматичні і ендогенні психози принципово різні, надаючи значення у виникненні останніх генетичним чинникам. На його думку, для віднесення психозу до розряду соматично обумовлених, необхідна присутність таких чинників:

- наявність виразної симптоматики соматичного захворювання;
- очевидний зв'язок за часом між соматичними і психічними розладами;

- паралелізм перебігу соматичних і психічних порушень;
- наявність "екзогенної" або "органічної" симптоматики.

При підгострому або хронічному перебігу соматичного захворювання частіше маніфестують *невротичні розлади*, а у разі наростання енцефалопатичних явищ можливий розвиток *психоорганічного синдрому з явищами деменції*. У цих випадках у хворих з'являються підвищена стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість, образливість, ослаблення пам'яті та інтелектуальних здібностей.

Тривале соматичне захворювання, необхідність місяцями і роками знаходитися в стаціонарі, "особливе положення хворого" у ряді випадків призводять до *змін особистості у вигляді її патологічного розвитку*, при якому виникають аномальні риси, раніше не властиві цій людині. Зміни характеру у таких хворих сприяють виникненню численних конфліктів з оточуючими як в умовах лікувальної установи, так і поза нею, і можуть перешкоджати проведенню своєчасної діагностики і ускладнювати лікування хворих. Лікар повинен уміти розпізнавати ці хворобливі зміни психіки і при роботі з хворим використовувати різноманітні психотерапевтичні підходи для їх корекції.

Грубі психічні порушення, що спостерігаються при соматичних захворюваннях, повинні вивчати і лікувати психіатри. Для психіатра важливо, по можливості, чітко класифікувати і встановити приналежність того або іншого психопатологічного синдрому. Для лікаря загального профілю не мають такого істотного значення тонкості симптоматики психічного розладу, а велику роль відіграє оцінка особливостей поведінки і загального стану хворого. Тому вивчення психічних захворювань не є завданням клінічної психології, проте знання можливих психічних порушень допоможе лікареві в роботі з соматично хворими, особливо при встановленні контакту, проведенні діагностичних і лікувальних заходів, а також підкаже психотерапевтичні шляхи впливу на психіку пацієнта.

Залежно від особливостей психічного стану соматично хворого будуються бесіда лікаря з ним, поведінка медичного персоналу і вся тактика медичних заходів. Особлива роль належить психотерапевтичному впливу з боку лікаря, який повинен виявлятися з першого контакту з хворим. Лікар зобов'язаний в доступній для пацієнта формі пояснити особливості його стану і відчуттів у різних частинах тіла, значення діагностичних і лікувальних процедур, що проводяться у лікарні, обережно висловитися з приводу прогнозу захворювання.

Велике значення для хворого мають обходи, особливо в клініках, де проводиться навчання студентів. Часто у присутності хворого, кажучи про клінічні особливості хвороби, користуються незрозумілими термінами, не замислюючись, яку реакцію це у нього викличе. Враховуючи особливості викладання терапії і психотерапевтичну дію на хворого обходів професора і доцента, відомий вітчизняний терапевт Б.Е. Вотчал розділив обхід на три частини: перша — обговорення стану хворого в кабінеті, друга — огляд його в палаті і третя — аналіз та обговорення стану хворого знову в кабінеті. При цьому, посилаючись на свого вчителя Ф.Г. Яновського, він підкреслював, що сумніви в діагнозі є хорошою ознакою і для лікаря, і для хворого, але останній ніколи не повинен підозрювати про ці сумніви.

В умовах високої оснащеності медичних установ складною апаратурою виникає необхідність в розробці диференційованих свідчень для проведення спеціальних досліджень, які повинні бути направлені на вдосконалення діагностики основного захворювання, його ускладнень, сприяти виявленню супутніх захворювань, встановленню прогнозу і правильному лікуванню. Під час підготовки до обстеження хворому потрібно роз'яснити, що цим методом уточнюються особливості захворювання, деякі деталі діагностики, знання яких необхідне для вибору найбільш ефективної терапії.

З не меншими труднощами пов'язаний період одужання, коли у хворого настає компенсація або він повинен примиритися з дефектом, який виник у результаті хвороби, інвалідністю і у зв'язку з цим із новим положенням у сім'ї, суспільстві. Коли хвороба невиліковна, лікар повинен уміти щодня підбадьорюючи дивитися в очі хворому, зрозуміти всю своєрідність його стану, бути уважним до всіх дрібниць у період симптоматичного лікування.

Відомий вислів чудового французького письменника Антуана де Сент-Екзюпері про роль особистості лікаря: "Я вірю навіть, що прийде день, коли ми, захворівши і не відаючи причини захворювання, довіримося фізикам, які, не питаючи ні про що, візьмуть у нас шприцом кров, виведуть на підставі її аналізу декілька величин, перемножать їх, після чого, заглянувши в таблицю логарифмів, зцілять нас якою-небудь пілюлею. І все-таки варто мені захворіти, я, мабуть, піду до старого сільського лікаря, який погляне на мене куточком ока, помагає пульс і живіт, вислухає мої легені, потім трошки покашляє, розкурувши свою люльку, потре підборіддя і, щоб мене зцілити, посміхнеться мені. Зрозуміло, я схиляюся перед наукою, але я схиляюся і перед мудрістю". Дефіцит цілющого впливу особистості лікаря став, на жаль, вель-

ми відчутною ознакою сучасного лікування. Безумовно, необхідно використовувати в медицині і розвивати сучасні досягнення, пов'язані із загальним технічним прогресом, і спроби зупинити цей процес виглядали б абсурдними. Але важливо, щоб розвиток медицини не призводив до ігнорування особистості хворого, без урахування якої неможливо надати повноцінну допомогу.

3.7. Клінічна діагностика та класифікація психосоматичних та соматопсихічних синдромів

Експерти ВООЗ визначили основні ознаки недиференційованого психічно-го розладу, який є характерним для соматичних хворих. До них відносять:

- наявність чіткого психологічного дискомфорту;
- порушення спроможності виконувати певну роботу або навчатися;
- підвищення ризику смерті, страждання або порушення діяльності. Якої тактики має дотримуватися терапевт у цьому випадку? За умови використання усього комплексу клінічних та лабораторно-інструментальних методик він повинен у першу чергу виключити у пацієнта соматичне захворювання, зокрема стерті та атипові форми. Наявність будь-якого психічного розладу зазвичай можна запідозрити за таких опосередкованих ознак:
 - клінічні симптоми захворювання не схожі на наявні описані соматичні синдроми та захворювання;
 - у разі ретельного обстеження не була виявлена патологія внутрішніх органів або вона не відповідає вираженості скарг, які висуває хворий;
 - пацієнт тривало та без особливого ефекту лікувався у багатьох спеціалістів, часто різного фаху;
 - пацієнт вимагає множинних діагностичних обстежень;
 - тимчасове полегшення стану пацієнта виникає від нетрадиційних методів лікування або в результаті інвазивних терапевтичних втручань;
 - відповідь на симптоматичну терапію має суперечливий характер;
 - спостерігається схильність до перебільшення тяжкості побічних реакцій ліків;
 - відзначається підвищена залежність організму від психогенних впливів;

- з усього арсеналу фармацевтичних засобів найбільш ефективним є використання психотропних засобів.

Психосоматичний синдром – комплекс симптомів соматичного характеру, обумовлений первинною дисфункцією центральної і периферичної нервової системи без первинного ураження соматичної системи. Основною ознакою психогенних розладів дихання є наявність дихального дискомфорту у хворого без змін органічного характеру в нервовій і дихальній системах, без ознак гіпоксемії і гіперкапнії артеріальної крові. Клінічними симптомами психосоматичних проявів цього синдрому у пацієнтів пульмонологічного профілю є психогенна задишка, психогенний кашель та гіпервентиляційний синдром.

Частіше у практиці терапевтів зустрічається чотири варіанти дихальних клінічних проявів гіпервентиляційного синдрому (синдром Коста, синдром зусилля, нервовий дихальний синдром, психофізіологічні респіраторні реакції та інші).

1. Синдром «порожнього» дихання (незадоволеність вдихом, при цьому акт дихання відчувається вільно, характерні відчуття браку повітря, кисню, необхідність періодично робити додаткові глибокі вдихи, щоб надихатися, «повітряна» булімія, хворі стають «борцями» за свіже повітря.

2. Синдром «неповноцінного автоматизму» дихання або «зупинки» дихання (хворі стверджують, що якщо вони самі не зроблять вдих, то він самостійно не відбудеться, можлива «втрата свого дихання», стурбовано стежать за здійсненням циклу дихання, активно «включаючись» у його функцію).

3. Синдром «утрудненого» дихання (незадоволеність вдихом; при цьому акт дихання відчувається як важкий, здійснюється хворим із напругою, відчуття «грудки в горлі», «непроходження повітря в легені», «перешкоди на шляху проникнення повітря», «затиснення» дихання всередині або «здавлення» із зовні.

4. Гіпервентиляційні еквіваленти — стерті редуковані дихальні прояви: зітхання, кашель, позіхання, сопіння; при цьому хворі не усвідомлюють своїх дій, на ці симптоми їм указують колеги по роботі, близькі люди.

Верифікація психогенних розладів дихання ґрунтується на з'ясуванні психогенного анамнезу (діагностична співбесіда), відсутності органічного ураження дихальної системи під час об'єктивного обстеження та виявлення позитивних функціональних проб — після гіпервентиляційної проби — спостерігається посилення симптоматики під час глибокого дихання (гіпервентиляції)

протягом кількох хвилин; має місце позитивний ефект від інгаляції CO_2 – зменшення симптоматики у разі вдихання суміші газів, що містить 5% CO_2 ; у хворого є симптоми підвищеної нервово-м'язової збудливості.

Крім того, найчастіше в клініці внутрішніх хвороб трапляються такі соматопсихічні синдроми, як соматоформна вегетативна дисфункція, астеноневротичний розлад, тривожний та депресивний розлади, які відрізняються широким поліморфізмом.

Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) – симптомокомплекс, що повторює різноманітні фізичні симптоми функціонального характеру поряд із потребою в повторних обстеженнях, незважаючи на відсутність підстав для таких симптомів. Сюди відносяться різноманітні алгії, нудота, відрижка, блювання, свербіж шкіри, сенестопатичні розлади — відчуття поколювання, оніміння, «повзання мурашок», помірні коливання АТ та лабільність пульсу, іпохондричний розлад (постійна стурбованість можливістю захворіти, стійкі думки про наявність «серйозного захворювання»), множинні скарги, прискіпливе описання відчуттів та переживань, часте відвідування різноманітних клінік, зміна лікарів, недовіра до них); поліморфізм вегетативних симптомів за відсутності органної патології — нейроциркуляторна дистонія, диспепсія, аерофагія, гикавка, пілороспазм, психогенний метеоризм, синдром подразненого кишечника, психогенний кашель та задишка.

Верифікація СВД можлива за допомогою методики інтегральної табличної оцінки, що розроблена А.М. Вейном, та співавторами. При цьому протягом обстеження використовуються 2 види таблиць-шкал — перша (суб'єктивна шкала), яка заповнюється особисто хворим, дає змогу припустити наявність психоемоційних порушень, друга (об'єктивна) — заповнюється лікарем, дає змогу верифікувати або виключити їх наявність. Суб'єктивна шкала містить 11 запитань, об'єктивна — 13, що відображають різні сторони психовегетативних параметрів. Відповідно до інструкції варіанти відповідей кодуються «Так» або «Ні». Для кількісної оцінки ознак попередньо була проведена експертна оцінка вегетативних та психоемоційних симптомів шляхом балування кожної ознаки за її питомою вагою серед різноманітних симптомів психовегетативного синдрому. На цій підставі кожному симптому була присуджена кількість балів від 1 до 10 у разі позитивної відповіді на питання. Математична обробка отриманих результатів такого анкетного дослідження свідчить про те, що у здорових осіб загальна

сума балів за суб'єктивною шкалою не повинна перевищувати 15, а за об'єктивною — 25 балів. Тому психовегетативний синдром діагностують за умови отриманої суми балів вище 15 за суб'єктивною та 25 балів за об'єктивною шкалами відповідно.

Наведена стандартна орієнтовна схема дозволяє виявити наявність психовегетативного синдрому не тільки у хворих, а й в осіб, які не висувають активних скарг психоемоційного та вегетативного типу. Опитувальник можна використовувати для дослідження наявного психовегетативного розладу на тлі вже існуючого захворювання; встановлення у здорових пацієнтів факторів ризику розвитку патологічного процесу за відсутності виражених соматичних симптомів.

Астеноневротичний синдром проявляється зниженням адаптаційних можливостей організму та особистості соматичного хворого, наростанням їх безпорадності та відчуттям недостатності соціального захисту.

Якщо для верифікації клінічно значущих неврозів потрібна кваліфікована консультація лікаря-психіатра, то для верифікації межових порушень у рамках астеноневротичного синдрому доцільно використовувати скринінгову (орієнтовну) методику дослідження рівня невротизації за Л.І. Вассерманом.

Синдром тривоги (тривожний стан) характеризується станом безнадійності, напруженого та неспокійного очікування майбутнього. Встановлено, що тривожні розлади періодично виникають у 20% жінок та 8% чоловіків і тривають переважно 6 міс та більше. Близько 70-90% пацієнтів із соматичними захворюваннями, які відвідують лікаря, відчувають тривогу.

Критеріями тривоги вважають такі ознаки: психічні (неспокій, невпевненість у собі, відчуття безпомічності, небезпеки, що загрожує, зниження критичного сприйняття оточуючого середовища; хворі перебувають на грані зриву, важко концентрують увагу, порушені процеси засинання та сну, часті пробудження вночі, роздратованість, може з'явитися відчуття, що предмети нереальні (дереалізація), або власне «Я» віддалилося від хворого (деперсоналізація), вторинний страх смерті (танатофобія) та інші, психомоторні порушення (тремор, відповідна міміка та жестикуляція, збудження або пригнічення аж до ступору, головний біль, відчуття неможливості розслабитися, метушливість, неможливість всидіти на місці, біль у м'язах та інші) та ознаки вегетативної дисфункції (підвищення АТ, розширення зіниць, сухість у роті, блідість обличчя, пітливість, абдомінальний дискомфорт, нудота, діарея,

поліурія, часте сечовиділення та інші). Особливістю тривоги є її спрямованість у майбутнє та дифузний безпредметний характер на відміну від страхів.

Для швидкого встановлення рівня тривоги можна використати експрес-метод визначення рівня тривоги за І.В. Молдовану-Н.Г. Шпитальниковою, який полягає у визначенні часу (кількості секунд) у разі затримки дихання на видиху після 30-секундної гіпервентиляції, під час якої пацієнт виконує маневр чотирьохразового глибокого вдиху та видиху. Якщо час затримки дихання на видиху становить менше 30 сек., діагностується високий рівень тривожності (перший рівень), що корелює з означеними показниками за тестом Спілбергера-Ханіна. У разі затримки дихання на видиху більше 30 сек. — відповідно низький рівень тривожності, що не потребує корекції у процесі лікування.

Депресивний синдром – синдром зниження настрою. Клінічно проявляється у вигляді депресивного епізоду (за важкістю буває легким, помірним, тяжким) та хронічного розладу настрою: дистимії (хронічна, помірно виражена депресія, втома, зниження настрою, песимізм, зниження апетиту, розлади сну) та циклотимії (пом'якшений варіант депресії, що часто змінюється рівним настроєм).

Класифікація психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади поділяються на психогенні, що супроводжуються незначними функціональними порушеннями, а також на психосоматози, які супроводжуються вираженою органічною паталогією внутрішніх органів:

- *Функціональні синдроми*, до яких зараховують усі скарги та симптоми, що наявні у пацієнта і не складають цілісної соматичної нозологічної форми. В цю групу входять усі "неправильні" скарги на функціонування серцево-судинної, травної та сечостатевої системи, рухового апарату, органів дихання. Саме 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, яка ґрунтується на наявних 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: артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, ревматоїдний поліартрит, бронхіальну астму, нейродерміт (псоріаз), виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої

кишки, неспецифічний виразковий коліт і гіпертиреодний синдром — т.зв. "чиказька сімка" Ф. Александера.

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. Б. Смулевич, виходячи зі структури психосоматичних співвідношень, виокремив 4 групи психосоматичних станів:

1. *Соматизовані психічні (соматоформні) розлади*, що формуються при невротичних або конституціональних розладах (неврози, невропатії).

2. *Психогенні реакції (нозогенії)*, що належать до групи реактивних станів і виникають у зв'язку з соматичним захворюванням, яке відіграє роль психотравмуючої події.

3. *Реакції за типом симптоматичної лабільності* — психосоматичні захворювання в їх традиційному розумінні.

4. *Реакції екзогенного типу (соматогенії)*, що належать до категорії симптоматичних психічних реакцій і маніфестують внаслідок впливу соматичного захворювання на психічну сферу.

Окрім того, до психосоматичних розладів А. Б. Смулевич вважає за доцільне зараховувати стани, пов'язані з репродуктивною функцією жінки: передменструальний синдром, перед- і післяпологові депресії, смуток породіллі та інволюційну істерію. Зараз усе більша кількість клініцистів вказують на психосоматичну природу виникнення та розвитку у деяких пацієнтів інфекційних, онкологічних хвороб, туберкульозу, цукрового діабету, ожиріння.

Е. Блейлер запропонував умовний розподіл пацієнтів з психосоматичними розладами на 3 основні групи.

До першої, на його думку, належать *психосоматози*, що ґрунтуються на первинній тілесній реакції, яка виникла внаслідок 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.Александера.

У другу групу Е. Блейлер 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 ендогенні депресії, симптоми яких імітують симптоми певного соматичного захворювання. Окрім прихованої депресії, до цієї групи належать мігрень, сексуальні дисфункції та психогенні розлади функціонування органів дихання (bronхіальна астма), серцево-судинної системи (психогенні болі у серці або тахікардія), органів травлення (психогенні закрепи, діарея).

У третю групу 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: алкоголізму, наркоманії, тютюнопаління, токсикоманії.

Наприклад, до цієї групи належить схильність до розладів харчування.

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, хребті, головний біль);
- тимчасовій чи ситуативній прив'язаності болю (зростання болювого симптому в ситуаціях, пов'язаних з психічним напруженням), коли сам пацієнт не може надати свідчень про його причини;
- порушеннях сну;
- авторитарному характері стосунків у родині, позбавленні права самостійного прийняття рішень;
- наявності високих вимог до дітей з боку батьків, високої відповідальності та внутрішній тривожності дитини;
- вихованні по типу гіпоопіки або гіперопіки;
- постійних конфліктах дитини в дитячому садку, школі;
- у дітей, що перенесли постгіпоксичну енцефалопатію;
- при покращенні загального стану дитини під впливом плацебо та сугестивної терапії.

Згідно з класифікацією швейцарського психіатра Ейгена Блейлера, виділяють психосоматичні функціональні синдроми — «неврози органів», системні неврози або вегетоневрози. Це, насамперед:

- мігрень;
- аритмії, кардіалгії;
- психогенні запори і проноси;
- психогенні розлади дихання;
- сексуальні розлади.

Класичні психосоматичні хвороби об'єднані під назвою «чирказька сімка» (F.Alexander, 1968), до яких належать:

- артеріальна гіпертензія;
- виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки;
- ревматоїдний артрит;
- гіпертиреоз (тиреотоксикоз);
- бронхіальна астма;
- виразковий коліт;
- нейродерміт.

3.8. Психологічні особливості соматично хворих

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, які виникають в результаті невротичного заниження власних особистісних якостей та переоцінювання чужих. У психосоматичній медицині прийнято вважати, що існує так званий 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 невербалізованих емоційних конфліктів і кумулювання емоційного напруження.

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) психічно-

го стану пацієнта: підвищується настрій, з'являються бадьорість та оптимізм.

Ще на початку ХХ ст. відомий америкаський психофізіолог Волтер Кеннон описав і назвав відповідь організму на стрес «реакцією боротьби або втечі». Адже відомо, що тварина у відповідь на загрозу бореться або тікає. На думку У. Кеннона, сильні негативні емоції, наприклад, гнів або страх, відіграють важливу роль у згаданому процесі, готуючи організм до вступу в бій або порятунку втечею. Активація симпатичної системи, яка при цьому відбувається, допомагає насичити м'язи киснем для розвитку їх максимального зусилля. Цей філогенетичний механізм у деякі часи рятував людину під час явної загрози.

Особливостями сьогодення є переважання психоемоційних навантажень над фізичними. Сучасна людина у більшості випадків не може відповісти на стрес фізичною агресією або втечею від нього. Тому виникає дисбаланс між стрес-реалізуючими і стрес-лімітуючими системами. Інтенсивна і тривала стрес-реакція організму є причиною як виникнення, так і прогресування захворювання. І в результаті формуються психосоматичні хвороби. Згідно з класифікацією ВООЗ, найбільшого значення для здоров'я людини сьогодні набуває спосіб та стиль її життя. І серед усіх чинників найагресивнішим є стресогенна ситуація на роботі та в побуті.

Минулого року Європейське співтовариство кардіологів опублікувало нові рекомендації, згідно з якими психосоціальні моменти є незалежними факторами ризику ішемічної хвороби серця (ІХС). На додаток до підвищення ризику розвитку і погіршення прогнозу ішемічної хвороби серця ці чинники можуть стати бар'єром для комплаєнтності і поліпшення способу життя людини. У хворих на ішемічну хворобу серця часто спостерігається емоційна лабільність, підвищена дратівливість, неспокійний сон із неприємними сновидіннями, раннє тривожне пробудження. Також у них легко виникають астеничні реакції, стан невмотивованої тривоги. Окрім того, їм властива постійна внутрішня напруженість, підвищена вразливість, образливість. Нерідкими є прояви кардіофобії і постійне тривожне очікування чергового нападу. Усі ці психосоматичні порушення підвищують ризик розвитку інсульту, інфаркту міокарда та збільшення загальної смертності в популяції. Також вони є предикторами раптової коронарної смерті, спричиненої фібриляцією шлуночків.

Через низку медико-соціальних причин, таких як матеріальні витрати на діагностичні процедури та купівлю ліків, зниження

фізичної активності, поступова втрата працездатності, необхідність постійного прийому препаратів тощо, у пацієнтів формується депресивний стан. За визначенням Killip (2001) депресію після інфаркту міокарда можна порівняти до такого прогностичного чинника летального наслідку, як серцева недостатність. Із цим висновком погоджуються й інші вчені. Зокрема, за результатами першого проспективного етапу російського багатоцентрового дослідження «Координата» (2007), депресивна симптоматика погіршує прогноз у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця.

Згідно з висновками найбільшого багатоцентрового дослідження INTER-HEART Study, депресія і стрес є третім за значимістю і цілком незалежним чинником ризику інфаркту міокарда. Нарешті, відмічається, що ризик смертності після аортокоронарного шунтування у пацієнтів з депресією сягає 12,5%, у той час як за її відсутності становить 2,2% (Fraguans J.R. et al., 2000).

Прогресування психосоматичної патології є однією з провідних причин захворюваності та інвалідизації населення, особливо в розвинених країнах. З'явився навіть спеціальний термін «психологічний суїцид» — це коли стиль життя людини в кінцевому результаті призводить до передчасної смерті.

Європейське співтовариство кардіологів пропонує для вирішення проблеми збирати психосоматичний анамнез. Це допоможе виявити у кардіологічних пацієнтів фактори ризику, такі як депресія або стрес, і вжити відповідних заходів. Рекомендується проводити інтерв'ю за допомогою стандартизованих опитувальників. Важливо також враховувати психологічний профіль особистості, конфлікти, з'ясувати ставлення пацієнта до світу, його таємні бажання.

Приклад опитування:

1. Скарги, які ґрунтуються на симптомах, що проявилися.
 - Що саме привело вас сюди?
2. Точний час появи скарг.
 - День і година.
 - Періоди загострень і ремісій.
3. Життєва ситуація до моменту появи симптомів.
 - Що відбувалося у вашому житті останнім часом, протягом одного чи кількох років (розлучення, хвороба або смерть близьких людей, чи мало місце насильство, тривалий ремонт у квартирі тощо)?
4. Анамнестична ретроспектива.

5. Картина особистості та її конфлікти.

- Як ви це пережили?
- Що це означає для вас?

Важливий момент: ініціатива в розмові повинна бути надана пацієнту.

Крім того, необхідно визначити наявність факторів ризику, що сприяють розвитку психосоматичної патології у пацієнта.

Фактори ризику для здоров'я людини (ВООЗ):

Сфера життє-діяльності індивіда	Фактори ризику (в інтегральному групуванні), що знижують якість життя і потенціал здоров'я	Значення для здоров'я, приблизна питома вага даної групи чинників, %
Спосіб та стиль життя	Нездорові умови професійної та трудової діяльності, незадовільні матеріально-побутові умови проживання та відпочинку, стресогенні ситуації на роботі і в побуті, малорухливість (гіподинамія і гіпокінезія), неміцні сімейні узи, незадовільне сексуальне партнерство, самотність, низький освітній та культурний рівень	49-55
Біологія людини, генетичні чинники, фенотипи	Схильність до спадкових і мультифакторіальних хвороб, дегенеративної патології, ендокринних розладів, дефектів метаболізму, вроджених дис-функцій і вад розвитку	18-22
Навколишнє середовище (макро- і мікросередовище), природно-кліматичні умови	Забруднення атмо- і гідросфери, ґрунту екзотоксичними субстанціями, канцерогенами, мутагенами та іншими шкідливими речовинами, різка зміна атмосферних явищ, підвищення рівня магнітного, геліокоsmічного та інших випромінювань.	17-20
Охорона здоров'я та медицина	Низька ефективність гігієнічних заходів, недостатній рівень санітарної культури, низька якість медичної допомоги населенню, низька кваліфікація медичного персоналу, несвоечасність і неповний обсяг надання необхідних медичних послуг	8-10

Соматопсихічний напрямок, в центрі уваги якого було питання про вплив соматичної хвороби на особистість, закладено у працях психіатрів С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкіна, В.А. Гіляровського, В.М. Бехтерева.

Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм патології. Відмовляючись від традиційної для вітчизняної медицини дихотомії "психіки та соматика" 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 неврозоподібних порушень і до психотичних станів з мажачнею 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.

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 наростанні невротичних скарг по мірі тривалості хвороби. Характерні загальна астенія, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, дратівливість, перепади настрою (з тенденцією до тужливого), 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 яких розвинувся 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.

Нозогенії (психогенні реакції) при соматичних захворюваннях

Нозогенії (нозогенні реакції) — психопатологічно завершені психогенні розлади, що маніфестують у зв'язку з соматичним захворюванням (А. Б. Смулевич). Описують сутяжні (Clayer J.), депресивні (Rabinowitz B., Denyse 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 ХХ ст. завдяки численним дослідженням радянських вчених. 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. Саме вони вперше звернули увагу, що в рамках межових (пограничних) станів, які традиційно відносилися до соматогенних, можуть виявлятися і психопатологічні симптомокомплекси, що зіставляються з нозогеніями. Особливо інтенсивно дослідження проводилися з середини ХХ ст., коли внаслідок розвитку фармакології, що запропонувала нові ефективні медикаментозні засоби, удосконалення техніки органозамісних та органозберігаючих оперативних втручань, трансплантології, сучасної високо точної діагностики значно підвищився рівень медичного обслуговування і знизилась смертність, та водночас особливо виразно почали виявлятися ускладнення у формі нозогеній. З'явилася нагальна 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 час-

тоту усіх інших психічних розладів, які зустрічаються у загально-медичній практиці.

Факторами ризику виникнення нозогеній є: гострі і загрозливі для життя стани (наприклад, інфаркт міокарда), гострі порушення кровообігу мозку; 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 самоспостереженням, психологічною установкою на уникання небезпеки і схильністю до виявлення вазовегетативних розладів; а також *соматотонія*, що характеризується стеничною акцентуацією, психологічною установкою на ризикову поведінку, яка поєднується із впевненістю у власній витривалості, стійкості до зовнішніх впливів, котрі асоціюють з гіпер- та гіпонозогнозичними нозогенними реакціями.

На психологічному рівні виокремлюють два основні клінічно *гетерогенні типи нозогеній* — *гіпер- і гіпонозогнозії*, які диференціюють залежно від способу формування образу хвороби, провідної модальності реагування, а також суб'єктивної локалізації контролю.

Гіпернозогнозія визначається високою значущістю соматичного страждання, его-синтонним 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), сенситивні, сутяжні, параноїчні (з надцінними ідеями реформування і раціоналізації терапії).

Для гіпонозогнозії притаманна сукупність протилежних ознак — тенденція до недооцінювання серйозності соматичного страждання, яке сприймається як сукупність інформації про наявне соматичне неблагополуччя, а також его-дистонне ставлення до проявів захворювання, впевненість у можливості самостійного опанування ними, підтвержене когнітивно-біхевіоральним

реагуванням. До складу гіпнозогнозичних реакцій включають істеричні (синдром "прекраснодушною 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. Своєчасна діагностика та адекватна терапія нозогеній сприяє усім лікувальним заходам, полегшує профілактику як медичну, так і соціально-психологічну.

Питання для самоперевірки та самоконтролю

- 1) Перерахуйте наукові платформи, які розглядають етіопатогенез невротичних порушень.
- 2) Охарактеризуйте психотравму та інші чинники дисоціативних порушень.
- 3) Які дисоціативні (конверсійні) порушення зустрічаються у пацієнтів?
- 4) Які складові характерні для невротичного симптомокомплексу?
- 5) Дайте визначення та перерахуйте види соматоформних та соматизованих розладів.
- 6) У чому полягає ананкастичний симптомокомплекс у хворих на неврози?
- 7) Які невротичні конфлікти лежать в основі формування дисоціативних розладів?
- 8) У чому полягає тріада невротичних порушень К. Ясперса?
- 9) Охарактеризуйте психосоматичний підхід у клінічній психології та медицині.
- 10) Дайте характеристику біопсихосоціальної концепції етіопатогенезу психосоматичних хвороб в галузі клінічної психології.
- 11) Яким чином емоційний стрес виступає як фактор етіології і патогенезу неврозів та психосоматозів?
- 12) У чому полягають відмінності між психогенними соматичними розладами та психосоматозами

Розділ 4. Клінічна психологія та реабілітація терапевтичних хворих

4.1. Зміни психіки у пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Загально визнаним фактом є те, що органи травлення майже завжди реагують на значні психоемоційні переживання особистості. Близько 80 % всіх диспептичних розладів зумовлені емоційними порушеннями. 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 чинників, 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 психотраумуючі ситуації, а й смуток, докори сумління, туга, страх, розчарування, нудьга.

Виразка дванадцятипалої кишки та шлунка

Бачаточисленні вивчення психологічних особливостей осіб, захворівших виразковою хворобою шлунка, дванадцятипалої кишки та виразковим (спастичним) колітом, виявили певні зміни психологічної діяльності. Частіше за все хворі стають дратівливими, образливими, у них порушується сон, знижується працездатність у результаті швидкої стомлюваності та виснаження. У деяких

з них ці порушення настільки виражені, що змушують звернутися до невропатолога, в інших, навпаки, вираженість зазначених розладів незначна, тому ні вони самі, ні лікарі не надають їм значення і жодної спеціальної терапії не призначають. Лише при детальному розпитуванні вдається виявити, що в цих хворих стали частіше виникати конфлікти вдома та на роботі, а також в тих лікувальних установах, куди вони звертаються. Контакти з лікарями та іншим медичним персоналом в процесі лікувально-діагностичної роботи ще більше ускладнюються, якщо у хворих чітко проявляються вибуховість, іпохондрична налаштованість та явища канцерофобії.

Доведено, що в розвитку виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки більше значення відіграє порушення центральних механізмів нервової регуляції. Кортико-вісцеральна теорія К.М.Бикова та І.Т.Курцина отримала визнання більшості вітчизняних та закордонних вчених. Виявлено конституційно обумовлені риси визначеної нервової стигматизації або психосоматичної готовності у хворих. Невропатичні явища полягають в розладі регуляції, що призводить до дискінезій, схильності до спазмів. Вказується, що в патогенезі виникаючих розладів вагому роль відіграють емоційні фактори. На думку багатьох дослідників, шлунково-кишковий тракт являє собою своєрідний емоційний резонатор, з допомогою якого психічна напруга проявляється в соматичній сфері: зникає апетит, з'являється нудота, пронос і т.д. Такі емоції, як тривога, злість, почуття провини та сорому, здатні посилювати шлункову секрецію.

У більшості наукових робіт вказується на зв'язок між стресовою ситуацією та змінами в дванадцятипалій кишці; для виразки шлунка подібний зв'язок менш характерний. Крім того, у осіб, які по виду своєї діяльності пов'язані з частими ситуаціями стресу (наприклад, авіадиспетчерів), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки зустрічається вдвічі частіше в порівнянні із загальною популяцією.

Вивчення преморбідних особливостей показує, що, поруч із зовнішньою стриманістю, цілеспрямованістю, врівноваженістю, які спостерігались до хвороби, у хворих відмічається дратівливість, ригідність, прямолінійність, формальне розуміння обов'язку. Під час конфліктів у них частіше виникають реакції гніву, роздратування, ніж занепокоєння. В преморбіді осіб, які страждають неспецифічним виразковим колітом, описуються м'якість з рисами підвищеної загальмованості та вираженим «почуттям не-

повноцінності» в життєвих ситуаціях, які вимагають рішучих дій (Александр Ф., 1950). У деяких хворих до хвороби відмічаються, разом із впертістю та недовірою до оточуючих вибуховість та паранояльність.

Ще 100 років тому Апсігаї 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.

При виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, у випадках їх повільного початку і в'ялого протікання, психічні порушення зазвичай вичерпуються соматогенною астеною. У таких хворих спостерігаються слабкість, підвищена стомлюваність, неглибокий сон, образливість, плаксивість. Вибуховість та роздратованість в цих випадках нечітко виражені.

В інших хворих появи виразкової хвороби передують реактивні стани, часто характерна картина невротичної депресії, яка включає скарги на біль та неприємні відчуття в ділянці шлунка і серця. До поміщення в стаціонар такі хворі краще себе почувають поза психотравмуючою ситуацією, відзначається пряма залежність між погіршенням соматичного стану та психічними розладами. Хворі зазвичай тривожно сплять, бувають вибухові та дратівливі, але загалом відчують пригніченість та слабкість. Присутні добові коливання стану. Частіше зранку стан гірший, ніж ввечері. Але це не туга, як буває при циклотимії, а в'ялість, слабкість, як при неврастенії.

При ускладненні протікання виразкової хвороби, появи кровотеч, схудненні, болях, втраті працездатності можуть виникнути *реактивні стани* з тривогою, відчаєм, іноді з суїцидальними думками. В таких випадках хворих необхідно консультувати у психіатра та призначати антидепресанти в комбінації з транквілізаторами для купірування тривожної депресії та нормалізації сну.

Соматонозогнозія при виразковій хворобі багато в чому залежить від вираженості клінічних проявів. Вираженість больового синдрому, прогресуюча втрата ваги сприяють гіперсоматонозогнозії

з проявами фобійних (частіше канцерофобії) або іпохондричних розладів. Слабка вираженість клінічних ознак, навпаки, може слугувати причиною гіпосоматозогнозії.

Необхідність оперативного втручання може виникнути раптово. У зв'язку з цим у хворого неминуче з'являється емоційна реакція хвилювання та тривоги. Травмує психіку людини як неминучість самої операції, так і обстановка, пов'язана з нею: необхідність прийняти швидке рішення, вигляд лікарні, лікарів, переляканих родичів. Від правильного психотерапевтичного підходу лікарів в даній ситуації не лише до хворого, але й до його близьких залежить багато в поведінці і подальшому стані хворого. Тому необхідно, по можливості, враховувати особистість хворого, вміти заспокоїти його, переконати в необхідності оперативного втручання, дати зрозуміти, що іншого виходу немає. Лікар має прагнути до того, щоб максимально пом'якшити страх хворого і перед плановою операцією. Такий хворий шукає підтримки в лікаря, у рідних, тому розмови з близькими хворого мають носити суворо продуманий характер, щоб через них психотерапевтично впливати на нього. У багатьох хворих перед операцією виникає відчуття страху за своє життя. Розмови з іншими хворими, вісті про загиблих під час операції можуть не лише викликати у хворого страх, але й виявити несприятливий вплив на результат операції.

Після операції з приводу виразкової хвороби шлунку та резекції шлунку необхідно пам'ятати про можливість розвитку у хворого клінічної картини демпінг-синдрому: через 10-20 хвилин після прийому їжі з'являються приступи гострих болей, слабкість, пітливість, нудота, рвота, серцебиття, запаморочення, які іноді мають виражений характер та нагадують колаптоїдні стани. Від цих порушень відрізняються розлади, які вкладаються в картину гіпоглікемії, яка виникає зазвичай через 1,5 — 3 години після їжі та носить також характер приступів. У розмежуванні цих станів більшу роль відіграє вміння лікаря детально розпитати хворого, вмовити провести додаткові дослідження. Хворому необхідно пояснити причини порушень, що в нього виникають.

1. Overbeck і Viebl пропонують п'ять типів гастроентерологічних хворих: до першого типу відносяться психічно здорові люди, у яких виразкова хвороба виникла при значній регресії "Я"; до другого — хворі на невроз з формуванням псевдонезалежних реакцій, obsесивно-депресивними рисами, в стані психічної декомпенсації внаслідок особливих переживань образи, невдачі, любовної втрати; до третього — хворі з соціопатією, схильні до надмірної

залежності; до четвертого — психосоматичні хворі, які завжди на психотравми та психічні навантаження реагують соматично; до п'ятого — нормопатичні хворі, у яких на тлі хронічного психічного стресу в результаті надмірної орієнтованості на "норму" поведінки формується виразка.

Найчастіше клінічна картина виразкової хвороби маскує приховану депресію, пов'язану з невідреагованою дитячою психотравмою.

У численних наукових дослідженнях зроблені спроби виокремити психологічні типи хворих з виразковою хворобою. Більшість авторів (Freyberger, Balint, Loch) виокремлюють гіперактивний і пасивний типи, які ґрунтуються на внутрішньому конфлікті, основаному 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

Пасивний «виразковий» тип особистості схильний до субдепресивного тла настрою і прямо виражає свої потреби в залежності. Він вважається маніфестно-залежним. Виразковий напад настає, «коли підсвідомі чи свідомі бажання залежності зустрічають відмову» (Freyberger, 1972).

Кроки до самостійності і незалежності не починаються. Хворий насолоджується перевагами залежності і відмовляється від усякого ризику. Життєва стратегія полягає в тому, щоб бути захищеним.

Цей маніфестно-залежний, пасивний «виразковий» тип хворого часто походить з родини, у якій ним опікувалась дуже турботлива матір. Хворому не вдається досягти переривання «психологічної пуповини», стати незалежним від матері. Він залишається з бажанням захисту і допомоги, сильно прив'язаним до материнської опіки, у той час як батько може зайняти лише другорядне положення.

При гіперактивному «виразковому» типі особистості бажання залежності дуже сильні, однак заперечуються хворими. Вони відмовляються від своїх бажань і тим самим фруструють самі себе. Гіперактивний тип позбавлений спокою. Хворий агресивно переслідує свою мету, компенсаторно прагне до незалежності і постійно прагне довести свою силу. Пацієнт має потребу в такому підтвердженні, оскільки не в змозі забезпечити собі почуття захищеності іншим способом, крім досягнення успіху. Цей тип хворого шукає успіху, але в цілому є неуспішним, оскільки предметом його прагнень є визнання і престиж. Вони одночасно активні і невпевнені в собі.

F. Alexander (1932) висловив припущення, що хронічна фрустрація при явній потребі у залежності формує характерний невідомий конфлікт. Останній переростає у інтенсивну потребу в залежності, турботі, що викликає хронічний підсвідомий регресивний голод або гнів. Ця реакція проявляється фізіологічно стійкою вагусною гіперактивністю, яка призводить до гіперсекреції шлункового соку та обумовлює розвиток виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.

Вважається, що майже усі хворі з виразковою хворобою мають внутрішній конфлікт типу “віддати–взяти”, що проявляється боротьбою між двома протилежними прагненнями (залежності та побоюванням відкрито демонструвати свою залежність).

При пасивному «виразковому» типі хворі насолоджуються перевагами залежності та не роблять кроків до незалежності. На першому плані у таких хворих стоїть підсвідомий страх бути кинутими.

При гіперактивному типі бажання залежності свідомо відкидаються. Ці хворі турбуються про інших, намагаються бути лідерами, постійно шукають успіху, але не знаходять його.

Деякі дослідники (Zander, 1976) вважають, що початковим фактором є заздрість — “виразка виникає, коли людина з «голодною» установкою повинна бачити як їсть інший”. У думках дитини бажання бути коханим та бажання бути нагодованим пов’язані дуже глибоко. Коли у більш зрілому віці бажання отримати допомогу від іншого викликає сором або сором’язливість, що часто зустрічається у суспільстві, головною цінністю якого є незалежність, це бажання знаходить регресивне задоволення у підвищеному потязі до поглинання їжі. Цей потяг стимулює секрецію шлунка, а хронічне підвищення секреції у індивіда може призвести до утворення виразки.

У процесі наукових досліджень стало відомо, що більша частина пацієнтів з виразковою хворобою пов’язує своє захворювання з психологічними причинами, що підтверджується достовірно підвищеним рівнем тривожності та депресії у порівнянні з пацієнтами, які не співвідносять хворобу із психологічними чинниками. При цьому рівень тривожності на 5–7 пунктів вище рівня депресії. Підвищений рівень тривожності пов’язаний як із особистісними особливостями пацієнтів, так і з лікуванням хворих у стресогенних умовах стаціонарного відділення. Пацієнти відмічали що у домашніх умовах вони відчують себе більш комфортно і вільно.

Хворі на виразкову хворобу відрізняються педантичністю та схильністю до іпохондрії та пригніченого настрою.

Синдром подразнення товстої кишки. Особливої уваги заслуговує зв'язок між діяльністю кишечника і психічним станом людини. Терміном "синдром подразнення товстої кишки", запропонованим Н. Voskus, 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, на який страждає кожен п'ятий мешканець планети. Водночас, за даними J. Richter, діагноз синдрому подразнення 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 розладами. Да Коста вказував на зв'язок між абдоміналгіями, 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 свищ спостерігали за впливом різних емоційних подразнень на кровопостачання кишечника. Під впливом подразників стінка його червоначає, судини розширюються. Коліти психогенної етіології супроводжуються діареєю, закрепками або тенезмами. Профузна діарея може бути спровокована переживанням страху.

Основними клінічними проявами синдрому подразнення товстої кишки є порушення її моторної функції та абдоміналгії. Порушення моторної функції виявляються у вигляді закрепів, діареї та чергуванні 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. Психогенна діарея виявляється у вигляді частих рідких випорожнень, загальний об'єм яких не перевищує звичайний. Абдоміналгії виявляються приступами спастичного болю, який може змінювати як локалізацію, так і інтенсивність.

Більшість пацієнтів адаптуються до розладу і не звертаються за лікуванням ні до гастроентерологів, ні до клінічних психологів. Систематична робота з клінічним 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 надцінного 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 порушень входять розлади прийому їжі, походження яких пов'язане з впливом психогенних чинників.

Нервова анорексія переважно виникає у дівчаток 12-18-річного віку, у яких відзначається порушення ідентифікації або депресія пубертатного віку, та виявляється у свідомій відмові від прийому їжі та цілеспрямованих зусиллях, скерованих на схуднення (блювання, прийом послаблюючих препаратів, діуретиків, психостимуляторів, надмірні фізичні вправи). У зв'язку з формуванням надцінної ідеї загрози ожиріння, раціональне переконування у недоцільності та шкідливості подібних заходів не знаходить у них розуміння. Втрата ваги на 15% і більше за бажану та поява аменореї і затримка пубертатного розвитку переконливо свідчать на користь наявності нервової анорексії. Патопсихологічне дослідження підтверджує у них зниження самооцінки та підвищену депресивність із суїцидальними тенденціями.

Позитивний результат дає терапія антидепресантами у поєднанні з транквілізаторами. Та лише за наявності ефективної психотерапії результат лікування вдається закріпити. Випадки повторної нервової анорексії складають близько 50 %.

Нервова булімія — етіологія розладу подібна до нервової анорексії, хоча у багатьох випадках виступає як захисна реакція при підвищеній сексуальності. Пацієнти відзначають нездоланий потяг до їжі, задовольнивши який вони намагаються позбутися їжі за допомогою блювання, прийому послаблюючих препаратів, діуретиків, обмежень у споживанні їжі.

4.2. Зміни психіки у пацієнтів із захворюваннями 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 до навколишнього середовища. Відомо, що респіраторні прояви є чи не основним способом вираження психоемоційного стану та переживань людини. Обмеження свободи людини ототожнюються 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).

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, обмеженості дихання через «відчуття клубку» у горлі та відчутті стиснення в грудях (т. зв. «дихальний корсет»), які виникають при незначних фізичних або емоційних навантаженнях. Водночас хворі відзначають неприємні відчуття та заніміння в кінцівках, 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, яке не лише не дає їм відчуття полегшення, а й супроводжується подальшою нетривалою затримкою дихання, що неймовірно їх лякає та одразу стає об'єктом іпохондричної 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 умови адекватної

психотерапії, яка призводить до нормалізації афективного статусу, повністю зникає.

Невротична бронхіальна астма. У значної частини хворих на бронхіальну астму при патопсихологічному та клінічному дослідженні діагностується так звана уявна невротична астма, яка клінічно імітує бронхіальну астму — проявляється бронхоспазмом, порушенням секреції, набряком слизових оболонок, — але яка 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 вивільнення медіаторів, які викличуть локальну реакцію у трахеобронхіальному дереві, можуть різні причини — і психологічні (стрес, психотравма), і вплив алергену. Однак, зазвичай, приводом до появи нападу стає страх пацієнта. На користь психогенного походження також свідчать раптові переходи від рівномірного до прискороного поверхневого дихання і навпаки, залежно від появи чи зникнення психотравмуючого фактора. Клінічно напад невротичної бронхіальної астми виявляється у стійкій нестачі повітря з затрудненим видихом, але супроводжується специфічними "шумовими ефектами" (стогін, гикавка, зітхання) і завершується патологічною сонливістю.

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 прилюдних 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 депресивності, істеричності та низьку самооцінку, зниження соціальних контактів.

На відміну від неврогенної бронхіальна астма існує як психосоматичне захворювання, з аналогічною назвою, яке характеризується періодичними нападами задухи внаслідок спазму бронхів.

Бронхіальна астма — захворювання, відоме давно, про нього згадується ще в працях Гіппократа. В середині XVII століття Гельмонт і Віліс ввели поняття спазматичної астми, що характеризується раптовими нападами.

Природа захворювання в основному інфекційно-алергічна. Стан підвищеної чутливості може виникнути під впливом речовин, які з'являються в організмі внаслідок життєдіяльності бактерій при інфекційних захворюваннях органів дихання. Алергенами можуть бути квітковий пилок, хімічні речовини, ліки, побутовий пил, гриби, ягоди, вовна тварин і таке інше.

Психосоматичні фактори також беруть участь у патогенезі алергічної бронхіальної астми. У хворих бронхіальною астмою невротичні реакції відіграють важливу роль. Емоційні конфлікти часто служать причиною чергового загострення астми. У клінічній практиці зустрічаються хворі, у яких перший приступ виник у результаті стресу. Так, серед факторів, що мають значення в її розвитку, 30 % становлять психологічні, 40 % — інфекційні та 30 % — алергічні.

Бронхіальна астма може виникати в будь-якому віці, але найчастіше вона розвивається в перші десять років життя. Занедужують в 2-3 рази частіше хлопчики, ніж дівчатка. У половині випадків астма виліковується в пубертатному періоді.

При приступі бронхіальної астми різко змінюється механізм дихання, особливо видих, повітря повністю не виходить із легенів. Це призводить з кожним вдихом до збільшення повітря в альвеолах, здуття легень, недонасиченості крові киснем і недостатнім звільненні її від вуглекислого газу. Хворому не вистачає повітря, виникає страх задихнутися, він блідне, згодом обличчя стає синюшним. Дихання відбувається з великим зусиллям. Під кінець приступу починається відкашлювання мокротиння, що зібралось внаслідок надмірного виділення слизу в бронхах. Через кілька годин після приступу хворий відчуває себе практично здоровим. Однак прогресуюче захворювання може привести до зниження еластичності легень, хронічного бронхіту, легеневої й серцевої недостатності. У деяких хворих приступи виникають рідко, у певний період року, в інших — по кілька разів на добу. Іноді виникає "астматичний статус" — приступи не проходять протягом декількох днів. Сам приступ може тривати від декількох хвилин до декількох годин і більше. Лікування бронхіальної астми спрямовано на попередження приступу (медикаменти, фізична та психологічна реабілітація). При хронічній астмі спостерігається наростаюча тенденція хворих до самоізоляції.

Як зазначають С.М. Вороніна та Г.С. Маскова, емоційна сфера психосоматичних хворих відрізняється слабкою диференційованістю. Вони виявляють нездатність до точного опису власного

емоційного стану й емоційного стану інших людей. Тому, на нашу думку, основна психологічна робота із хворими спрямована на зниження почуття страху у зв'язку з можливістю виникнення приступу, оволодіння методами саморегуляції емоційних станів.

В силу специфічності даного захворювання у хворих спостерігаються деякі патопсихологічні особливості особистості. На думку В.Д. Менделевича, люди, що страждають на бронхіальну астму часто мають істеричні або іпохондричні риси характеру, але вони не здатні при цьому "випустити гнів у повітря", що провокує приступи задухи.

На думку, Д.Н. Ісаева, у більшості хворих на бронхіальну астму (83 %), яка протікає в тяжкій або середньотяжкій формі, спостерігаються зміни особистості, невропатичні прояви: підвищена чутливість, збудливість, тривожність, лякливість, дратівливість, швидка зміна настрою з переважанням зниженого, вразливість. Більш виражені ці риси у дівчат, які хворі на важку форму бронхіальної астми, а також у тих, хто хворіє більше п'яти років та чітко усвідомлює своє захворювання. Більшості хворим властиві істероїдні риси особистості: демонстративна поведінка, прагнення завойовувати увагу, негайно одержати бажане, прагнення досягти успіху, переоцінка власної особистості, вразливість та бурхлива емоційність.

Таким чином, у внутрішній картині хвороби людини з даними соматичними захворюваннями спостерігаються переважно зміни у особистісній сфері.

Психологія і поведінка хворих бронхіальною астмою багато в чому визначаються особистісними реакціями на хворобу. Реакція на хворобу залежить від тих же чинників, що і при інших захворюваннях та вичерпується основними варіантами у вигляді гіпер- або гіпонозогнозії.

Специфіка внутрішньої картини хвороби при бронхіальній астмі полягає в тому, що вона включає два види реакцій — реакцію на астматичний напад і реакцію на хворобу. Вираженість розладів у більшості випадків обумовлена гостротою і раптовістю нападу. При раптовому гострому нападі найчастіше з'являються страх смерті від задухи або зупинки серця, страх нападу, що не зникає (Костюніна З.Г., 1971). Причому рідкі, але важкі напади астми супроводжуються більш вираженими проявами страху, що виникає не тільки під час нападу але і в очікуванні його. Короткочасні неважкі напади задухи, що не пов'язані з найбільш поширеними тригерами (психічними чинниками, алергенами та ін.)

і легко знімаються інгаляцією протиастматичних засобів, навпаки, частіше супроводжуються гіпнозогнозтичними реакціями.

При подальшому хронічному перебігу хвороби і необхідності у зв'язку з цим тривалий час лікуватися, зокрема, в умовах соматичних стаціонарів, у багатьох хворих можлива фіксація уваги на своїх відчуттях і переживаннях з формуванням *тривожно-фобічних* і *депресивних реакцій*. Виражений страх стосується вже не тільки можливого нападу, але і свого здоров'я в цілому, своєї подальшої долі. Хворі фіксовані на власній дихальній функції, постійно зайняті аналізом відчуттів. У деяких з них з'являються страхи не тільки перед нападом бронхіальної астми, але і інші *іпохондричні страхи*, наприклад "за серце". Хворі побоюються, що діяльність серця порушиться у зв'язку з прийомом ліків, які можуть "зіпсувати серце". Через ці страхи часто виникають ускладнення з медикаментозною терапією, і тому великого значення набуває психотерапевтична робота.

Порівняно рідше за іпохондричні фобії виникають різні *істероформні розлади*, які зазвичай носять характер вегетативних і сенсомоторних пароксизмів без виражених істеричних форм поведінки.

Пасивність хворих, песимістична оцінка свого стану і майбутнього в цілому, негативізм відносно лікування, свідчать про наявність *депресивних розладів*, що вимагають іноді консультації психіатра і призначення психотропних засобів, вибір яких обмежений у зв'язку з тим, що деякі з них протипоказані при бронхіальній астмі (антидепресанти, бета-блокатори та ін.).

При затяжному несприятливому перебігу бронхіальної астми з'являються зміни особистості (патологічний розвиток, по Г.К. Ушакову), у структурі яких переплітаються реактивні і соматичні порушення. Причому, так само, як і при інших соматичних захворюваннях, проявляється зворотня пропорційність цих компонентів: з наростанням соматогенних розладів зменшується питома вага психогенних порушень і навпаки.

У системі лікування хворих бронхіальною астмою, разом із спеціальними бронхолітичними засобами і психотропними препаратами, велике значення повинні відігравати психотерапевтичні методи. Найбільш ефективними з них є когнітивна (раціональна) та біхевіоральна (поведінкова) психотерапія, навчання хворого прийомам релаксації за допомогою аутогенного тренування. Якщо істеричні випадки носять характер нападів задухи і виникають у зв'язку з психотравмуючою ситуацією, то добрий результат спостерігається при гіпнотерапії.

При першому нападі бронхіальної астми, при якому особливо виражене відчуття страху у зв'язку із задухобою, правильна бесіда лікаря, підбадьорююча і заспокійлива не тільки для хворого, але і для його родичів, має велике значення для подальшого лікування цього захворювання. Чим раніше почато психотерапію, тим вища ефективність використання її методів. Поява стійких, незворотних патофізіологічних змін, характерних для бронхіальної астми, різко звужує можливості психотерапевтичного впливу.

Відомо, що, за оцінкою лікарів давнини, захворювання органів дихання відносилися до одних із "двох воріт смерті" разом із хворобами серцево-судинної системи. Це пов'язано, в першу чергу, з поширеністю запальних захворювань легень і відсутністю ефективних засобів лікування. Найбільш небезпечним захворюванням легень як для життя, так і в плані виникнення психічних розладів вважалася *крупозна пневмонія*. Безумовно, зараз завдяки наявності антибактеріальних засобів терапії істотно зменшилася поширеність важких форм пневмонії і, відповідно, скоротилися кількість і вираженість психічних порушень при цьому захворюванні.

На причини виникнення психічних розладів при пневмонії існують різні точки зору. Багато авторів велику роль у виникненні *деліріозних розладів свідомості* при крупозній пневмонії відводять попередній алкогольній інтоксикації. Зараз виділяють два варіанти гострих психотичних розладів при пневмонії. Деліріозне затьмарення свідомості в перші дні захворювання, як правило, спостерігається у осіб, що довго зловживають алкоголем. У цих випадках в профілактиці психічних розладів і неправильної поведінки хворого має значення бесіда лікаря в приймальному відділенні і виявлення зловживання алкоголем шляхом розпитування самого хворого і його родичів. Тривожний сон у першу ніч, страхи, які відчуває хворий, скарги на зовнішні подразники, наявність гіпнагогічних галюцинацій вказують на можливість виникнення психотичного стану.

У осіб, що не зловживають алкоголем, гострий психотичний стан можна спостерігати при лікуванні крупозної пневмонії, коли температура вже знизилася і йде активне розсмоктування вогнища запалення.

Відомі випадки, коли лікарі поліклінік, не надаючи достатньо серйозного значення тяжкості стану у молодих хворих після зниження температури, не відвідували їх вдома, а наполягали на приході в поліклініку. Саме це додаткове навантаження може

спровокувати психотичний стан із бурхливим розвитком клінічних проявів деліріозного затьмарення свідомості, вчинками і діями, небезпечними як для самих хворих, так і для оточуючих.

У багатьох хворих після перенесеної крупозної пневмонії *астенічні прояви* зберігаються більш-менш тривалий час.

Астенічні розлади, пов'язані з інтоксикацією і обмінними порушеннями, є значними і у хворих з *хронічними захворюваннями легень* — бронхітами і бронхопневмоніями. На тлі астенії можуть виникати тривожні побоювання, що стосуються здоров'я, думки про невиліковність хвороби, приреченість. Іноді ці переживання є віддзеркаленням депресивного стану, що вимагає консультації і лікування у психіатра. *Депресії* частіше носять характер *дистимії*, коли хворі всім незадоволені, скандалять, дорікаючи оточуючим у недостатній увазі до себе, відсутності допомоги. Іноді, при вираженому кашлі і великій кількості відокремлюваної мокроти, хворі обтяжуються перебуванням в суспільстві, у них можуть виникати сенситивні ідеї ставлення: здається, що оточуючі зневажають їх, "гидують" знаходитися поряд із хворим.

Частіше у хворих мають місце *іпохондричні розлади* з фіксацією уваги на своєму самопочутті. Вони багато часу приділяють різним методам обстеження і лікування, всіляко прагнуть захищати себе від чинників, що сприяють загостренню захворювання.

Серед захворювань органів дихання, при яких велике значення мають психологічні особливості хворого, а також можуть мати місце психопатологічні прояви, особливе місце належить *туберкульозу легень*. Актуальність психічних розладів при цьому захворюванні обумовлена також несприятливими епідеміологічними показниками по туберкульозу останніми роками.

Особливості психологічного реагування хворих туберкульозом на захворювання і складнощі лікування таких пацієнтів пов'язані з упередженнями і помилковими уявленнями про туберкульоз як про важке, "заразне", невиліковне захворювання, що існують в суспільстві до теперішнього часу. Тому повідомлення про підозру або наявність туберкульозного процесу у пацієнта може сприйматися ним як катастрофа, трагедія. У багатьох хворих виникає страх опинитися в ізоляції, тому що, боячись заразитися, їх уникатимуть родичі, товариші по службі, сусіди. Глибокі переживання і відчай посилюються при поміщенні хворого в спеціалізовану лікарню або санаторій, у відриві від звичного оточення. Тому вже в першій бесіді з хворим лікар повинен заспокоїти його, розсіяти сумніви і побоювання, пояснити необхідність та характер

лікування і вселити надію на одужання. Психологічна допомога хворому з боку лікаря, а також робота останнього з родичами пацієнта повинна проводитися увесь період захворювання. Необхідне психотерапевтичне опосередкування всіх вживаних засобів та методів обстеження й лікування хворого.

Разом з тим, доводиться зустрічатися і із зовсім іншим типом реагування хворих туберкульозом на хворобу. Можливим типом психологічного захисту у відповідь на повідомлення про наявність туберкульозу є витіснення або заперечення хвороби. Такі хворі, особливо при гарному суб'єктивному самопочутті, "не приймають хворобу", продовжуючи безтурботно вести колишній спосіб життя, відмовляючись від обстеження і лікування і не дотримуючись санітарно-гігієнічних правил. Така поведінка може являти собою небезпеку як для самих хворих, внаслідок прогресування захворювання, так і для оточуючих у зв'язку з небезпекою поширення інфекції.

Іноді і родичі хворих через помилковий сором і страх образити близьку до них хвору людину також не дотримуються гігієнічних норм, піддаючи себе і своїх дітей небезпеці зараження туберкульозом.

Поведінкові розлади при туберкульозі легень найбільш виражені у хворих на алкоголізм. Як правило, такі хворі потрапляють до лікувальних установ вже із запущеною формою туберкульозу, оскільки погане самопочуття вони звикли "лікувати" за допомогою алкоголю. *Анозогнозія* у таких хворих проявляється протестом проти перебування в спеціалізованій лікувальній установі, недисциплінованості і самовільній втечі із лікувального закладу, порушенням режиму тверезості. Вираженість змін особистості і поведінкових розладів є показанням для консультації таких хворих психіатром і наркологом.

Були спроби окремих авторів виділити особливості психологічного статусу хворих на туберкульоз, які знайшли широке віддзеркалення в художній літературі. Підкреслювалася їх особлива чутливість, сентиментальність, виснаженість, емоційна лабільність. Опис вказаних особливостей відноситься в основному до періоду доантибактеріальної терапії. Більшість же авторів не знаходять специфічних особистісних рис у хворих на туберкульоз (Берлін-Чертов С.В., 1948), але при цьому виділяють загальні чинники, здатні чинити вплив на психічний стан хворого: астенизуюча дія туберкульозної інтоксикації і соціально-побутові передумови, пов'язані з цією хворобою.

Психічні порушення, що спостерігаються у хворих на туберкульоз, складаються із:

- 1) порушень, що виникають в результаті самого процесу хвороби;
- 2) психогенних нашарувань, пов'язаних із фактом хвороби і необхідністю тривалого перебування в стаціонарі;
- 3) побічної дії антибактеріальної терапії.

Найбільш типовим психічним порушенням при туберкульозі є *астенічні прояви*, які можуть іноді виникати раніше проявлення інших клінічних ознак туберкульозу легенів. Як правило, переважає фізична, або *соматична астенія*. У деяких хворих на тлі астенії виникають ситуативно обумовлені *афективні порушення*. Вони можуть виявлятися пригніченим настроєм, похмурістю, відчуженістю, іноді надмірною тривожністю. На тлі астенії можуть виникати *іпохондричні скарги* і *істеричні реакції*. У взаєминах з лікарем хворі іноді проявляють негативну реакцію, відмовляються від обстежень, бувають злісними та дратівливими, фіксованими на хворобливих відчуттях. Такі пацієнти скаржаться на розлади сну, часті пробудження, численні сновидіння неприємного змісту. У цей найбільш важкий для хворого період відбувається адаптація до нових умов, інтрапсихічна їх переробка, і тому саме в цей час велике значення мають психотерапевтичні бесіди і санітарно-освітня робота у відділенні.

Характер туберкульозного процесу також може сприяти виникненню психічних порушень у хворих. Для фіброзно-кавернозного туберкульозу легень характерні *астено-ейфоричні* та *астено-апатичні синдроми* (Сергеев І.І., 1968).

При астено-ейфоричному стані на тлі різкої астенії з'являються піднесений настрій, балакучість, руховий неспокій, недостатня оцінка свого стану. Підвищений настрій, як правило, чергується з примхливістю, гнівом або байдужістю. Це пояснюється тим, що на ці афективні порушення чинить вплив різка астенія.

Астено-апатичний стан виражається загальною слабкістю, байдужістю, спонтанністю, мовною і моторною загальмованістю. Коли хворі знаходяться в цьому стані, бесіди для них вкрай втомливі, вони часто відповідають лаконічно, незадоволенням тоном, просять залишити їх у спокої, при наполегливих вимогах обслуговуючого персоналу вступити в контакт можуть спостерігатися короткочасні реакції незадоволеності і дратівливості, які швидко затухають через виражену астенію.

З перебігом хвороби наростають зміни характеру і форм поведінки, типові і для інших хронічних соматичних захворювань:

пасивність, байдужість і деяка відгородженість, звуження кола інтересів і контактів разом із підвищеною примхливістю, вибуховістю, що призводить до частих конфліктів з оточуючими.

Поява у деяких хворих на фоні більш менш виражених астеничних порушень, стійких змін характеру часто пов'язана, крім соматогенних чинників, з тривалою психотравмуючою ситуацією, обумовленою захворюванням. Ці стани можуть розцінюватися як патологічний розвиток особистості у зв'язку з туберкульозним процесом. Психічні прояви при цьому різноманітні: істеричні реакції, нав'язливі побоювання, сумніви, підозрілість, паранояльна настроєність, надцінні утворення.

В деяких випадках *паранойяльність* виявляється недоброчинливим ставленням до лікарів: вони нібито раніше лікували їх «із злочинною халатністю», що призвело до несприятливого результату хвороби. Недоброчинливість і підозрілість можуть поширюватися і на родичів, які нібито спеціально тримають їх в лікарні. Такі хворі часто висловлюють думки про подружню невірність.

Лікарі повинні знати, що для хворих з *істеричними проявами* характерні так звані *рентні установки* — прагнення отримати максимальні вигоди з хвороби. Поява істеричних реакцій в картині хвороби не повинна розцінюватися лікарем як свідоме небажання підкорятися режиму, як симуляція і непристойна поведінка хворого. Це хворобливі форми поведінки і реагування на важкі ситуації, на неможливість впоратися із завданнями, що стоять перед хворим. Догани і зауваження хворим з істеричними проявами не досягають бажаного результату, а іноді призводять до ускладненого стану з появою протестних форм поведінки (відмова від лікування, втеча із стаціонару) аж до демонстративних суїцидів.

Обов'язок лікаря — виявити конфлікти і ускладнення, які сприяють появі вказаних форм поведінки і реагування.

Конфлікти, що виникають у хворих із іншими пацієнтами, родичами і обслуговуючим персоналом, є наслідком хвороби, тому разом із психологічною допомогою хворому необхідно проводити роз'яснювальну роботу з людьми, що його оточують. Особливо це стосується рідних і близьких хворого, бесіди з якими мають бути направлені, з одного боку, на захист інтересів хворого в цілях запобігання розпаду сім'ї, а з іншого — на необхідність дотримання гігієнічних правил.

Виникнення психотичних розладів у хворих, частіше деліріозного характеру, може бути пов'язане з токсичною дією медикамен-

тозних засобів, вживаних для лікування туберкульозу. Сприяють цьому змінена реактивність організму, наявність патології інших систем органів, перш за все печінки.

4.3. Зміни психіки у пацієнтів кардіологічного профілю

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

Серцеві і судинні розлади завжди взаємопов'язані (Н.Е.Бачериков, К.В.Михайлова, 1989). У разі захворювань серця відзначається мозкова гіпоксія, у разі ураження мозкових судин розвиваються гіпоксичні зміни в серці.

Психічні розлади, які виникають внаслідок гострої серцевої недостатності, можуть проявлятися синдромами порушеної свідомості, що здебільшого перебігають у формі глухоти і галюцинаторного збудження, яке характеризується нестійкістю галюцинаторних переживань.

Під час обстеження хворих із патологією серцево-судинної системи у них виділяють наявність виражених форм особистісних реакцій. Недостатність кровообігу, яка виникає у разі вад серця, призводить до хронічної гіпоксії мозку, розвитку загальнономозкової і вогнищевої неврологічної симптоматики, у тому числі й у вигляді судомних нападів.

Хворі із вродженими вадами серця часто відчують себе стигматизованими. У них виникає страх за майбутнє, який деякі пацієнти намагаються компенсувати шляхом високих досягнень.

Реакція на хворобу в пацієнтів після кардіохірургічного втручання є наслідком не тільки церебрально-судинних порушень, але і його особистісної реакції. Виділяють так званий кардіопротезний психопатологічний синдром, який часто виникає у разі імплантації мітрального клапана або після багатоклапанного протезування. Внаслідок шумових явищ, пов'язаних з діяльністю штучного клапана, порушення рецептивних полів у місці його вживлення і розладу ритму серцевої діяльності, увага хворих прикута до роботи серця. У них виникають переживання і страхи щодо можливого «відриву клапана», його поломку. Настрій погіршується вночі, коли шум від роботи штучних клапанів чути особливо

чітко. Тільки вдень, коли хворий бачить навколо себе медичний персонал, він може заснути. З'являється негативне відношення до активної діяльності, виникає тривожно-депресивний фон настрою з можливістю суїцидальних дій.

У разі гіпертонічної хвороби найчастіше спостерігається гармонійна, іпохондрична, істерична або анозогнозична ВКХ. Потім з'являються астенія, гіпомнезія, зміни настрою, плаксивість, іпохондрія, образливість, кардіофобія (страх смерті від серцевого нападу). Часто спостерігається нав'язливість, емоційна лабільність, дратівливість.

При церебральному атеросклерозі хворі вразливі, необгрунтовано образливі, з неадекватними змінами настрою, з плаксивістю, зниженням працездатності, дратівливістю, загостренням рис характеру, вираженою гіпомнезією. У пізній період відзначають зниження інтелекту.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) виникає внаслідок звуження коронарних артерій, зумовленого їх ураженням атеросклеротичним процесом, а також психо-емоційним сресом.

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:

1. Тип А — ворожо-суперницький, до якого належать люди, що 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 холестерину, ліпопротеїдів, кортикостероїдів. Для них характерні амбіційність, нетерплячість, агресивність, підвищене почуття обов'язку та пригнічення бажань шляхом контролю за власними емоціями, що призводить до постійного афективного напруження. В їх поведінці спостерігається схильність до надмірної активності в праці, що не приносить задоволення та невміння відпочивати. Для хворих особистісного типу А характерна боязливо-ажитована поведінка в умовах хвороби: внутрішня напруга в міжприступний

період, стан тривоги перед можливим загостренням. В динаміці патологічних змін виявляється своєрідна психосоматична спіраль: певні особистісні зміни обумовлюють виникнення захворювання — захворювання підсилює преморбідні риси — підсилення преморбідних та поява нових особистісних рис призводить до погіршення перебігу захворювання.

2. 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 професійних досягнень, тривалий період «недооцінювання» соціумом їхніх чеснот, занижена самооцінка, а також вираження акцентуацій характеру, що призводить до конфліктів та емоційного напруження. Оскільки тривале емоційне напруження призводить до істотної активізації фізіологічних та біохімічних процесів (гіперглікемія, гіперхолестеринемія, тромбоцитоз, підвищення згортання крові), при гіподинамії виникають умови для виникнення розладів гемодинаміки, порушення обміну речовин, і як наслідок — артеріальної гіпертензії. Для пацієнтів з психогенною ІХС характерна дифузна тривожність, чіткий зв'язок між психоемоційним стресом та появою відчуття болю в ділянці серця. В результаті усунення психотравмуючих факторів та задоволення потреб особистості виникає покращення самопочуття.

На відміну від класичної ішемічної хвороби серця, яка характеризується гострими несподіваними короткотривалими приступами, що виникають внаслідок надмірного фізичного навантаження і знімаються нітрогліцерином та мають тенденцію до поступового погіршення 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.

Ускладненням ішемічної хвороби серця є інфаркт (змертвіння ділянки серцевого м'яза внаслідок спазму коронарних судин, утворення в них тромбів та атеросклеротичних змін). Особливе значення мають рефлекторні впливи больових імпульсів на центральну нервову систему, зумовлені порушенням функції вегетативної нервової системи. Психічні порушення у разі інфаркту міокарда систематично почали вивчати в останні десятиріччя.

Виокремлюють кілька етапів у розвитку цих порушень. Продморальний період характеризується відчуттям «неясної затумане-

ності голови», нечіткістю сприймання оточення, заторможенням. В емоційній сфері — з'являються відчуття тривоги, небезпеки, туги, іноді 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 непорушно, 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 лягти. У передінфарктний період виникають відчуття тяжкості у голові, труднощі з концентрацією уваги, передчуття неминучої безпеки, тривога, інколи ейфорія. У гострий період — безсоння, ілюзії, галюцинації, рухове збудження, тривога, пригніченість, страх смерті, часом — анозогнозія, втрата критичності, ейфорія. Надалі розвиваються стійкі іпохондрії, фобії (кардіофобія тощо), астенодепресивні і невротичні реакції, стійка фіксація уваги на соматичних відчуттях. Описані депресивні стани, синдроми порушеної свідомості з психомоторним збудженням. Нерідко формуються надцінні утворення. Спостерігається певна кореляційна залежність між локалізацією інфаркту міокарда і характером зміни психічної діяльності. У разі дрібновогнищового інфаркту міокарда виражений астеничний синдром з елементами сльозливості, загальною слабкістю, інколи нудотою, ознобом, тахікадією, субфебрильною температурою тіла. У разі багатогогнищового інфаркту з ураженням передньої стінки лівого шлуночка виникає тривога, страх смерті; за умов інфаркту задньої стінки лівого шлуночка спостерігається ейфорія, балакучість, недостатність критики до свого стану зі спробами піднятися з ліжка, невиконанням лікарських призначень, проханнями дати якусь роботу. У післяінфарктному стані відзначають в'ялість, різку втомлюваність, іпохондричність. Нерідко розвивається фобічний синдром очікування болю, страх повторного інфаркту, страх рухатись в той період, коли лікарі рекомендують активний режим.

Після закінчення гострого періоду починають наростати слабкість, дратівливість та інші ознаки астенії. Хворих дратує яскраве світло, шум, галас, тактильні контакти, медичні процедури. Астеничні прояви зберігаються на досить тривалий термін, можливе виникнення іпохондричної фіксації на минулих відчуттях, змінюється ставлення до больового синдрому. Після перенесе-

ного інфаркту навіть незначні больові відчуття в ділянці серця викликають страх. 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.

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, систологічним 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.

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.Морріс, 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 астенизації 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 виступити 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 нерізко виражений латентний страх висоти та відкритих просторів, який може супроводжуватися втратою автоматизму ходи.

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:

- психічна травматизація;
- постійна афективна напруженість;
- тривога 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 преморбідних 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, обмежену здатність до переживання позитивних емоцій (схильність до песимізму, фобій і спастичних явищ, замкнутість, ворожість і підозрливість до оточення). Іпохондрична налаштованість зазвичай формується в емоційно нестабільних особистостях з тенденцією до надмірної фіксації на своєму здоров'ї. Порушення психічної сфери, що виявляється у: підвищеній дратівливості, надмірній чутливості щодо значущих зовнішніх подразників, швидкій втомлюваності, зниженні працездатності, розладах сну і схильності до вазоконстрикторних реакцій на різні подразники — чітко окреслюються ще в ініціальній стадії захворювання.

Дані спеціальних психологічних досліджень свідчать про те, що хворим з артеріальною гіпертензією притаманна переважно «споживча» поведінка, скерована лише на задоволення власних потреб. У той же час ці хворі відзначаються значо більшою пасивністю в досягненні своїх цілей і ймовірно більш низьким ступенем «самооцінки» порівняно зі здоровими людьми. Неможливість активно реалізувати свої претензії і необхідність постійно контролювати свою поведінку відповідно до вимог суспільства стають постійним джерелом емоційної напруженості хворого.

У розвитку артеріальної гіпертензії вирішальну роль відіграє постійна або періодична афективна напруженість з домінуючими ангіоспатичними явищами, що спричиняє підвищення загального периферичного опору. Тимчасове підвищення артеріального (переважно систолічного) тиску під впливом афективних переживань або раптовий різкий підйом — гіпертонічний криз — безпосередньо після впливу психотравмуючих чинників, часто виникає не лише у клініці невротичних станів і стійкої артеріальної гіпертензії, а й у практично здорових людей. Наростаюча афективна напруженість на тлі соматогенної і психогенної астенії обумовлює нерідко трансформацію стійкої артеріальної гіпотензії в лабільну гіпертензію, при якій починаються раптові і різкі перепади артеріального тиску, що переносяться особливо важко.

Серед скарг пацієнтів з артеріальною гіпертензією на перший план виступають скарги на головний біль, а також скарги на «неприємні відчуття в голові», запаморочення, озноб, різке похо-

лодіння та заніміння кінцівок, шум у вухах, фотопсії, брак повітря, біль у ділянці серця, що імітує напад стенокардії або інфаркт міокарда. На тлі тривожно-тужливого настрою хворі відзначають неприємні 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, у хворих з психогенною артеріальною гіпертензією зникає при застосуванні транквілізаторів, що мають міорелаксуючі властивості, та рефлексотерапії.

Відомо, що в основі численних скарг хворих 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, 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 наслідках 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.

Питання для самоперевірки та самоконтролю

1) Охарактеризуйте психологічні особливості пацієнта у разі захворювань серцево-судинної системи.

2) Які психологічні зміни спостерігаються у пацієнтів із захворюваннями дихальної системи?

3) Опишіть психологічні зміни людини при захворюваннях органів травлення.

4) Опишіть особливості внутрішньої картини хвороби у хворих із синдромом Да Кости.

5) До якого поведінкового типу належать пацієнти із ішемічною хворобою серця?

6) Які психологічні особливості характерні для хворих на артеріальну гіпертензію?

7) Охарактеризуйте психологічні чинники, які призводять до артеріальної гіпотензії.

8) У чому полягають психологічні особливості хворих з кардіопротезним синдромом?

9) Які типи реагування на хворобу у пацієнтів кардіологічного профілю ви знаєте?

Розділ 5. Клінічна психологія в реабілітації хворих дітей, пацієнтів з дефектами тіла, зору та слуху

5.1. Психологія хворих з ушкодженнями обличчя та тіла

Під час Другої світової війни велика увага приділялася психічним порушенням у осіб, що отримали поранення, які призвели до серйозних дефектів тіла або обличчя. Відомий вітчизняний медичний психолог і психіатр, організатор і керівник психологічної лабораторії в Московському інституті травматології і ортопедії М.С. Лебединський писав, що будь-яка ділянка власного тіла для людини представляє особливу цінність і глибоко пов'язана з особистістю. Є спостереження, що кінцівка залишається для людини дуже важливою, навіть якщо функція її повністю втрачена. Такі хворі, при відсутності загрози для життя, рідко погоджуються на ампутацію абсолютно недіючої ноги або руки, щоб замінити її протезом.

Естетичний критерій відносно свого тіла властивий кожній нормальній людині, але особливу значущість він має відносно обличчя. Тому поранені переживають пошкодження обличчя набагато важче, ніж втрату якої-небудь іншої частини тіла. Це пов'язано з тим, що по обличчю людини не тільки створюється враження про неї у інших людей, але і власне уявлення про себе. Виразні рухи м'язів обличчя відображають емоційні стани людини. Деформації обличчя, що позбавляють його виразних мімічних реакцій, викликають важкі зміни в свідомості людини. Людина, яка втратила руку або ногу, страждає від того, що на неї дивляться оточуючі. Проте, як правило, це не супроводжується відчуттям огиди, що нерідко спостерігається при спотворюючому пошкодженні обличчя, зокрема в результаті важких опіків.

Люди, що мають виражені деформуючі пошкодження обличчя, стають гіперсенситивними, підозрілими і надмірно образливими. Вони бояться виходити на вулицю, оскільки можуть привернути увагу оточуючих, або зустрічатися з людьми, що знали їх раніше.

Вважають за краще якомога довше залишатися в лікувальній установі, прагнуть змінити місце проживання, щоб почати нове життя там, де їх раніше не знали.

У ригідних осіб з схильністю до тривалої фіксації негативних емоцій можливі хронічні розлади настрою і стійкі зміни характеру за типом патологічного розвитку. Серед найбільш поширених новосформованих особистісних радикалів можна спостерігати збудливі, істеричні і астенічні. Нерідко у хворих спостерігається паранояльна настроєність з ідеями ставлення.

Правильний психотерапевтичний підхід до таких хворих і використання спеціальних особистісно орієнтованих методів психотерапії в реабілітаційному періоді можуть значно полегшити їх страждання, допомогти адаптуватися за допомогою отримання нових життєвих домінант.

Психологічні реакції на пошкодження обличчя або на природжену потворність мають певний зв'язок з онтогенезом психіки людини. Дитина вже з 3 років починає користуватися займенником "я" замість "він", виділяючи себе з навколишнього середовища, що відповідає формуванню у неї алопсихічної самосвідомості. Проте в цьому віці вона ще не дає реакцій на власний недолік, оскільки не здатна оцінити свою зовнішність. Уявлення про власне тіло виникають до 7 років, коли з'являється здатність виразно розрізняти праву і ліву сторону тіла у себе й інших, тобто з періоду формування соматопсихічної самосвідомості. Але і цьому віку поки що не властиві цілком адекватні емоційні реакції на пошкодження і потворність обличчя.

Приблизно з 12 років, в період біологічно обумовленого зародження підліткової сексуальності, виникають і нові людські взаємини. У міру розширення контактів у підлітків ускладнюються і їх зв'язки. Часто індивідуальні відносини в колективах будуються не тільки залежно від характерологічних особливостей, але і від зовнішнього вигляду. Підлітки стають вкрай чутливі до розмов з приводу їх зовнішності. Так, зауваження щодо зайвої повноти, "потворного носа", "відкопчених вух", родимої плями можуть стати причиною тривалих і важких переживань, особливо якщо йдеться про дефекти обличчя. У них виникають стійкі нав'язливо-фіксовані переживання своєї неповноцінності. У зв'язку з цим настрої стає зниженим, підлітки обмежують свої контакти, шукають способи усунення дефектів обличчя. У цих випадках йдеться про домінуючі або надцінні ідеї. Підлітки вкрай стурбовані, переймаються своєю «потворністю», перебіль-

шують значення дефектів, що наявні у них, сприймають перспективу вельми трагічно.

Пом'якшенню або зникненню надцінних ідей цього генезу сприяє використання методів психотерапії, іноді на тлі застосування помірних доз транквілізаторів і м'яких нейролептиків. Значно зменшити, а іноді і попередити психогенні реакції і патологічний розвиток у осіб з наявністю потворності і виражених дефектів зовнішності може своєчасне проведення косметичних (пластичних) операцій.

Вдаватися до пластичних операцій доводиться в тих випадках, коли хірургічне втручання може усунути або виправити наслідки важких травм, опіків або потворності різного походження. У пацієнтів клінік пластичної хірургії обличчя існують свої психологічні проблеми. Ці хворі не тільки вірять лікареві, але і терпляче, наполегливо тривалий час піддаються лікуванню, готові покірливо переносити численні операції, навіть, якщо вони важкі та болісні.

При цьому, не зважаючи на позитивну установку до лікування, що проводиться, у них завжди зберігається схильність до бурхливих емоційних переживань як в період підготовки, так і в процесі пластичних операцій. В цей час стан хворих характеризується, з одного боку, напружено-мрійливим очікуванням позитивних результатів від виправлення дефектів обличчя, з іншого- постійною тривогою за дії і надійність професійної підготовки хірурга, від якого залежать якнайтонші маніпуляції на кожному етапі складних операцій.

У передопераційному періоді з хворим необхідно проводити роз'яснювальну психотерапевтичну роботу, готувати його не тільки до операції, але і до "першого погляду в дзеркало після хірургічного втручання". Це сприяє усуненню неадекватних емоційних реакцій (розчарування, потрясіння від побаченого і т.д.) після порівняння свого обличчя з колишнім, коли воно було не пошкоджене, або результати операції виявилися не відповідними до уявлень, надій, мрій, ідеалів пацієнта. Якщо перед операцією хворі пригнічені, відчувають величезну напругу, тривогу, неспокій, у них порушується сон, необхідно, крім психотерапевтичної допомоги, використовувати седативні засоби, щоб зменшити вираженість емоційних порушень. Це необхідно для того, щоб запобігти появі в процесі операції, що проводиться під місцевою анестезією, невротичних реакцій у вигляді тремору, посмикувань голови, виражених вегетативних порушень, непритомних станів.

Під час реабілітаційного періоду хворі потребують психологічної підтримки як з боку лікарів, так і з боку родичів. Ефективними є методи особистісно орієнтованої індивідуальної і групової психотерапії.

Лікарі повинні знати, що до них по допомогу можуть також звертатися молоді люди з "уявними" дефектами обличчя, тобто коли нормальна частина обличчя сприймається зміненою, потворною. Подібні важкі переживання є проявами психічних розладів у формі маревних ідей фізичного недоліку (*синдром дисморфобії — дисморфоманії*). Хворому здається, що всі оточуючі звертають на нього увагу, спеціальними знаками або натяками дають йому зрозуміти, що він потворний, огидний та ін. Ці переживання супроводжуються тужливим настроєм. Хворі постійно розглядають себе в дзеркалі, порівнюють себе з ранішими фотографіями, часто відмовляються фотографуватися знов, щоб "не пережити зайвий раз" від вигляду своєї "потворності" (симптоми "дзеркала" і "фотографії"). За допомогою різних зачісок, головних уборів та інших хитрощів намагаються замаскувати значущий для них "дефект" зовнішності. Вони проявляють неймовірну стеничність, досягаючи усунення уявного дефекту.

Проте, пластичні операції, проведені на їх наполегливі вимоги або вимоги індукованих ними родичів, зазвичай не приносять хворим ніякого полегшення. Навпаки, вони як і раніше лишаються незадоволеними своєю зовнішністю, наполягають на повторних операціях, з уявних міркувань скаржаться в різні інстанції на хірургів, намагаються притягти їх до судової відповідальності за "недобросовісне виконання своїх обов'язків", іноді навіть роблять замах на їх життя, стверджуючи, що лікарі навмисне завдали непоправного збитку здоров'ю. Тому проведення пластичних операцій таким хворим протипоказане; при підозрі на психічний розлад у пацієнта хірург повинен направити його на консультацію до психіатра.

Порушення сприйняття свого тіла (дисморфоманія) має місце і у випадках деяких форм нервової анорексії. Прикладом служать пацієнтки молодого або зрілого віку, чия вага не перевищує 30 кг, але вони бачать в дзеркалі свій випираючий "жирний" живіт, "пухкі щоки".

Лікування хворих з дисморфобічними і дисморфоманічними розладами повинне проводитися лікарями-психіатрами.

5.2. Психологічні особливості пацієнтів з порушеннями слуху та зору

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового аналізатора.

Втрата слуху, навіть тимчасова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Причини порушення слуху:

1. Вроджені: токсикоз вагітності, вірусна інфекція матері, травматичні пошкодження плоду, вроджена деформація слухових кісточок, недорозвинення слухового нерву (недорозвинення внутрішнього вуха), відсутність барабанної перетинки, атрезія (зарощування зовнішнього слухового проходу) та ін.

2. Придбані (до трьох років): різні захворювання — менінгіт, енцефаліт, пневмонія, свинка, запальні захворювання носа і носоглотки, неврит слухового нерва, грип та його ускладнення; механічні травми голови — забиті місця, удари, впливи надсильних звукових подразників.

У інвалідів з вадами слуху і мови можливі наступні порушення основних функцій організму: порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі); порушення статодинамічних функцій.

Для інвалідів з порушенням функцій слуху найбільш значущим є обмеження здібності до спілкування.

Основою класифікації порушень слуху є наступні критерії: ступінь втрати слуху, час втрати слуху, рівень розвитку мовлення (Р.М. Боскіс). Відповідно до цих критеріїв виділяють наступні групи дітей.

1. Глухі (ті, хто не чує). До них відносять дітей зі ступенем втрати слуху, що позбавляє їх можливості природного сприйняття мови й самостійного оволодіння нею. Серед них виіляють:

- Ранньоглухі. У цю групу входять діти, що народилися з порушеним слухом або втратили слух до початку мовленнєвого розвитку або на ранніх його етапах. Звичайно мають місце залишки мовленнєвого слуху, що дозволяють сприймати різні сильні звуки;

• Пізноогухлі. Це діти, у яких тією чи іншою мірою збереглася мова, діти втратили слух у тому віці, коли вона вже була сформована. Головним завданням у роботі з ними є закріплення вже наявних мовленнєвих навичок, запобігання розладу мови й навчання читання з губ.

2. Туговухі (ті, хто погано чує). Це діти із частковою слуховою недостатністю, що ускладнює мовленнєвий розвиток, але зі здатністю до самостійного нагромадження мовного запасу за допомогою залишкового слуху.

Термін «глухий» застосовується тільки до тих, хто не сприймає ніякі звуки. У людей, страждаючих глухотою з дитинства, мова не розвивається, внаслідок вони приречені на глухонімоту.

У психічному розвитку дітей з порушеним слухом виділяють дві (за І. М. Соловйовим) характерні закономірності.

Перша з них полягає в тому, що через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на глуху дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена, спілкування з оточуючими людьми ускладнено, у той час як необхідною умовою успішного психічного розвитку всякої дитини є значне зростання кількості, різноманітності й складності зовнішніх впливів. Внаслідок цього обмеження психічна діяльність такої дитини спрощується, реакції на зовнішні впливи стають менш складними й різноманітними, система міжфункціональної взаємодії змінена. Спостерігається нерівномірність у розвитку наочно-образного й словесно-логічного мислення (переважає перше); письмова мова в обох формах — імпресивній (читання) і експресивній (письмо) — здобуває більшу роль у порівнянні з усною.

Друга закономірність — це відмінності в темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху в порівнянні з дітьми, які нормально чує. Шлях психічного розвитку дитини з порушеним слухом проходить у такий спосіб: розходження в психічній діяльності між дитиною, яка чує й глухою дитиною, незначні на початкових етапах онтогенезу, потім зростають протягом наступного часу. Так відбувається до певного етапу, коли внаслідок систематичного сурдопедагогічного впливу розходження перестають наростати й навіть зменшуються. Чим кращі умови, тим швидше й значніше зближується розвиток дитини з порушеним слухом з розвитком дитини, яка нормально чує.

Відчуваючи потребу в спілкуванні з оточуючими, глухі користуються міміко-жестикulatoryною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Як певна база для розвитку мислення

й засіб спілкування, міміко-жестикуляторна мова не може повністю замінити словесну мову — могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її в спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише одна людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих зі спеціально підготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови.

Отже, провідним обмеженням осіб з порушеннями слуху є обмеження здатності до повноцінного спілкування, тому становлення міжособистісних відносин для даної категорії осіб і суспільства в цілому набуває особливого значення. Як зазначає Т. Г. Богданова, для формування у них міжособистісних відносин необхідне створення спеціальних умов із сторони дорослих — батьків і педагогів, при цьому важливі два взаємопов'язаних процеса: з однієї сторони, необхідно, щоб діти засвоїли норми та правила поведінки, які необхідні при спілкуванні з іншими людьми, з другої сторони, слід навчити їх розпізнавати особистісні якості, виконання чи невиконання норм і правил в реальному процесі спілкування, надавати їм оцінку.

Проблеми соціально-психологічної адаптації глухих осіб до оточуючого середовища, можуть спричинити появу вторинних дефектів.

Так, це призводить до появи у них таких особистісних рис, як ригідність, егоцентризм. Для них характерна відсутність внутрішнього контролю, емоційна незрілість, імпульсивність, сугестивність, більш високий рівень агресивності в поведінці, менше, чим у здорових людей виражене прагнення до співпраці. При цьому у жінок з порушеннями слуху відмічається більша, ніж у чоловіків, емоційна стабільність, кмітливість, сумлінність, менша, чим у них, підозрілість, наполегливість, схильність до ризику.

Розглядаючи медико-психологічні аспекти людей з обмеженими можливостями, В. Д. Менделевич звертає увагу на те, що у пацієнтів з порушеннями слуху частіше зустрічаються вразливість, підвищена тривожність. Вони стають підозрілими, сором'язливими, намагаються приховати свій дефект.

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, мож-

ливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

Таким чином, у формуванні повноцінної, всебічно розвинутої особистості з порушеннями слуху важливе значення набуває позитивний вплив соціальних факторів, особливо в дитячому віці.

Зір відіграє провідну роль в орієнтуванні, пізнавальній та трудовій діяльності людини. За його допомогою сприймаються предмети: розрізняються форми, величини, розміри, відстані, кольори та світлотіні. Через візуальний канал людина здобуває уявлення про себе і світ. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини. Візуальне сприймання людьми одне одного дуже важливе для становлення міжособистісних стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні його діяльності у дитини виникають значні труднощі в пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, в здійсненні контактів із людьми, що її оточують, у різних видах діяльності.

Причини порушення зору:

1. Вроджені: захворювання й аномалії розвитку органів зору (патологія судинної оболонки, захворювання рогової оболонки ока, вроджені катаракти, глаукоми, окремі форми патології сітківки та ін.).

2. Набуті: неврити зорового нерва, відшарування сітківки, механічні травми ока, фізичні перевантаження та ін.

Розрізняють хворих з наступними ступенями порушення зору.

Незрячі — це люди з повною відсутністю зорових відчуттів, або ті, які мають залишковий зір або здатність до світловідчуття.

Абсолютно або тотально незрячі — люди з овною відсутністю зорових відчуттів.

Слабкозорі — це люди, гострота зору яких дозволяє розрізнити предмети, контури яких вони бачать нечітко. Головна відмінність даної групи хворих від інших: при вираженому зниженні гостроти сприйняття зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття інформації про навколишній світ і може використовуватися як провідний у навчальній, професійній та інших видах діяльності.

Залежно від часу настання дефекту виділяють дві категорії дітей:

- сліпонароджені — це діти з вродженою тотальною сліпотою або осліплі у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється в умовах повного випадання зорової системи;

- осліплі — діти, що втратили зір у дошкільному віці та пізніше.

Найбільш значущим видом обмеження життєдіяльності інвалідів даної категорії — обмеження здібності до орієнтації — здібності визначатися в часі і просторі. Як свідчать дані В. Д. Менделевича, пацієнти з подібними дефектами органів чуття стають нерішучими, боязкими, залежними від близьких. У них нерідко формуються надцінні ідеї меншовартості, що поєднуються з такими якостями особистості, як принциповість, справедливість, високий рівень моральних вимог до себе й навколишніх.

Радянський вчений А. Г. Літвак вважав, що складність вивчення психіки сліпих і слабкозорих полягає в тому, що в них досить різноманітний характер захворювання й ступінь порушення основних зорових функцій (гострота зору, поле зору та ін.). А. Г. Літвак виділив особливості психічного розвитку сліпої або слабкозорої дитини.

По-перше, ряд психічних процесів (відчуття, сприйняття) виявляються в прямій залежності від глибини дефекту, а деякі психічні функції (кольоровідчуття, швидкість сприймання та ін.) залежать також і від характеру патології; по-друге, є психічні процеси й стани, на які порушення зору спричиняють опосередкований вплив (наприклад, мислення, розвиток якого до певного моменту залежить від порушень в області сприйняття та уявлення); по-третє, є такі структурні компоненти психіки, які ні від глибини дефекту, ні від характеру патології зору виявляються незалежними (світогляд, переконання, темперамент, за винятком його зовнішніх проявів, моральні риси характеру та ін.)

Є. А. Клопота досліджуючи особливості переробки інформації й формування просторових уявлень в осіб з порушенням зору, прийшов до висновку, що процес розпізнавання образів і обробки інформації у зрячих і тотально сліпих людей ідентичний. Однак, він відрізняється швидкістю й динамікою одержання інформації з навколишнього середовища. Незрячі люди перебувають як би на один крок до «стартової лінії», тобто їм потрібен додатковий час і енергетичні ресурси для розпізнавання й обробки інформації, на основі якої формується образ світу. Високий рівень орієнтації й адекватних уявлень про навколишню дійсність можна досягти шляхом постійного збагачення образів і практичного наробітку

навичок ходіння й переміщення в просторі. Необхідно використовувати аналізатори, що залишилися, а також тренувати їх.

При порушенні зору виникає ряд вторинних відхилень: відхилення у фізичному розвитку, спостерігається обмеження рухової активності дитини; при значній або повній втраті зору порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів та ослаблюються пізнавальні процеси. Так на думку Л. В. Кузнецової, сліпота та глибокі порушення зору викликають відхилення у всіх видах пізнавальної діяльності. Знижується кількість одержаної дитиною інформації й змінюється її якість. Відбуваються якісні зміни системи взаємин аналізаторів, виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного й понятійного мислення, орієнтуванні в просторі. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку: порушується точність рухів, знижується їхня інтенсивність. Отже, в дитини формується своя, дуже своєрідна психологічна система, якісно й структурно не схожа із системою дитини, яка нормально розвивається.

Дослідження Є.П. Синьової та інших вчених, присвячені вивченню ролі глибини порушення зору у формуванні особистості показали, що: «... існування інваліда за зором у соціальних групах, об'єднаних за ознакою подібності ушкоджених функцій, якими є колективи спеціальних шкіл-інтернатів, орієнтує його на вироблення в собі складових особистості, що відповідають ціннісним орієнтирам саме цієї групи. Зокрема, такими є особливості спрямованості особистості, обмеженої можливостями перцептивного досвіду, яка протягом шкільного дитинства здебільшого засвоює цінності групи, властиві спеціальній школі-інтернату для дітей з порушеннями зору».

Аналізуючи особливості розвитку слабкозорих дітей, слід вказати, що вони (на відміну від дітей із тотальними порушеннями) не завжди повною мірою усвідомлюють свій дефект.

Аналіз психосемантичних уявлень зрячих і незрячих людей про сліпоту, показав, що у суспільстві досить поширений стереотипний образ «типового сліпого», — образу, який включаючись у структуру взаємин зрячих і незрячих у соціумі, накладає відбиток на формування їх уявлень один про одного, а також незрячих про себе. Головна особливість цього образу — переоцінка серйозності наслідків дефекту. Іншими словами, зрячій людині і соціальна позиція, і життя незрячого уявляється більше безнадійними і трагічними, ніж це є насправді. Проте, добре адаптована незряча особистість почуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя й діяльності.

Таким чином, провідний вплив на формування повноцінної незрячої особистості надають саме позитивні умови соціального оточення.

5.3. Клінічна психологія в дерматології

Ряд шкірних захворювань, таких як нейродерміт, псоріаз, екзема та ін., справедливо відносять до психосоматичних захворювань. Ще у XIX ст. Л. Кірн 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 стримувати емоцію неможливо, а внаслідок тривалих негативних переживань активізується певний вегетативний шлях, який викликає гіпертензійний стан судин, спастичний стан кишечника або дерматоз. 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, невпевненість 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, неадекват-

них характеру ураження, але сприймаються як катастрофа всіх планів та сподівань.

Шкіра, як підкреслюють в своїй праці з медичної психології Р.Конечний і М.Боухал, є органом, який людина демонструє оточуючим. Функції шкіри і її психологічне значення багатоманітні. Вона служить межею між людиною і навколишнім середовищем; органом контакту з навколишнім середовищем; органом чуття, за допомогою якого відчувається тепло, холод, біль, свербіння, дотик; органом, що відображає емоційний стан людини (хвилювання, гнів, страх, сором та ін.).

Психологічні реакції хворих на шкірні захворювання обумовлені тяжкістю захворювання, характером ураження шкірних покривів (відкриті ділянки, обличчя, руки), впливом на професійну діяльність (артисти, викладачі, лікарі).

Такі поширені захворювання, як *псоріаз, екзема, кропивниця, нейродерміт*, відносять до *психосоматичних захворювань*.

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. *Червоний системний 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 гіпносугестії та психотерапії. Гострі психотравми виявляють в анамнезі хворих на *склеродермію та алопецію*, що супроводжуються зниженням потенції та статевого потягу.

Не зважаючи на те, що механізми їх розвитку достатньо складні (мають місце алергічні, гормональні, обмінні порушення), більшість дослідників, що займалися цією проблемою, визнають зв'язок між *психогеніями* і початком або загостренням даного роду захворювань.

Простежується також зв'язок хронічних шкірних захворювань із тривалими (об'єктивно або суб'єктивно важкими для хворого) психічними травмами. При виникненні захворювання виявляється характерне для психосоматичних розладів замкнуте коло: симптоми шкірного захворювання сприяють виникненню емоційних реакцій як на саму хворобу, так і на оточення, а емоційні реакції, у свою чергу, підсилюють шкірні прояви.

У хворих з ураженням відкритих частин тіла часто спостерігається *гіпернозогнозична реакція*. Зовнішні прояви шкірного захворювання, помітні для оточуючих, виступають як естетичний чинник в структурі внутрішньої картини хвороби. Різні види висипань, сліди розчісувань та ін. викликають у хворих відчуття незручності і сором'язливості, у зв'язку з чим вони відчувають страх і скутість при спілкуванні з людьми. З цієї ж причини вони прагнуть обмежити своє перебування в громадських місцях, оскільки їм здається, що навколишні дуже пильно розглядають їх зовнішність або, навпаки, прагнуть відвертатися, оскільки їх вигляд викликає огиду. Багато хто з них не може дозволити собі ходити на громадський пляж, в басейн, спортивні зали.

У деяких хворих можуть з'являтися *надцінні ідеї*, які ще більше ускладнюють адаптацію і позначаються на їх соціальному становищі. Хворі можуть відмовлятися від улюблених занять (спорт, хореографія та ін.), залишати навчання, міняти місце роботи. Серйозні проблеми виникають у них і при влаштуванні особистого життя.

Найбільш виражені реакції на шкірні захворювання спостерігаються в підлітковому і юнацькому віці, коли поява виражених шкірних змін сприймається деякими хворими як катастрофа, здатна призвести до "краху всіх планів і надій". У хворих можуть виникати *депресивні стани*, які часто не відповідають характеру хворобливих змін шкіри, але викликають серйозні порушення адаптації. Хворі замикаються в собі, висловлюють ідеї самоприпинення, втрачають інтерес до навчання та інших занять, що приносили їм раніше задоволення.

При хронічному перебігу таких захворювань, як нейродерміт, екзема, псоріаз, невластиві хворим раніше типи реагування і форми поведінки можуть закріплюватися і посилюватися, що зрештою призводить до *патохарактерологічного розвитку особистості*. Основними варіантами такого розвитку є істеричний, сенситивний та експлозивний. Останній зустрічається у хворих з емоційною нестійкістю, схильних до афективного реагування.

Певну роль у формуванні внутрішньої картини хвороби, крім відзначеного вище естетичного чинника, належить пекучому свербінню, що особливо турбує хворих ночами, порушує сон і нерідко доводить їх до повної знемоги. Емоційна лабільність і виражена дратівливість, що з'являється внаслідок цього у таких хворих, надалі призводять до вибуховості, реакцій протесту і опозиції. Подібні форми реагування і поведінки істотно ускладнюють

адаптацію хворих у сім'ї і суспільстві. Виниклі при цьому часті конфлікти і пов'язані з ними емоційні прояви хворі намагаються заглушити за допомогою алкоголю або інших психоактивних засобів. Тому у них іноді може виникати *алкогольна* або *поєднана залежність* (алкогольно-токсикоманічна, зокрема від транквілізаторів, які призначаються для зняття свербіння, а надалі приймаються хворими безконтрольно в зростаючих дозах).

Лікування хворих на шкірні захворювання, як відомо, являє собою значну проблему. Такі хворі згодні на будь-які процедури, лікувальні заходи, щоб позбавитися від хвороби. Тривале очікування наміченої процедури, відкладання її, як правило, викликає погіршення стану, оскільки емоційна напруга, очікування, необхідність стримувати емоції підсилюють шкірне захворювання.

Лікування повинне бути комплексним і включати окрім лікарської терапії (гормональні, десенсибілізуючі, протисвербіжні засоби, препарати місцевої дії), бальнеологічні процедури та ін., психотерапевтичні методи. Найбільш ефективними з них є особистісно орієнтована психотерапія, що передбачає як когнітивні, так і сугестивні способи впливу на хворого, а також поведінкова і групова психотерапія. Разом із психотерапією, багатьом хворим показані седативні засоби (обов'язково під контролем лікаря, враховуючи можливість звикання і формування залежності) і антидепресанти.

Крім хворих з власне шкірними захворюваннями, у полі зору лікарів-дерматологів можуть опинитися хворі з психічними розладами, клінічними проявами яких можуть бути зміни з боку шкіри. Прикладами таких розладів можуть бути *артифіціальний дерматит (патомімія)* і *трихотиломанія*. У першому випадку має місце самозавдання пошкоджень шкіри, у другому — спонука до висмикування волосся (патомімія від греч. *pathos* — страждання, хвороба, *mimesis* — наслідування, зображення). Вони зустрічаються у хворих на шизофренію з розладами особистості, з порушеннями тих чи інших потягів (один із варіантів синдрому Мюнхаузена). За наявності виразок незвичайних контурів (наприклад, трикутних або лінійних) і незвичайної локалізації в першу чергу слід виключити завдання травм самим пацієнтом. У типових випадках пацієнти у подробицях розповідають, що, прокинувшись вранці, вони побачили червоні плями, які раптово утворилися, і на місці яких стрімко розвинулися виразки. Звертає на себе увагу, що виразки локалізуються тільки на тих ділянках шкіри, до яких пацієнт може дотягнутися. При зборі анамнезу зазвичай вдається

ся встановити, що подібні або ще дивніші випадки "траплялися" і раніше. При шизофренії причинами патомімії частіше є маревні або галюцинаторні розлади.

У разі трихотіломанії, що починається зазвичай в дитячому або підлітковому віці, відзначається непереборна спонука до висмикування волосся на голові і тілі. Іноді хворі, крім того, заковтують висмикнуте волосся, що може призвести до утворення грудки в шлунку і непрохідності кишечника. Причиною трихотіломанії можуть бути різні психічні розлади. Лікування таких хворих, також, як і у випадках артефіціального дерматиту повинно проводитися психіатрами і психотерапевтами.

Ще однією проблемою, з якою можуть стикатися дерматологи, що працюють в галузі косметології, є татування. Останніми роками, як відомо, в молодіжному середовищі спостерігається повсюдне захоплення нанесенням на тіло різноманітних тату і так званим пірсингом (piercing) — проколюванням шкіри в області брів, носа, соска, пупка і т.д. з метою введення різних металевих предметів. Будучи частиною молодіжної субкультури, ці захоплення привертають перш за все емоційно незрілих, інфантильних осіб, схильних до наслідування.

Бажання виділитися, звернути на себе увагу оточуючих, зрозуміле у молодому віці, надалі нерідко призводить до страждань моральних і фізичних, пов'язаних із видаленням тату, якщо їх наявність заважає влаштуванню особистого життя або кар'єрі. Наявність тату або дефектів шкіри, пов'язаних із пірсингом, можуть бути джерелом постійної психічної травми, викликаючи реакції сорому, смутку, а у ряді випадків — появу надцінних ідей ставлення. Тому лікування таких хворих, крім косметичних операцій і інших лікувальних процедур, повинне включати допомогу психолога і психотерапевта.

5.4. Реакція на хворобу у дітей та особливості надання їм психотерапевтичної допомоги

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 порушення: розлади поведінки, емоційні розлади, спе-

цифічні 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 у вихованні) 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.

Психогенне ураження шкіри дітей проявляється кропивницею, алергічними реакціями та екземою. Патопсихологічне дослідження виявляє 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 кровотечами, нудотою. У деяких пацієнтів відзначають коливання артеріального тиску з незначними амплітудами підвищення та зниження. На підставі психологічних досліджень вдалося з'ясувати, що зазвичай у дітей із серцево-судинною патологією відзначаються афективні розлади (переважно у вигляді депресії різного ступеня вираженості). У лікуванні таких пацієнтів разом із застосуванням симптоматичної терапії доцільне застосування психокорекційних і психотерапевтичних технік та використання антидепресантів, ноотропів, транквілізаторів, а в окремих випадках — і нейролептиків.

Респіраторні порушення у дітей, що мають психологічне 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", задишку. При цьому діти відчувають страх смерті, боячись задихнутися. Приступи психогенної задишки у дітей нагадують напади бронхіальної астми і часто педіатрами діагностуються саме як соматичний розлад. При психогенному походженні задишки застосування симптоматичного лікування не дає бажаного результату, і кожен наступний приступ задишки у дитини психологічно сприймається нею важче, ніж попередні. Серед опосередкованих діагностичних критеріїв слід звертати увагу на наявність у дитини інших психосоматичних розладів, таких як дискинезія жовчовивідних шляхів, гастродуоденіт, панкреатит або наявність шкірних алергічних реакцій чи рухових розладів у вигляді тиків або гіперкінезів. Психологічне обстеження пацієнтів з психосоматичними розладами дихання виявило у них низький рівень адаптованості до стресових ситуацій, неадекватний рівень самооцінки (внаслідок гіперопіки та обожнювання батьками, що суперечить оцінці та ставленню оточення). Оскільки в основі виникнення розладу зазвичай лежить астенічна 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.

Гіперкінетичні розлади — це група психічних розладів, яка виявляється надмірною активністю поведінки дитини, що супроводжується неухильною 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 полишати незавершеною одну діяльність і починати іншу, надмірна активність, небажання докладати когнітивних зусиль до виконання поставлених завдань призводять до незадовільного опанування новими знаннями (особливо читанням) та спричиняє часті скарги дорослих на "некерованість" дитини, які мають місце і не менше ніж у двох різних ситуаціях (вдома, 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 (6 місяців і більше).

Розлади поведінки — психічний розлад, що характеризується стійкими повторюваними порушеннями поведінки, які виявляються в асоціальних, небезпечних, агресивних, руйнівних та інших вчинках, не притаманних віковій дитини 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 і соціалізовані. 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 з іншими групами ровесників. Несоціалізовані розлади поведінки характеризуються стійкою асоціальною і агресивною поведінкою, що погано поєднується з груповою приналежністю.

Емоційні розлади, специфічні для дитячого віку, можуть виступати предметом зацікавлення медичних психологів та психотерапевтів у зв'язку з частими зверненнями до них батьків, діти яких страждають на тривожні розлади, соціальні розлади та інші емоційні розлади. При фобійних розладах у дитини постійно і/або періодично виникають напади 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, які не обумовлені конституціонально і не виникли внаслідок змін адекватних умов середовища або позбавлення 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".

Елективний мутизм — 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.

Тикоїдні розлади — 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 нав'язливості або іпохондрії. *Прості тики* виявляються у кліпанні, посмикуванні повіки, шиї, плечей або носа; у покашлюванні, шмиганні носом, пирханні 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, позіхання, 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 почергово майже щоденно і багаторазово. Тривала поведінкова психотерапія діє стійкий позитивний ефект.

Складніший клінічний перебіг спостерігається при *синдромі де ля Туретта* — комбінованому голосовому та множинному ти-

козному розладі, який має чітку генетичну схильність та виникає внаслідок дифузних порушень функціональної активності у базальних ядрах та лобних частках мозку. Різноманітні голосові та рухові тики виникають у дитини щоденно кількаразово, постійно 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, 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. Виникнення розладу ймовірно залежить від когнітивних функцій, генетичної схильності та впливу психічної травми. Хворіють переважно хлопчики, у дівчаток частіше відзначають денний енурез. Хвороба призводить до формування у дитини заниженої самооцінки, соціальної ізоляції та міжособистісних конфліктів. Терапія меліпраміном, 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 нетриманні 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 усталених 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 у дитини. Лікування скероване на подолання ускладнень розладу — дистрофії та зне-

воднення — у поєднанні з сімейною та індивідуальною психотерапією матері може 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*. Однак, коли дитина виявляє стійке прагнення до споживання землі, фарби, паперу, волосся та інших неїстівних 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 спонукати батьків приділяти дитині більше уваги та задовольняти її емоційні потреби, корегуюча терапія з позитивним підкріпленням, зрідка — з негативним підкріпленням, зазвичай, 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 і/або пролонгації окремих звуків чи цілих 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) 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, депресивності, а також вимушеної заміни "складних" слів, уникання спілкування та нападів балакучості. Психотерапевтичне лікування (окрім гіпнотерапії) неефективне. Позитивний ефект, який 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 він часто супроводжується емоційними порушеннями та корелює із психотравмуючими ситуаціями, дає підстави думати про психогенну природу розладу. Фрустрація, тривожність, депресивність, 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: яктацію, 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 нездоланну потребу торкатися до свого волосся (в т.ч. брів та вій), висмикувати їх і роздряпувати шкіру, вкриту 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 пальці 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, 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.

Онїхофагію (обгризання 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 *яктацією* (розгойдування тулуба та похитування головою) та *смоктанням пальця, язика* онїхофагія є своєрідним рудиментарним непатологічним прообразом патологічних розладів: органічних уражень головного мозку, депресії, неврастенії. Усі ці звичні дії виконують роль компенсаторного фактора, що забезпечує дитині досягнення комфорту внаслідок тактильного контакту, а у немовлят сприяє засинанню (в першу чергу розгойдування тулубом та смоктання пальця або язика). Хоча формуються розлади, зазвичай, на тлі органічної церебральної недостатності та конституціональної схильності, безпосереднім приводом для їх появи стають психогенії. 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 вихованців 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.

Питання для самоперевірки та самоконтролю

- 1) Опишіть психологічні особливості дітей з вадами слуху.
- 2) Охарактеризуйте психологічні відхилення для хворих з вадами зору.

3) Які типи реагування на хворобу у дерматологічних хворих ви знаєте?

4) У чому полягають особливості формування внутрішньої картини хвороби у хворих на кропивницю?

5) Дайте характеристику типам реагування на шкірні захворювання, які зустрічаються у підлітків.

6) У чому полягають психологічні чинники артіфіціального дерматиту та трихотиломанії?

7) Які психологічні особливості характерні для дітей, хворих на психосоматози?

8) Дайте характеристику емоційним та поведінковим розладам у дітей.

Розділ 6. Психологічні складові ендокринології

6.1. Психологічні особливості в разі захворювань щитовидної залози та гіпофізу

Суттєву роль в систематизації психічних відхилень при ендокринологічних захворюваннях належать М.Блейлеру. Психопатологічні зміни, які спостерігаються при цих захворюваннях, він об'єднав в межах неспецифічного ендокринного психосиндрому, в структуру якого входять: порушення настрою, порушення мотивації та психічної активності, зміна інстинктів і потягів. Ендокринний психосиндром по Е.Блейлеру, включає тільки ті психічні порушення, які обумовлені власне ендокринними хворобами і не є результатом ураження головного мозку або психогенної реакції.

Велике місце займають різноманітні психогенні фактори, такі як реакція на хворобу, зміна соціального статусу, необхідність тривалого лікування та пов'язані з ним часті тривалі госпіталізації. Все це призводить до виникнення психогенії і різноманітних змін особистості хворих. При багатьох видах ендокринної патології мають місце зміни зовнішності та будови тіла (патологічні форми ожиріння або втрати ваги, екзофтальм, вірилізм, акромегалія, відсутність або передчасна поява вторинних статевих ознак), що також знаходить відображення у внутрішній картині хвороби.

У зв'язку з вищезазначеним при обстеженні та лікуванні хворих з ендокринними захворюваннями необхідно враховувати їх психічні особливості, а також давати відповідні рекомендації персоналу, який їх доглядає. У цих хворих спостерігається сповільнення мислення, труднощі у формулюванні відповіді, тому для виявлення необхідної інформації та врахування звертань і прохань пацієнтів іноді необхідно витратити багато часу та терпіння. При цьому хворі відрізняються підвищеною афективністю, у них легко виникають емоційні реакції образи та протесту. Вони вимагають до себе підвищеної уваги, зокрема у зв'язку зі створенням оптимальних умов комфорту, пов'язаних з основним захворюванням. Наприклад, у хворих з гіпотиреозом спостерігається під-

вищена потреба у теплі, тому їх прохання закрити кватирку або вкрити додатковою ковдрою не є капризами, так само як у хворих з гіпоглікемією підвищене відчуття голоду, і дуже часто з'їдений шматок їжі попереджує гіпоглікемічний стан.

Як у разі хронічних, так і гострих ендокринних захворювань, існує специфічний і неспецифічний психологічний і психопатологічний вплив хвороби на пацієнта. Більшість ендокринних захворювань часто спричинюють розлади особистості (неспецифічний ендокринний психопатоподібний синдром). Для нього характерні зниження психічної активності, зміна захоплень, інстинктів і настрою. Спостерігається зниження психічної активності різного ступеня — від підвищеної виснажуваності і пасивності в рамках астеничного стану до повної спонтанності зі значним звуженням кола інтересів і примітивізацією контактів з оточуючими, коли стан наближається до апатико-абулічного.

Зміна потягів і інстинктів проявляється в зниженні або посиленні статевого потягу, апетиту, спраги; одні хворі намагаються піти з дому (дромоманія), інші, навпаки, залишитися в межах звичайного середовища, у них змінюється потреба у сні, теплі тощо. Хворим з ендокринопатіями більш властива кількісна, ніж якісна, зміна потягів. Можлива дисоціація з підвищенням одного і зниженням іншого потягу.

У разі довготривалого і особливо важкого перебігу ендокринних захворювань розвиваються розлади пам'яті і стани афекту. Вони характеризуються глобальним порушенням психічних функцій, яке стосується всіх сторін особистості і значно нівелюють її індивідуальну особливість. У більш важких випадках розвиваються значні розлади пізнавальної діяльності.

У разі **дифузного токсичного зода (тіреотоксикозу)** психологічні розлади займають значне місце в клінічній картині цього захворювання і інколи виникають на самих перших етапах його розвитку. Це дало підстави виділити нервову (нервово-психічну, нервово-вегетативну) форми тиреотоксикозу. Розлади емоційної сфери у разі тиреотоксикозу виступають на перший план. Їх виявляють практично у всіх хворих. Спостерігається підвищена афективна лабільність. Це проявляється у різноманітних вираженнях: від слабкодухості і сльозливості до вираженої схильності бурхливих афективних спалахів і гнівливості. Лабільність настрою супроводжується постійним внутрішнім напруженням, неспокоєм, тривогою. Зовнішньо це проявляється надмірною жвавістю, підвищеною збудливістю, роздратованістю, метушливістю, іноді

малопродуктивною руховою гіперактивністю. Хворі можуть здійснювати несподівані і немотивовані вчинки. Слід підкреслити, що самі хворі нерідко не помічають зміни своєї особистості і фіксують увагу на змінах у зовнішньому світі: все навколишнє здається їм неспостійним, метушливим і незвичайно мінливим.

Основні психологічні порушення при тиреотоксикозі представлені найчастіше всього невротоподібними проявами: нервовість, непосидючість, дратівливість, недостатня здатність до концентрації, швидка втомлюваність, відсутність наполегливості в досягненні цілі, образливість, лякливість. Ці хворі погано переносять очікування, у них спостерігається підвищена потреба в русі, тремтіння в тілі, яке підсилюється при хвилюванні. Як правило, має місце вегетативна збудливість, легко виникають червоні плями на обличчі, пітливість, серцебиття, у зв'язку з чим хворі погано переносять спеку.

В лікарні пацієнти часто вступають в конфлікти із сусідами, переходять з однієї палати в іншу, у них можуть спостерігатися істеріоформні реакції, особливості клініки яких та вираженість залежить від ступеня тиреотоксикозу. Крім невротоподібних проявів, обумовлених ендокринно-вегетативними порушеннями, у хворих часто виникають невротичні порушення. У них можуть мати місце різноманітні істеричні стигми: тремтіння всього тіла, відчуття «клубку в горлі», блювання, астазія-абазія та інші. Поведінка хворих носить все більше виражений демонстраційний характер з вимогами особливого відношення до себе з боку близьких та медперсоналу, незадоволеністю. В подальшому можуть розвиватися істеро-іпохондричні стани. Хворі драматично висовують велику кількість скарг, фіксовані на найменших відхиленнях у самопочутті, незадоволені проведенням лікуванням.

Психічні порушення у разі гіпотиреозу (мікседема, кретинізм) мають велике значення в клінічній картині захворювання, значною мірою визначають її специфічність. На самому початку захворювання і в разі відносно легких випадків може спостерігатися лише психічна в'ялість. За умов найбільш важкого перебігу хвороби розвивається глибоке слабоумство. У клінічній картині психічних порушень при мікседемі тісно переплітаються прояви обох неспецифічних ендокринних синдромів — психопатоподібного і розладів пам'яті. У разі мікседеми більше, ніж за всіх інших ендокринних захворювань, проявляються розлади пам'яті та інтелекту, тобто порушення органічного типу. У разі важкої мікседеми в дорослих основними порушеннями є зниження пам'яті,

сповільненість мислення (брадифренія) і мови, втрата набутих навичок, можливостей та інтересів, різке зниження інтелектуальної і моторної активності, апатичність і підвищена втомлюваність. Поведінка хворих стає ще більш своєрідною через туговухість, яка характеризує дане захворювання. У більш легких випадках можливі тільки сповільненість мови і мислення, спонтанність, втомлюваність. Тоді хворі можуть здаватися більш розумово відсталими, ніж насправді, внаслідок загальмованості і характерних змін обличчя (припухлість). Хоча пам'ять хворих прогресивно знижується і їм важко на чомусь зосередити увагу, все ж вони розуміють свій хворобливий стан, пред'являють багато соматичних скарг і часто дуже ретельно описують свої почуття.

З інших типів патологій ендокринної системи більш рідких в порівнянні з вищезгаданими захворюваннями, але для яких характерні психологічні порушення, необхідно звернути увагу на акромегалію (гігантизм), пангіпопітуїтаризм (недостатність гіпофізу), синдром Іценко-Кушинга (пухлина гіпофізу).

При **акромегалії** багато дослідників відмічали апатію та астенію. У цих хворих часто спостерігаються підвищена сонливість, в'ялість, відсутність реакції на зміну своєї зовнішності, підвищена образливість, що іноді змінюється на стани дисфорії з переважанням тужливо-злостивого афекту і підвищеним стремлінням до рухової активності. У зв'язку з цим під час лікування таких хворих у стаціонарі лікар та медичний персонал повинні пам'ятати, що їх поведінка може змінюватися незалежно від зовнішніх подразників. Так, апатичні та ніби байдужі до оточення, вони можуть давати злобні неадекватні реакції на оточуючих та вмішуватися не в свої справи. У багатьох хворих спостерігаються порушення пам'яті та іпохондричні скарги.

Пангіпопітуїтаризм (недостатність гіпофізу) супроводжується атрофією статевих залоз, щитовидної залози та наднирників.

М.Блейлер відмічав, що на початку цього захворювання мають місце емоційні порушення, втрата інтересів та потягів. Основним симптомом є апатія, яка може супроводжуватися астенією та адинамією. В структурі астеничного синдрому переважає м'язова слабкість, апатія набуває відтінку легкої депресії. Хворі лежать в ліжку, відвернувшись до стіни, на питання відповідають з невеликою затримкою. Хворим тяжко засвоювати інформацію, що необхідно враховувати при спілкуванні з пацієнтом.

Синдром Іценко-Кушинга (доброякісна пухлина гіпофіза) супроводжується розвитком депресії різного ступеня вираженості,

як прояв реакції на свою хворобу. Це обумовлено тим, що на відміну від хворих з іншими видами ендокринної патології, у хворих з синдромом Іценка-Кушинга більш виражені реакції на своє захворювання та зміни зовнішності. Депресія не характеризується стійкістю: туга може замінюватися на дратівливість, злобність, апатію або ейфорію. У зв'язку з нестійкістю настрою, у хворих часто спостерігається схильність до порушення режиму, нетерпимість до мінімальних вимог дисципліни. Часто вони проявляють дитячу капризність та недисциплінованість, вимагають додаткових прогулянок, відмовляються гасити світло в палаті, скаржаться, плачуть, вступають в конфлікт. Можуть виникати періоди з руховою активністю, які проявляються у вигляді дромоманічного синдрому. Хворі часто демонструють скарги іпохондричного характеру, які представляють контраст з їх зовнішнім, нібито дуже благополучним виглядом. Лікар та медперсонал повинні вміти коригувати труднощі взаємовідносин з пацієнтами, використовуючи психотерапевтичні бесіди.

6.2. Психологічні особливості хворих на цукровий діабет

Цукровий діабет — ендокринне захворювання, обумовлене абсолютною або відносною інсуліновою недостатністю, що призводить до порушення всіх видів обміну речовин, перш за все вуглеводного, ураження судин, нервової системи, а також інших органів і тканин.

Цукровий діабет — розповсюджене хронічне захворювання, що викликається недостатньою кількістю ендогенного інсуліну або його зниженою ефективністю. Існують дві основні форми захворювання. Цукровий діабет 1-го типу часто називають інсулінозалежними. Він звичайно розвивається в дитячому або підлітковому віці, починається гостро з появи виражених ознак нездужання, стомлюваності, втрати маси тіла, спраги, а іноді й коми. Цукровий діабет 2-го типу називають інсулінонезалежним. Він має тенденцію розвиватися в осіб з надлишковою масою тіла й людей похилого віку, часто протікає безсимптомно й виявляється при звичайному дослідженні сечі, у той час як особи з даним захворюванням звертаються за допомогою із приводу якого-небудь захворювання.

Причинами виникнення цукрового діабету можуть бути порушення центральної нервової регуляції, психотравми, спадковість,

інфекційні захворювання підшлункової залози, надмірне споживання вуглеводів.

Основні ознаки захворювання: велике вживання води, тому що відчувається постійна спрага й сильне сечовиділення; ненаситний апетит; м'язова слабкість; свербіж шкіри.

Виокремлюють наступні форми цукрового діабету:

- легка (порушення вуглеводного обміну лікується за рахунок дієти малим вмістом вуглеводів і жирів, раціональної організації праці й відпочинку, зниженням маси тіла до нормальних показників);
- середня (у лікуванні використовують інсулін у великій кількості або антидіабетичні препарати);
- важка (сувора дієта, високі дози інсуліну, лікують у стаціонарі, працездатність істотно порушена, багатьох переводять на інвалідність).

На відміну від дорослих цукровий діабет у дітей протікає важко. Ці особливості обумовлені інтенсивністю тих обмінних процесів, які властиві дитинству. Потреба в гормонах, що мають анаболітичну дію, у дітей дуже велика. Інсуліну властива анаболітична дія, тому і потреба дітей в інсуліні більша, ніж у дорослих. Захворювання у дітей характеризується бурхливим його початком. У початковому періоді у дитини відмічається загальна слабкість, схуднення при гарному апетиті, дратівливість, зниження успішності в школі, нудота, блювання, іноді нічне нетримання сечі, що вказує на декомпенсацію цукрового діабету.

У підлітків велике значення має емоційний чинник, що впливає на перебіг захворювання. На жаль, батьки не завжди можуть створити дитині сприятливу соціально-психологічну атмосферу вдома. Це підсилює у хворого відчуття своєї неповноцінності в порівнянні з однолітками. Подолати ці проблеми допомагають розроблені програми з навчання хворих і їх родичів, консультування з психологом.

Підбір адекватної дози інсуліну представляє певні труднощі, тому можливе завищення дози й розвиток хронічного передозування інсуліну або синдрому Сомоджи. У дітей з синдромом Сомоджи відзначають погане самопочуття як наслідок частих нападів слабкості, головного болю, запаморочення, порушеного сну, «розбитості» і сонливості протягом дня. Сон стає поверхневим, тривожним, часті кошмарні сновидіння. У ві сні діти плачуть, кричать, а при пробудженні у них з'являються сплутана свідомість і амнезія. Після таких ночей хворі протягом усього дня залишаються млявими, капризними, дратівливими, похмурими і апатичними. Нерідко у дітей спостерігають несподівані, невмотивовані зміни настрою

і поведінки. Іноді на тлі гострого відчуття голоду хворі проявляють нез'ясований негативізм до їжі і наполегливо відмовляються від неї. У багатьох хворих спостерігаються раптові порушення зору у вигляді мигтіння яскравих крапок, «мурашок», появи «туману», «пелени» перед очима або двоїння.

У осіб середнього віку і людей похилого віку перебіг цукрового діабету сприятливіший, ніж у молодих. Частіше цукровий діабет виникає поступово і поволі прогресує впродовж декількох років. У цій групі переважають хворі, схильні до ожиріння. У чоловіків може швидко знижуватися статева активність. У жінок в клімактеричний період нерідко виникає декомпенсація цукрового діабету, що обумовлено надзвичайною лабільністю нервової системи.

Дозоване фізичне навантаження сприяє поліпшенню кровообігу, збільшується споживання кисню і інтенсивніше виводяться з організму проміжні продукти обміну речовин. Режим фізичної активності спричиняє позитивний вплив на хворих цукровим діабетом. Чинники, які обумовлюють сприятливу дію фізичного навантаження, є: часткове засвоєння глюкози без інсуліну в працюючих м'язах; підвищення захоплення інсуліну еритроцитами; зниження рівня глікемії; зменшення потреби в інсуліні; значне збільшення утилізації жирних кислот і кетонових тіл в працюючих м'язах; підвищення толерантності до вуглеводів. Протипоказані всі види важкої атлетики, силові види спорту, особливо при діабетичній ретинопатії, альпінізм, марафонський біг. Не рекомендується участь в спортивних змаганнях, оскільки вони супроводжуються великими фізичними і психоемоційними навантаженнями.

Хворим на цукровий діабет притаманні виражені емоційні реакції і розлади поведінки неспецифічного характеру. Часто розвивається депресія і агресивність, у тому числі і спрямована на самого себе. У разі гіперглікемічних діабетичних і гіпоглікемічних ком спостерігаються сновидні і фантастичні переживання. Повторні коматозні стани, а також часті і різкі коливання вмісту глюкози в крові (як гіпер-, так і гіпоглікемія) завжди погіршують психічний статус хворих. У таких випадках можуть розвиватися стійкі зміни особистості (психоендокринний синдром), а в подальшому — психоорганічний синдром з більш або менш вираженою деменцією.

Діабет у дорослих нерідко супроводжується астеничною симптоматикою у вигляді підвищеної стомлюваності, зниження працездатності, порушень сну, головного болю, емоційної лабільності. Характерна підвищена збудливість і виснажуваність нервових процесів, ослаблення активної уваги, зниження пам'яті на поточні події,

підвищена лабільність вегетативної нервової системи, нав'язливі сумніви, нав'язливі спогади, нав'язливий страх, дратівливість, що переходить у пригніченість і тривожність із фіксацією на дрібних образах. Поєднання деякої егоцентричності й підвищеної самооцінки з великою емоційністю у ряда хворих було досить суттєвою основою багатьох психотравмуючих переживань. Хворі на цукровий діабет мають також схильність застрягати на різних емоційних конфліктах, мають підвищену тривожність і боязкість, некритичність, норовливість, упертість, деяку інтелектуальну негнучкість. Нерідко відзначають млявість, зниження настрою із пригніченістю.

Як зазначав Д.Н.Ісаев: «Майже у всіх хворих спостерігається астеничний стан різної вираженості: втома, зниження працездатності, послаблення уваги, головні болі після навантаження, дисомнія і т. д. Прояви астенії стійкі, втому у них викликається мінімальною напругою, супроводжується головними болями, сонливістю, загальмованістю, явною дратівливістю чи слізливістю».

З 1986 р. використовується термін «діабетична особистість». Їй властиві емоційна нестійкість, невротичні реакції, залежність, байдужість, лабільність настрою, тривожність. Реакція на хворобу в осіб, що страждають на цукровий діабет, можлива наступна:

- 1) реакція ігнорування хвороби;
- 2) невротичний тип реакції із тривожно-фобічним відношенням до хвороби;
- 3) емоційний тип реакції, при якому відношення до хвороби завуальовано переважно дратівливістю, емоційною лабільністю.

Психічні розлади при цукровому діабеті зустрічаються в 17,4-18,4% хворих. У патогенезі цих розладів надається значення наступним факторам: гіпоглікемія, інтоксикація внаслідок порушення функцій печінки та нирок, безпосереднє ураження тканин мозку. Крім первинних розладів функції нервової системи, при цукровому діабеті мають значення соціально-психологічні фактори (зниження працездатності, щоденні ін'єкції, порушення статевих функцій), особливості характеру індивіда (тривожно-недовірливі риси в поєднанні з прямолінійністю, обов'язковістю, принциповістю й ригідністю психіки), несприятливі зовнішні впливи у формі перенапруги й психічних потрясінь, вплив тривалого медикаментозного лікування.

Депресивні розлади із тривогою або без неї — найпоширеніші психологічні порушення у хворих на цукровий діабет. Багато вчених звертають увагу на наявність у осіб з цукровим діабетом депресій. Так, М.Ю.Дробіжев та Т.А.Захарчук відмічають у пацієнтів із цим

ендокринним захворюванням легкі депресії. Багато авторів згадують про те, що вони спостерігають депресивні стани переважно в дебюті захворювання. Причому підкреслюється, що ці депресії звичайно діагностуються протягом місяця після встановлення діагнозу ендокринного захворювання. У літературі можна зустріти окремі описи депресії у хворих цукровим діабетом, що виникають при важкому плинні ендокринного захворювання, яке супроводжується частими комами. Так А.К. Добржанською (1973) описані депресивні стани, що протікають з емоційною лабільністю, плаксивістю у хворих, які перенесли діабетичні коми. У дослідженні, проведеному М.М.Жаріковим, описані хворі цукровим діабетом, у яких депресивні стани протікають зі скаргами на почуття нудьги, безрадісності.

Деякі науковці виділяють відмінності в профілі особистості залежно від статі: так, при цукровому діабеті середньої важкості в чоловіків має місце наростання тривоги про здоров'я й потребу в сторонній допомозі, у жінок — аутизація, відчуження, ригідність. При цукровому діабеті важкої форми в чоловіків спостерігається іпохондрія, наростання депресії, надмірне занепокоєння, внутрішня напруженість, тривога, у жінок — ригідність поведінки, мислення.

Питання для самоперевірки та самоконтролю

- 1) Опишіть основні клінічні прояви, характерні для ендокринного психосиндрому.
- 2) У чому полягають особливості внутрішньої картини хвороби у ендокринологічних хворих?
- 3) Які рекомендації щодо ставлення до ендокринних хворих треба дати медичному персоналу, що їх доглядає?
- 4) Охарактеризуйте неспецифічний ендокринний психопатологічний синдром, який формується у разі захворювань щитовидної залози.
- 5) Які психологічні особливості характерні для хворих на тиреотоксикоз?
- 6) Опишіть особливості психічної сфери хворих на гіпотиреоз.
- 7) У чому полягають психологічні особливості хворих з патологією гіпофіза?
- 8) Опишіть особливості внутрішньої картини хвороби у дітей та підлітків, хворих на цукровий діабет.
- 9) Які особливості психічного статусу хворих на цукровий діабет ви знаєте?
- 10) Що означає термін «діабетична особистість»?

Розділ 7. Психологічні особливості хірургічних, онкологічних, гінекологічних хворих

7.1. Психологічні особливості хірургічних хворих

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 швидкому (часто екстремному) наданні хірургічної допомоги, терміновість якої не дає у повній мірі провести психологічну підготовку пацієнта. Інша особливість полягає у значній 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 на вороже ставлення 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 рятівника. 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 майже нічого не відомо і довіряти якій підстав немає.

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 уявно поділити на дві групи: схильні до гіпернозогнозії та до гіпонозогнозії. Перші — перебільшують операційний ризик, що ви-

являється 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 проведення оперативного втручання порушує уявлення людини про свою «схему тіла», що незалежно від успішності проведеного хірургічного лікування може викликати повну або часткову втрату працездатності, змінювати звичайний для людини спосіб життя та діяльності.

Дуже важлива також стратегія вибору пацієнтом способу лікування. На думку В.Д.Менделевича, одні пацієнти погоджуються на оперативне втручання лише після того, як бажаного результату не дадуть інші паліативні засоби, тобто дотримуються стратегії «уникнення невдач», інші — домагаються чим швидшого проведення оперативного втручання.

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 подальшу професійну, соціальну та особистісну активність; переважно формується при оперативних втручаннях, пов'язаних з повним або частковим видаленням органа: повна екстирпація матки, видалення молочної залози, ампутація кінцівок.
- 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 їх думку, призведе до кардинальних змін у житті на краще.

Значну частину пацієнтів хірургічної клініки складають пацієнти з психологічними порушеннями. Хворі з неврозами 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 істеричним неврозом 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 з психопатією 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 (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 формуванні даного розладу є підсвідоме прагнення отримати увагу, турботу і любов, яких, на їхню думку, їм не вистачає ні від близьких, ні від сторонніх людей.

Ашер описав три варіанти синдрому Мюнхаузена:

1. Гострий абдомінальний, що призводить до лапаротомії;
2. Геморагічний, пов'язаний з демонстрацією кровотечі;
3. 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, і відповідно — адаптуватися до нього, при хірургічній патології через її раптовість значно зростає значимість психологічного операційного стресу (перед- і післяопераційного), що виявляється у феномені тривоги. Загалом страх перед проведенням оперативного втручання є природним для кожної людини із здоровою нервовою системою, про що самі пацієнти повідомляють лікарів та близьких. Про зростання рівня тривожності у пацієнтів опосередковано свідчать також такі вегетативні ознаки, як підвищене потовиділення, тремор, тахікардія, часті випорожнення і розлади сну. А відчуття страху оперативного втручання трансформується у «страх» перед хірургом, який набуває уявних неприємних рис: байдужий, суворий, злий, неухважний 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 післяопераційний період, обмежень та змін у подальшій трудовій, соціальній та особистісній діяльності, і врешті — смерті. Останнім часом збільшилася кількість пацієнтів, які окрім перелічених страхів висловлюють також тривожність з приводу небезпеки, яка може виникнути у зв'язку з повною втратою ними контролю над власним тілом під час анестезії та загрози «насильства чи вилучення власних органів» під час оперативного втручання. Несподівані психічні реакції спостерігають у хворих, яким виконують трансплантологічні оперативні втручання, що часто призводять до внутрішньоособистісного конфлікту через отримання органів іншої людини, яка на момент забору органа була біологічно живою. Це може вплинути на самооцінку 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 (таких 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), які унеможливають проведення оперативного втручання або значно його утруднюють.

Окрім того, страх хворого істотно посилюється новим середовищем, в яке він потрапив у лікарні: відірваність від родини, лікарняний режим, велика кількість незнайомих людей, сусіди по палаті, неприємні, болючі або принизливі медичні та гігієнічні 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, темпераментом і особистісними особливостями (що виступає як провокатор афективних реакцій), а й перед- та післяопераційних хворих, коли останні, часто підсвідомо намагаючись відреагувати власний страх, пережитий перед оперативним втручанням, розповідають (переважно власні уявні страхи та жахіття) у вигляді моторошних «історій хвороби» пацієнтам, які очікують оперативного втручання.

Деякі пацієнти, з якими не була проведена достатня психоко렉ційна робота, через інтенсивний страх, незважаючи на необхідність проведення оперативного втручання, відмовляються від нього. Хоча це можна пояснити і психологічними змінами у пацієнта (невроз, олігофренія, депресія з суїцидальними тенденціями), а також недостатньою довірою до хірурга через короткотривалість контактів 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, відзначається вираженим операційним (фізіологічним, анатомічним, психічним) стресом.

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, усвідомлювали можливість виникнення післяопераційних ускладнень та обмежень, після оперативного втручання теж переважно спостерігалась адекватна реакція на зміни власного стану. При високому рівні тривожності та него-

товності пацієнтом усвідомити, оцінити та прийняти зміни свого стану перед операцією — у післяопераційному періоді зазвичай також відзначалась неспроможністю це зробити.

Слід звернути увагу на окремі форми страхів, тривоги і занепокоєності, 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 невизначеності перспектив це зазвичай призводить до збільшення неспокою, незадоволеності, агресивності, плаксивості, дратівливості. Особливо важливо, що внаслідок проведення оперативного втручання у людей відбуваються глибокі емоційні порушення, 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:

1) ефективна адаптація передбачає сприймання сигналів тривоги, певний ступінь її асиміляції, що дає змогу полегшити душевний стан хворого;

2) 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;

3) 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 блювання. Зазвичай усі перелічені симптоми відносять до так званих «післяопераційних ускладнень» і потребують симптоматичного лікування, однак у більшості випадків поява таких скарг свідчить про формування післяопераційної депресії.

Не менш частим постопераційним 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, у них погіршується апетит і сон, з'являються тривожні сновидіння, розвива-

ється депресія. Та найбільш поширеною є зміна психічної діяльності, яка виявляється в уповільненні реакцій 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 і психічних розладах, але найбільш значущим він є у клініці хірургії, оскільки відіграє роль першого і значущого сигналу про виникнення нездоров'я в організмі. Відчуття болю пов'язане з церебральними системами стовбура мозку, кори великих півкуль головного мозку, таламуса і лімбічно-ретикулярного комплексу. На психічному рівні біль виявляється відчуттям страху і неспокою як під час нападу болю, так і в період його очікування.

У медицині прийнято поділяти біль на органічний і психогенний. Незважаючи на відмінність у формуванні больового синдрому, суб'єктивні відчуття людини залишаються 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 і 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 на неврози часто висловлюють скарги на значні больові відчуття, що не мають визначеної органічної структури. Застосування препаратів специфічного психотропного впливу зменшують ці відчуття і покращують загальний психічний стан пацієнта. 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: лихоманкою, блюванням, жовтяницею, гематурією тощо.

7.2. Психологічні особливості та реакція на хворобу онкологічних хворих

Онкологія — медична наука про захворювання на злоякісні і доброякісні пухлини та їх лікування.

Причиною встановлення інвалідності при онкологічній патології є не основне захворювання, а його ускладнення й супутні захворювання, що обумовлено відсутністю єдиних критеріїв визначення інвалідності в таких хворих.

Розглядаючи психологічні особливості девіантної поведінки онкохворих при медико-соціальної експертизі Ф.С.Голубцов звертає увагу на такі види соціально-психологічної дезадаптованості:

1) стійка ситуативна дезадаптованість, коли хворий намагається пристосуватися до нової важкої для нього ситуації, але ніяк не може;

2) тимчасова дезадаптованість, яку можна перебороти за допомогою соціально-психологічних заходів;

3) загальна стійка дезадаптованість у зв'язку із тривалою фрустрацією особистості, що супроводжується не тільки певним ступенем тривожності, але й агресивністю, ригідністю на тлі спроб поживити захисні механізми.

Л.М.Касімова та Т.В.Ілюхіна психічні зміни в онкологічних хворих умовно розподіляють на три групи:

- а) чисто психогенні;
- б) змішані психогенно-соматогенні;
- в) переважно соматогенні.

Для практики відновлювального лікування найбільше значення мають переважно психогенно обумовлені форми нерво-психічних розладів, тому що вони є головним дезадаптаційним фактором у пацієнтів онкологічної клініки. Для онкологічно хворих характерні психогенні реакції (нозогенії) — психічні розлади, пов'язані із звісткою про важке захворювання. Думки про невиліковність раку й майбутню смерть не можуть не турбувати людину, яка попала в онкологічний стаціонар.

Т.Ю.Мерилова, яка досліджувала групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзенка, Тейлор), визначила, що у більшості з них спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати у таких хворих суїцидальні думки. Виникненню депресії сприяють втрата соціального статусу, престижу, відчуття безпорадності і

спотворення, безсоння, хронічний больовий синдром, непевність перспектив. У процесі лікування онкологічного захворювання пацієнта переслідують страждання, страхи: перед хворобою, болем, перед будь-чим новим, перед змінами, страх самотності, страх смерті. Емоційні переживання можуть підсилюватися за рахунок браку любові та розуміння.

Інкולי, хворі на злоякісні пухлини, схильні до суїциду.

Існують такі основні типи суїцидальної поведінки, які можуть виникати у людей з тяжкими захворюваннями (у онкохворих зокрема). Суїцидальна поведінка завжди полімотивована. Така полімотивація не виключає, а припускає ієрархію мотивів. В.А.Тихоненко (1978) виділяє п'ять типів суїцидальної поведінки, тобто п'ять типів провідних мотивів: протест, заклик (до жалю, співчуття), уникнення (психічних або фізичних страждань), самопокарання й відмову від життя (капітуляцію).

1. Суїцидальна поведінка за типом «протесту» — пов'язана із завданням збитків, помсти кривдникові, тобто тому, хто вважається причиною суїцидального акту: «Я вам помщусь, вам буде гірше від моєї смерті». Така спроба припускає стеничність, агресію, працюють механізми перемикання з гетероагресії на аутоагресію. Зустрічається частіше в чоловіків молодого віку (від 18 до 30 років), страждають органічними захворюваннями ЦНС. Психічний стан визначається як гостра психопатична реакція.

2. Суїцидальна поведінка за типом «заклику» — зміст мотивації передбачає активацію допомоги ззовні з метою зміни ситуації. Також зустрічається частіше в молодих людей від 18 до 30 років, але переважно у жінок. Суїцид звичайно відбувається увечері, частіше способом самоотруєння. Виникає гостро або підгостро, психічний статус суїцидента визначається як реактивна депресія з переживанням образи, жалості до себе, розпачем. Частіше зустрічається в психопатичних особистостей астено-депресивного кола. Як і протестна, дана суїцидальна поведінка звичайно характерна для осіб з інфантильним особистісним складом, яким властиві егоцентризм, негативізм, емоційна нестійкість.

3. Суїцидальна поведінка за типом «уникнення» — проявляється в ситуаціях погрози покарання, а зміст суїциду полягає в спробах уникнення погрози або при очікуванні психічного або фізичного страждання. Суїциди спричиняють чоловіки та жінки старше 30 років — звичайно інваліди, розведені й вдови, частіше шляхом самоповішення, самоотруєння. Пресуїцидальний період більше розтягнутий в часі.

4. Суїцидальна поведінка за типом «самопокарання» — визначається переживаннями провини реальної, або патологічного почуття провини. Самопокарання можна позначити як протест у внутрішньому світі особистості при своєрідному розщепленні «Я», коли існують «Я» підсудний і «Я» суддя. Серед суїцидентів мало інвалідів, переважно жінки з досить високим освітнім і суспільно-соціальним рівнем, одружені. Суїцид відбувається частіше в ранковий час. Пресуїцидальний період тривалий, а саме самогубство відбувається жорстким способом.

5. Суїцидальна поведінка за типом «відмови» від життя — тут мета й мотиви діяльності повністю збігаються. Мотивом є відмова від існування, а метою є позбавлення себе життя: «Я вмираю, щоб умерти». Цей тип суїциду пов'язаний із втратою особистісного смислу свого існування (наприклад, у зв'язку із втратою значимої близької людини, у зв'язку з важким захворюванням, особливо невиліковним) і неможливістю виконувати колишні, високо значимі ролі. Такий мотив, як відомо, часто характерний для досить зрілих, глибоких особистостей і може виражати не тільки відношення до особисто нестерпної ситуації, але й філософсько-песимістичне відношення до світу в цілому. Такий суїцид частіше роблять чоловіки старше 40 років, у ранні ранкові часи. Цей тип суїцидальної поведінки спостерігається також при субдепресіях, циклотимії й в осіб із психопатіями астенічного кола.

С.Я.Карпіловський зазначає, що одним із важливих психологічних наслідків переживання наявності важкої хвороби є почуття ізольованості від людей, які не мають потрібного досвіду переживання своєї іншості, існування в зоні відчуження.

Онкологічні хворі відмічають не властиву їм раніше швидку стомлюваність, втрату спокою і внутрішньої врівноваженості, труднощі під час роботи, що вимагає зосередженої уваги і посидючості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості та свіжості думки, що необхідні для продуктивної та цілеспрямованої діяльності. Особливої уваги заслуговують психологічні особливості онкохворих дітей.

Ряд вчених (Г.В.Кожарська, Н.С.Колмановська, Ж.В.Смірнова, Г.Я.Цейтлін та інші) вказують на те, що їх психологічний статус (онкохворих дітей) характеризується численними страхами, високим рівнем тривожності, почуттям провини, нерідко підвищеною агресією й аутоагресією, елементами посттравматичного стресового синдрому. Крім того, у них порушені комунікативні функції у зв'язку з дефіцитом спілкування із здоровими одно-

літками, має місце певна педагогічна занедбаність, девіантність поведінки.

Сім'ї з дітьми хворими на онкопатологію володіють цілим рядом особливостей, що негативно впливають на психологічний стан хворих дітей. Більшості батьків властиве специфічне відношення до дитини. Воно пов'язане з побоюванням за її здоров'я. Батьки пред'являють поступливі, а насправді інфантильні вимоги до дитини. При цьому всі їх зусилля концентруються на збереженні здоров'я дитини, і як, наслідок, спостерігається недостатність її особистісного розвитку.

Всі психічні реакції людини на звістку про важку хворобу можна розділити на два етапи (за Ф.Є.Василюком). Ці етапи більш чутливо переживають батьки, ніж їхні хворі діти.

Перший етап — заперечення поставленого діагнозу, хвороби. Батьки на цьому етапі відмовляються приймати наявність онкологічної хвороби у їхньої дитини, часто, при цьому, відмовляючись і від необхідного лікування.

Другий етап — етап протесту, гніву. Він є специфічним наслідком питання, яке часто ставлять перед собою батьки: «Чому саме з моєю дитиною це відбулося?». На цій стадії тато чи мама можуть бути дуже агресивними, збудженими, злими. Злість і гнів в такій ситуації досить закономірні, так як завжди виникають внаслідок неможливості задовольнити свою потребу мати здорову дитину. В такі моменти батьки хворої дитини особливо потребують підтримки, емоційного контакту (хоч і схильні демонструвати протилежне). Якщо ви помітили прояви гніву чи злості у батьків, запитайте, на що вони зляться, поговоріть з ними про це, адже проговорювання почуттів значно зменшує їхню інтенсивність.

Третій етап — етап «торгу» або «переговорів». Під час цього етапу відбувається різке звуження так званого «життєвого горизонту» людини. Адже життя зазнало серйозного удару, все нове може лякати, тому за допомогою старих звичних речей батьки дитини, та й сама дитина, можуть підтримувати свою рівновагу, створювати ілюзію, що нічого не сталося, ніби все залишається таким як завжди, життя таке саме, як і до постановки страшного діагнозу. В цей час може спостерігатися відмова батьків від різноманітних життєвих подій, чи дій, що приносять задоволення і радість — це своєрідний компроміс, спосіб неначе відкласти вирок долі. В цей час багато хто з батьків шукає різноманітні способи лікування дитини від традиційних до нетрадиційних.

Четвертий етап — етап депресивного стану. В цей час у батьків та й дітей можуть бути різкі перепади настрою: то вони плачуть, а то сміються. Вони переживають стани страху та тривоги, провини та відчаю. Також в цей час діти і батьки можуть дещо регресувати у своїй поведінці. Ті діти, які вже ходили, можуть почати повзати, змінюється протікання психічних процесів. У батьків регресивна поведінка може проявлятися у надмірному збудженні, метушні. У них може з'явитись підвищена роздратованість по відношенню до дітей — вони на них можуть кричати чи карати їх. Або ж може бути інший варіант — загальмованість фізичної та психічної реакції, апатія.

П'ятий етап — прийняття реальної дійсності та поставленого діагнозу. На цьому етапі батьки часто звертаються до релігії, що дає певний позитивний ефект у прийнятті реальності. Тяжка хвороба часто усамітнює людину, розриває її людські зв'язки, звужує життя. Дитина з онкологічним діагнозом та її батьки попадають в полон хвороби, стають обмежені у свободі дій, своєму волевиявленні. Вони переживають емоційну напругу, тривогу, відчай, гнів, страх перед майбутнім, неможливість керувати ситуацією, хаос найрізноманітніших почуттів. Звістка про рак часто позбавляє людей творчого пристосування до подій життя, вводить у ступор, робить їх ригідними. Часто цей стан супроводжується гострим переживанням можливості граничної межі та кінця життя.

Як зазначає І.Г.Малкіна-Пих: «Перебуваючи в близькому контакті з важкою хворобою, людина стикається з екзистенційними питаннями: питаннями життя та смерті, активністю та пасивністю, питаннями сенсу, вибору, відповідальності. Таке враження, що в подібній ситуації людина нічого не може зробити, від неї начебто нічого не залежить. Їй так здається. І це дійсно так. Але тут приховується парадокс — людина не здатна змінити минуле, але вона може стати господарем теперішнього, може так спробувати побудувати, організувати своє сьогоденне життя, щоб стати його творцем». Отже, своєчасна психологічна допомога є важливим криком у боротьбі з такою важкою хворобою як онкологія.

7.3. Психологічні складові акушерства та гінекології

Особливості психічного стану жінки в період вагітності протягом багатьох років привертають увагу фахівців. При цьому відзначається як емоційно негативна, так і позитивна роль вагітності. Про сприятливий вплив вагітності на різні психічні розлади пи-

сав ще Гіппократ, зазначаючи: «Істеричним дівчатам я наказую заміжжя, щоб вони вилікувалися вагітністю». У період вагітності спостерігається типова динаміка психологічних проявів. Звичайно в перші місяці вагітна відчуває себе невпевненою, залишається амбівалентною відносно майбутнього материнства. Страх перед невідомістю може призвести до пригніченості. Так, у разі небажаної вагітності в I триместрі відзначається тривога та депресія.

Реактивна депресія, що розвивається на початковому етапі вагітності, у більшості випадків припиняється до 4 — 5-го місяця, не дивлячись на те, що ситуація нерідко залишається напруженою. За наявності виражених психопатичних рис депресія набуває затяжного характеру, триває до кінця вагітності.

За літературними даними, реактивна депресія на початковому етапі вагітності часто зумовлена несприятливою сімейною ситуацією. У більшості випадків депресивні стани тривали до 3-го місяця вагітності, деякі жінки робили аборт. Іноді реактивний стан, незважаючи на переривання вагітності, набував затяжного характеру, причому в клінічній картині вже домінувала не депресія, а дратівливість та примхливість.

У разі бажаної вагітності молода жінка більш чи менш задоволена своїм станом, їй хочеться бути предметом уваги і турботи, у той самий час вона відчуває, що дорослішає, у ній борються немовби дві тенденції — інфантильність та дорослість. Ця подвійність, яка часто зумовлює тривогу, може стати причиною зміни настрою, що не завжди зрозуміло оточуючим.

У II триместрі спостерігається відносний спокій у стані вагітної, близькі ставляться до неї дбайливо, оберігають від різних проблем.

Основна риса III триместру — «занурення у дитину». У цей період можуть виникати страх перед майбутніми пологами та неспокій, пов'язаний із невпевненістю у нормальному розвитку плода. Дитина є зосередженням помислів, інтересів та занять майбутньої матері.

Безпосередньо перед пологами збільшується тривога, що проявляється гіперактивністю вагітної, яка бажає прискорити події.

На 6–8-му місяці вагітності може спостерігатися декомпенсація психопатичних рис характеру, які частіше за все зумовлені неповноцінністю ендокринно-діенцефальної системи.

Психопатологічні симптоми в період вагітності частіше виникають у жінок, в анамнезі яких є раніше перенесені психічні розлади, а також, ймовірно, наявність яких-небудь серйозних проблем зі здо-

ров'ям, що впливають на перебіг вагітності, наприклад, цукрового діабету. Хоча серед вагітних поширені незначні афективні симптоми, однак серйозні психічні розлади у них спостерігаються рідше, ніж у не вагітних того самого віку. Поліпшення стану в таких жінок відзначається через кілька місяців після пологів.

Показник поширеності психічних розладів у вагітних коливається від 6% до 34%. Вони представлені як донозологічними проявами психіфізіологічної дезадаптації, так і клінічними психопатологічними симптомами.

Шизофренія, що проявляється в період вагітності, відрізняється несприятливим перебігом та призводить до тяжких змін особистості. Так само несприятливий перебіг відзначається і в разі ендогенної депресії. Як шизофренія, так і ендогенна депресія, що виникла в період вагітності, не пов'язані із соматичними змінами, які відбуваються в цей період в організмі.

Важливою психосоматичною проблемою є *гестоз вагітних*. Відомо, що в жінок з вираженим небажанням мати дитину частіше спостерігається тяжка форма гестозу, на відміну від жінок з запланованою вагітністю. Представники зарубіжної медицини, користуючись концепцією символічної мови органів, інтерпретують блювання вагітних як символічний прояв небажання вагітності та народження дитини. Інші вчені, виходячи з принципів вчення З.Фрейда, розглядають ранні гестози вагітних як наслідок «ослаблення волі до материнства у зв'язку з розвитком цивілізації» або як прояв підсвідомої огиди до чоловіка.

У вітчизняній медицині більшість авторів оцінюють феноменологію гестозів залежно від функціонального стану нервової системи та психологічного статусу (в тому числі характерного преморбідного фону) вагітної.

За даними літератури, виділяють дві групи пацієнок. До першої групи належать жінки з незначними афективними порушеннями, що проявляються дратівливістю, сльозливістю та образливістю. Ці порушення виникають на висоті гестозу та швидко минають після зникнення блювання і нормалізації загального стану. У всіх жінок цієї групи психологічна характеристика практично не відрізняється від такої у здорових вагітних. Є позитивна установка відносно вагітності, сприятлива сімейна ситуація, їх характеризує гармонійний склад особистості, реалістичний підхід до життєвих труднощів.

Аналізуючи причини гестозу та афективних розладів, що його супроводжують, у пацієнок цієї групи, слід пам'ятати, що будь-

яка вагітність, у том числі й абсолютно нормальна, сама по собі є джерелом більшого або меншого психологічного напруження, внаслідок чого незначні у минулому чинники середовища і ситуації набувають іншого суб'єктивного значення і стають причиною особистісних реакцій.

У другій групі картина захворювання відрізняється значним поліморфізмом: крім блювання та нудоти, у вагітних часто відзначаються озноби з гіпертермією, головний біль, непритомність, лабільність настрою, гіпергідроз. Афективні порушення спостерігаються частіше і носять більше виражений характер: у жінок виникають тривога, почуття безпредметного неспокою та напруження. У багатьох відзначаються невротичні розлади і вегетативні порушення, яких не було раніше. Виражені розлади настрою й інші емоційні зміни тривалий час розглядалися як характерні фізіологічні особливості вагітних, однак ці прояви є психічними порушеннями. У жінок у пізні терміни вагітності розвиваються інтровертність, пасивна залежність, депресивність, відсутність упевненості у своїх силах та страх перед майбутнім материнством.

У вагітних, як правило, виявляють декілька видів тривожного стану:

1. Генералізований.
2. Соматизований (жінка тяжко переносить фізичні аспекти вагітності).
3. Страх за долю плода, його фізичне здоров'я.
4. Страх перед необхідністю доглядати за новонародженим.
5. Страх перед пологамі (жінка боїться болю, боїться за своє життя і дитини).
6. Страх перед грудним вигодовуванням новонародженого.
7. Психопатологічний феномен тривоги.

У літературі описаний також феномен пренатальної тривоги. Тривога з приводу майбутнього материнства більш характерна для жінок старшого віку.

Частота депресивних феноменів різного ступеня тяжкості коливається від 10% до 14%, спостерігається тенденція до її зростання протягом вагітності. Відзначається виражена залежність депресії від психотравмуючих чинників сімейного характеру та серйозних побоювань, пов'язаних з народженням дитини. Депресія залежить від таких психогенних чинників, як психічно обтяжений анамнез, подружні конфлікти в період вагітності, почуття втрати у II і III триместрах, паління під час вагітності.

Одним з найбільш відомих патологічних феноменів поведінки вагітних вважається «синдром грубого поводження з плодом», характерний для осіб, які мають підвищену збудливість. Цей синдром відзначається в період відносно пізньої вагітності та характеризується агресією, спрямованою саме на плід, на відміну від випадків навмисної провокації абортів. Це прямий фізичний вплив на плід (удари по передній черевній стінці) з боку самих вагітних. Подібна агресивна поведінка може спостерігатись навіть у жінок з бажаною вагітністю.

Психози, спричинені еклампсією, на сьогодні досить рідкі, частіше спостерігаються астенодинамічні, астенодепресивні, депресивні, фобічні розлади. Однак одним з основних проявів еклампсії є судомні напади та тісно пов'язані з ними паморочні стани. У тяжких випадках еклампсії нерідко спостерігається екламптичний статус. Психічні розлади в їх вузькому значенні виявляються частіше після пологів, після ослаблення епілептиформних проявів та деякого прояснення свідомості. Постекламптичні психози частіше перебігають у формі гострої сплутаності свідомості та різних судомних проявів.

Судомні напади у разі еклампсії з моменту госпіталізації до лікарні звичайно вже не спостерігаються. Характерна швидка зміна синдромів, паморочні стани можуть змінитися маніакальною сплутаністю свідомості або кататонічним збудженням.

Захворюванню передують відчуття тяжкості у голові, фотофісія, пригнічений настрій. Наступна фаза — деліріозний розлад свідомості з вираженими галюцинаціями. Третя фаза проявлялася зазвичай у формі оглушення та акінезії. Стан збудження у разі еклампсії, що починається через декілька днів після припинення коми та нападів, має афективний характер з яскраво вираженими страхами. Відзначаються незв'язні асоціації, причому хвора стає не учасницею, а глядачем галюцинаторних подій. Галюцинації відзначаються калейдоскопічністю. У хворих різко порушується сприйняття часу. Після припинення психозу розвивається ретроградна амнезія.

У типовому випадку екламптичного психозу у хворих можуть за чотири дні до пологів виникати зорові галюцинації, страхи. У навколишньому середовищі вони орієнтуються погано, наприклад, чують «стукіт у вікно», бачать «небіжчиків, що лежать на столі». Через день виникає стан епілептиформного збудження з вираженою сплутаністю свідомості. На висоті збудження можуть виникати судомні напади. Має місце погана орієнтація у навко-

лишньому середовищі, оглушення, запізнілі відповіді на запитання. Мова погано артикульована, хворі чують, як їх окликають, загрози на свою адресу на тлі неясного шуму. На 3-й день після госпіталізації стан може значно поліпшитися. Весь період збудження і вираженого оглушення супроводжується амнезією.

Після пологів динаміка психосимптоматики розвивається у зворотному порядку.

У лікуванні психозів при еклампсії вирішальне значення має комплексне застосування магнію сульфату, нейролептичних та протисудомних препаратів.

Психічні порушення під час пологів.

Пологи — фізіологічний процес зганяння плода з матки після досягнення ним життєздатності. За нормальних фізіологічних умов пологи відбуваються в середньому на 280-й день вагітності, вважаючи за її початок перший день останньої менструації. Це — складний фізіологічний процес, який виникає в результаті взаємодії багатьох органів і систем.

Пологовий акт — велике випробування духовних і фізичних сил жінки, яке пред'являє нервовій, ендокринній і судинній системам жінки підвищені вимоги і може за деяких обставин (особливо у разі ускладнених пологів) спричинити більш або менш виражені психічні розлади. Звичайно ці розлади короткочасні.

Досконала акушерсько-гінекологічна допомога в цей час зменшує вираженість, але не усуває пологових труднощів.

Фізичне напруження, психічне збудження, астения, гіпоглікемія, коливання судинного тонуусу й артеріального тиску і, нарешті, тривалий біль, що повторюється, призводять іноді до порушення свідомості, неправильної поведінки роділлі. Не можна виключити можливість настання непритомності внаслідок сильного пологового болю, але це порушення спостерігається надто рідко та в основному в емоційно нестійких жінок, у жінок з істеричними рисами характеру. Навіть здорова та врівноважена жінка через сильний біль стає збудженою, неспокійною в ліжку, голосно кричить та може бути агресивною. Цей стан надмірної афективності виникає на фоні зуженої свідомості. Треба зазначити, що ці тяжкі переживання згодом забуваються і тільки в рідкісних випадках страх перед повторним випробуванням пологами зберігається на все життя.

Усі описані розлади належать до невротичного рівня порушення психологічного здоров'я, вони короткочасні, усуваються самостійно після припинення болю і в подальшому не залишають сліду в психіці жінки.

Однак часто психічні розлади виходять за межі фізіологічних станів. У разі тривалих пологів, внаслідок втрати крові, астенії у роділлі може розвинутися стан прострації, що зовні проявляється повною байдужістю до навколишнього. Цей стан глибокої апатії може передувати колапсу або тяжкому потьмаренню свідомості, як, наприклад, аменція.

За даними вітчизняної і зарубіжної літератури, власне пологові психози спостерігаються надто рідко, приблизно один випадок на 10 000 породіль. Умовою виникнення пологового психозу є тяжкість самих пологів і особлива тривалість болю. Відомо декілька випадків, коли під час пологів протягом 3 — 5 днів у роділлі розвивалося збудження з імпульсивними діями, прагненням кудись бігти, викинутися з вікна. Можливість подібного короткочасного психозу збільшується у разі пологів двійнятами, оскільки відомо, що тривалий та інтенсивний біль пригнічує інстинкт самозбереження. Треба, однак, зазначити, що психологічні порушення у роділлі, її схильність до імпульсивності та суїцидального вчинку не є рідкістю. Але, як правило, ці дії не завжди серйозні. Ефективним методом лікування є гіпнотерапія.

У більшості випадків емоційним порушенням і змінам свідомості передують тривожність роділлі, страх перед пологами, що проявляється надмірною збудливістю. До цього можуть призвести як байдужість, так і нервозність оточуючих, зокрема медичного персоналу.

Можливість виникнення психічних порушень під час пологів зростає за наявності у роділлі преморбідного фону у вигляді істеричних або психопатичних рис характеру. Особливо несприятливим чинником є психічна патологія, як, наприклад, епілепсія, шизофренія, психопатія тощо. За цих умов психомоторне збудження стає більш вираженим. Усім вагітним, як правило, проводять профілактичну підготовку до пологів. Іноді ця робота буває не зовсім кваліфікованою, внаслідок чого у жінок зі слабким типом нервової системи часто спостерігаються розлади поведінки під час пологів.

Відомо, що нормальні вагітність і пологи не вичерпують усіх сил організму жінки, однак виникаючі механічні ушкодження тканин, кровотеча, рефлекторні порушення, біохімічні і гормональні зсуви нерідко бувають більш значними. Цей виключно фізіологічний стан характеризується тим, що супроводжується надмірним впливом на кору певних інтерорецепцій, при цьому ефект страху виявляє гальмівний вплив на кору головного мозку та посилює підкіркову імпульсацію. Слід зазначити, що внаслідок тяж-

ких пологів у жінки може настати подальше ослаблення пам'яті на більш або менш тривалий час. Однак клінічно подібні порушення в психіці роділлі спостерігалися, коли вони мали патологічне підґрунтя, як, наприклад, органічну патологію головного мозку.

Власне пологові психози — розлади психіки, зумовлені Perezбудженням, — можуть виявлятися як короткочасні запаморочення свідомості з моторним збудженням. У процесі пологового акту цей процес виникає як правило раптово. При цьому обличчя роділлі стає напруженим, зіниці — не реагують на світло. Іноді розвивається різке хаотичне рухове збудження, що супроводжується почуттям страху. На думку деяких авторів, подібні особливі стани виникають у період розкриття шийки матки та зникають з припиненням болю. У разі розривів, особливо розривів шийки матки, вираженість психічних порушень збільшується. До виникнення пологового психозу можуть призвести також акушерські операції.

Іноді на фоні збудження у роділлі виникає сноподібне потьмарення свідомості. Привертає увагу повна дезорієнтація хворої, блідість шкірних покривів та особливо обличчя, зіниці розширені, погляд «відсутній», на навколишнє не реагує, поведінка неадекватна. Разом з тим вона «бачить» біля себе своїх близьких, розмовляє з ними, а їх «мовчання» пояснює заборонаю розмовляти з нею. Такий стан звичайно короткочасний, але, якщо він виникає в передпологовий період, то може бути і тривалим. Характерна подальша амнезія у період пологів.

Медикаментозне лікування власне пологових психозів надто обмежене через патогенний вплив лікарських препаратів на плід. Оскільки основним етіологічним чинником пологових психозів є пологовий біль, роділлі рекомендується призначати знеболювальні та спазмолітичні засоби. У деяких випадках можливо призначення наркотичних препаратів — промедолу та ін. Правильна психопрофілактика пологового болю усуває напружене очікування переймів і панічний страх, що в свою чергу знижує Perezбудження жінки.

Усунення тривожного очікування та негативних емоцій у роділлі є основною передумовою для її активного ставлення до процесу пологів. Цьому може сприяти обережне ведення пологів, навіювання впевненості у безболісності процесу. Дуже важливо заспокоїти роділлю за допомогою раціональної психотерапії, підтримати діяльність кори великих півкуль, завдяки чому стримуються примітивні підкіркові прояви. За необхідності проводять медикаментозне знеболювання.

Слід враховувати, що в період вагітності жінка особливо емоційна та вразлива, а тому має бути захищена від залякування оточуючими. Медичний персонал також повинен створювати сприятливу емоційну атмосферу в акушерських закладах, дотримуватися принципів деонтології та не висловлювати в присутності вагітної свої припущення про особливості перебігу вагітності і пологів.

Післяпологові психози. Термін «генераційні психози» раніше об'єднував усі психічні порушення, які виникають у жінок у період вагітності, у післяпологовий та лактаційний періоди. У наш час дуже аморфне поняття «генераційні психози» майже не застосовують; встановлено, що вагітність і післяпологовий період мають цілу низку відмінностей та бувають навіть протилежними за своїми ендокринними зсувами.

Лактаційний період триває від 1,5 до 9 міс. Термін «лактаційні психози» застосовують досить рідко. Найбільше значення мають післяпологові психози.

До післяпологових належать психози, які розвиваються переважно в перші 1,5 міс. після пологів; до післяпологових умовно відносять і деяку частину психозів, що виникли в період лактації, не пізніше 3-го місяця після пологів. Післяпологові психози спостерігаються нечасто. За даними одних авторів, спостерігається 6 — 16 психозів на 10 000 випадків, інші автори стверджують, що цей показник коливається від 10 до 50. Психічні розлади, які виникають у післяпологовий період, вважають найбільш тяжкими ускладненнями пологів.

Клінічна картина. Розрізняють три групи психозів, які виникають після пологів:

1. Власне післяпологові психози.
2. Психози періоду лактації.
3. Ендогенні психози, спровоковані пологами.

Психопатологічна симптоматика характеризується гострим початком, іноді через 2–3 дні після пологів, і проявляється, як правило, трьома синдромами:

- аментивним;
- кататонно-онейроїдним;
- депресивно-параноїдним.

Аментивна форма розвивається на 3–5-й день після пологів. Раптово, на фоні підвищеної температури тіла, породіллі стають неспокійними, рухи їхні рвучкі, різкі, мова односкладова. На перших етапах ще зберігається цілеспрямованість, однак зв'язок між окремими елементами швидко порушується, тому поведінка

хворих хаотична. За короткий час, у гострій стадії аменції, цілеспрямованість втрачається, рухи хворих набувають хаотичного характеру і нагадують гіперкінези. Контакт з хворими немає. У тяжких випадках аменція переходить у сопорозний стан, потім у кому з повною нерухомістю.

Вихід з аментивного стану складний, з проявами лакунарної амнезії та порушенням відчуття часу. Після аменції, як правило, не спостерігаються тяжкі тривалі астенічні стани. У період амнезії у пам'яті хворого зберігаються лише окремі епізоди хворобливих переживань, що свідчить про грубі розлади просторово-часових відносин («Не могла зрозуміти, коли день, коли ніч..., а час, як одна секунда... Неначе переночувала однієї ночі, все було у темряві, навколо темно, а день, як одна мить... Не можу вирішити, був він чи ні...»). Аментивні стани нерідко виникали на фоні гінекологічних ускладнень — ендометриту, маститу. Слід зазначити, що у багатьох жінок спостерігається невідповідність між незначними місцевими проявами ендометриту та температурною реакцією. Температура тіла звичайно підвищується на висоті психозу, при цьому гінекологічні ускладнення виявляються не відразу. Остання обставина спричинює іноді невчасне призначення терапії, спрямованої на купірування гінекологічної патології.

Кататонно-онейроїдна форма післяпологового психозу спостерігається рідше за аментивну. Особливого значення набуває диференціальна діагностика з кататонічною формою шизофренії. Для цього необхідно враховувати динаміку синдрому, його прояви та збільшення вираженості у розпалі хвороби. Як відомо, основними симптомами є наявність негативізму та нерухомість. Треба пам'ятати, що у разі післяпологової кататонії немає тієї закономірності розвитку нерухомості, яка властива шизофренії: поява тяжкості, а потім тугоухомості у м'язах обличчя, верхніх кінцівок, тулубі, а значно пізніше — у верхніх кінцівках. Немає тенденції до збереження ембріональної пози, як це характерно для шизофренії. Одним із важливих диференціально-діагностичних критеріїв, що свідчить про післяпологову психічну патологію, є відсутність негативізму, характерного для парадоксальних форм реагування у разі шизофренії, відсутність мовної реакції на голосно задані запитання і, навпаки, відповіді на шепотну мову. У разі ослаблення кататонічних проявів хворі вступають у мовний контакт, починають споживати їжу.

Депресивно-параноїдальна форма розвивається на фоні нерізно вираженого оглушення, малопомітного під час звичайної бесі-

ди з хворою. Депресія в післяпологовий період істотно відрізняється від ендогенної: до її структури входять такі компоненти, як постійні коливання рівня свідомості, втрата об'єктивної оцінки реальних подій, відсутність патологічного циркадного ритму (посилення пригніченого стану в ранні ранкові години характерне для ендогенної депресії). Коливання настрою в разі післяпологового психозу безпосередньо залежить від загального тону організму, а ідеї самозвинувачення витікають з астенії та реальних внутрішніх можливостей хворої.

Нерідко депресивний стан породіллі залишається непомітним як для персоналу пологового відділення, так і для родичів після виписки жінки додому. Разом з тим існує дуже висока ймовірність здійснення суїциду, у тому числі й складного суїциду, коли молода мати вбиває свою дитину («щоб не мучилася без неї»), а потім накладає на себе руки.

Післяпологова депресія — один з найпоширеніших варіантів післяпологових психозів. Вона починається на 10 — 14-й день після пологів. Вже після повернення жінки з пологового будинку привертає увагу її незібраність, підвищена сенситивність. Вона не може виконувати обов'язки з догляду за дитиною. Перші ознаки ідомоторної загальмованості проявляються надзвичайною повільністю, незібраністю. Соматичні скарги рідкі. Жінкам дуже важко пристосуватися до нових умов життя. Якщо в період вагітності жінка була об'єктом підвищеної уваги близьких, їхньої турботи, то після народження дитини вона сама повинна піклуватися за дитиною та за чоловіком. Молоді матері часто виявляються безпорадними, беруться за багато справ, не доводячи почате до кінця. Постійно відчують втому, що посилюється безсонням. Нерідко безсоння виникає ще в пологовому будинку, але бажання породіллі та її близьких швидше потрапити додому не сприяє адекватній оцінці цього симптому. Спочатку жінки ще намагаються доглядати дитину, але потім закидають усі справи, лягають у ліжко. Неможливість виконувати обов'язки матері та дружини призводить до самозвинувачення. У деяких хворих депресія супроводжується проявами деперсоналізації та дереалізації.

На відміну від аментивних, онейроїдних та інших варіантів післяпологових психічних напружень у разі післяпологової депресії різні соматичні чинники спостерігаються значно рідше. Багато хворих зазначали, що «хвороба почалася, як тільки повернулася додому». Відсутність зв'язку із соматичними чинниками, а також низка відмінностей від типової ендогенної депресії, насамперед

повне видужання та відсутність повторних нападів депресії тощо, були основою припущення про реактивний характер післяпологової депресії. Звичайно захворювання починалося з тривоги за дитину, іноді після конфліктів з чоловіком або його родичами. Через те, що дитина не спала і кричала, у матері виникало почуття провини. Ідеї самозвинувачення спостерігалися набагато частіше, ніж вороже ставлення до дитини, яке мало місце лише у тяжких випадках. Незважаючи на тісний зв'язок з післяпологовою ситуацією, депресія ближче за своєю структурою до ендогенної, ніж до реактивної.

За умов народження дітей з вадами, у разі смерті малюка і т.п. спостерігаються типові реактивні депресії. Післяпологові депресії нерідко супроводжуються елементами ажитації та дієнцэфальними розладами, а на висоті клінічних проявів у окремих випадках бувають онейроїдні та аментивні епізоди, тоді як у разі реактивних станів ці психопатологічні синдроми не виникають. Хворі скаржаться на багато труднощів і нові турботи, але за своєю суттю залишаються абсолютно бездіяльними та безпорадними. Усвідомлення власної безпорадності, постійне почуття виснаження, втоми і нездатність забезпечити належний догляд за дитиною призводять до виникнення ідей самозвинувачення. Майже всі хворі зазначали, що у пологовому будинку в них було безсоння. Але його потрібно розглядати не як причину, а як ініціальний період депресії. Страх за дитину і почуття провини перед чоловіком, що спостерігаються початковий період депресії, надалі трансльюватимуться у почуття відчуженості і ворожнечі. З народженням першої дитини закінчується безтурботний період, до жінки відразу пред'являють низку додаткових вимог. Залишаючись з чоловіком або родичами, жінки іноді відчувають себе краще вдень, але вранці, коли всі йдуть на роботу, у неї з'являється почуття самотності та розгубленості. Хворі спочатку не відпускають чоловіка на роботу, щоб він допоміг їм, оскільки в «інших є бабусі або хороша свекруха». Потім починають гнати його від себе, а в лікарні відмовляються від побачень з ним. Разом із почуттям провини, звичайно, є страхи та побоювання за своє здоров'я, хворі іпохондричні, але їхні скарги рідко досягають іпохондричного марення. Психічна та ідіомоторна загальмованість набагато менш виражені, ніж у разі типової ендогенної депресії, нерідко чергуються з періодами ажитації.

Виходячи з розуміння післяпологової депресії як окремого захворювання, лікувальні заходи повинні бути спрямовані, насам-

перед, на зміцнення всього організму хворої. У разі призначення курсу терапії враховують такі клінічні показники, як тяжкість загального стану, глибина порушення свідомості, стан серцево-судинної системи, дихання, видільної функції нирок. Особливу увагу необхідно приділяти стану грудних залоз (припинення лактації). Слід здійснювати ретельний гінекологічний контроль за станом функції матки. У разі важких форм аменції найперспективнішими є заходи, спрямовані на боротьбу з інтоксикацією та профілактику набряку мозку.

7.4. 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 й психокорекційну допомогу. Подолавши природну сором'язливість, притаманну більшості жінок, вони прагнуть водночас вирішити свої особисті проблеми. Хороші гінекологи, знаючи про цю особливість професійної діяльності, проявляють зацікавлення до проблем жінок і намагаються дати їм поради. Однак лише у деяких випадках цієї «психотерапії» виявляється достатньо. Адже 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; у першу чергу йдеться про клімакс, амено-рею і менархе.

Підвищена дратівливість, напруженість тривожність, пригніченість у передменструальному періоді, періодичність менструального циклу, пов'язана з усвідомленням «жіночності», 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, алкогольні ексцеси, часто страждають розладами функції кишечника (спастичні передменструальні закрепи), які з початком менструації легко переходять у діарею.

Генеza 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 фолікулінемічної фази, якій передують овуляція. Після овуляції в результаті впливу лютеїну зростає пасивне прагнення жінки відчувати 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 так звана психосоматична спіраль формування розладу (ПМС).

Окремою і дуже складною проблемою є так звані вегетативні пеліпатії — хронічні болі внизу живота, які часто з'являються під впливом різних переживань і загострюються в передменструальний період.

Виникнення дисменореї у жінок психоаналітики пояснюють невротичним конфліктом, пов'язаним з порушеннями анальної фази сексуального розвитку. Подібно до анальних переживань, при менстуаціях теж виникає страх втрати, що призводить до стану напруженості і регресивного замкнення в собі, яке згодом поєднується із закрепами та зниженням 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 свідчить і те, що практично усі жінки з цим розладом скаржаться на значні емоційні переживання, розлуку з коханим, страх завагітнити або соромляться

самого статевого акту, які зникають 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 неврозу страху, виражену за допомогою засобів, що дозволяють звести до мінімуму вірогідність пережити страх під час статевих контактів.

У випадках дисменореї, яка ймовірно пов'язана з неусвідомлюваним ворожим ставленням до матері, яка насаджувала дочці негативне ставлення до всього пов'язаного з сексом, чи фізіологічними функціями жінки, важко піддаються лікуванню невротичні пацієнтки із 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 укладнення і переживання, а з іншого — це показник дозрівання і повної функціональної здатності бути дружиною і матір'ю. Саме тому, піклуючись про здоровий психічний розвиток дитини, необхідно, щоб перша менструація для неї не була 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 аменорею 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, черевній порожнині та органах малого таза. Оскільки перелічені скарги складно пояснити лише гормональними змінами, клініцисти загалом погоджуються з психологічною складовою клімактеричного періоду. Клінічно клімакс виявляється у зменшенні або збільшенні маси тіла, вазомоторній лабільності з припливами жару, частою зміною настрою, тривожністю, дратівливістю, вразливістю. У жінки починається так звана паніка «перед закриттям воріт»: усвідомлення втрати частини своєї «жіночності», думки про

власну неповноцінність, порівняння пережитого і невиконаного.

Пригнічення 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 припиняються раніше, а у заможних освічених жінок, які не працювали важко, — пізніше. Слід зазначити, що зараз про негативний вплив клімаксу на здоров'я жінки говорять значно частіше, ніж він насправді виявляється. Однак жінкам настирливо нав'язують думку про «загрозу» клімаксу, чим викликають ятрогенний вплив та спонукають до вживання препаратів, які допоможуть її уникнути. Справедливе, на нашу думку, зауваження Карнера: «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 є тотожним 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 видалення їх частини як порушення її особистісної цілісності і недоторканості саме як жінки, що призводить до формування неврозу. Гінекологічне хірургічне втручання також може впливати на сімейний або соціальний стан жінки. Робота клінічного психолога повинна бути скерована 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 мати, імплантуватися. Психологи вважають, що саме цей психосоматичний розлад, зумовлений зростанням афективного напруження в очікуванні викидання плоду або інших патологічних проблем перебігу вагітності, є причиною більшості спонтан-

них 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 найпоширеніші 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 завершується не народженням дитини, а абортom.

Аборти, як спонтанні (викидні), так і штучні (інструментальні), завжди серйозно впливають на психологічний та 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 аборту, ймовірно, можуть стати значні емоційні потрясіння: переляк, тривалі переживання, конфлікти; на користь цього твердження наводять приклади провокування ними викиднів, заснованих на психологічному впливі, що застосовують при небажаній вагітності

у деяких малоцивілізованих народів. Однак інколи 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 абортів 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 абортів.

Спонтанні аборти, особливо повторні, досить загрозливі щодо формування неврозу, 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 пацієнок, 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 безперервними думками про бажання завагітнити та народити дитину, у жінки встановлюється стійка аменорея, яку сама жінка, намагаючись трактувати як очікувану вагітність, «підкреслює» іншими ознаками. У таких хворих збільшується об'єм живота, нагрубають молочні залози, виділяється молозиво, з'являються неприємні відчуття в животі та попереку, нудота, блювання, з'являються характерні смуги на животі. Спостерігались випадки, коли на психогенній основі виникають такі явища, як зміна 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, хибна вагітність може тривати місяцями і навіть роками і закінчуватися уявними пологами без новонародженого. Найбільш відомий істотний випадок хибної ва-

гітності з уявними пологами без новонародженого спостерігали у англійської королеви Марії Тюдор (1516 — 1558). Хибна вагітність 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. Тривале застосування методів арт-терапії, психодрами, тілесно-орієнтованої терапії, танцювальної терапії у поєднанні з медикаментозним лікуванням з часом може дати позитивні результати.

Психогенні геніталгії та парестезії — симптоми гіперестезії, які дуже часто супроводжують перебіг депресії та астенії. Гінекологи відзначають їх майже у половини своїх пацієнток і називають неврозом гінекологічних хворих.

Питання для самоперевірки та самоконтролю

- 1) Опишіть особливості ставлення до хворих пацієнтів хірургічного стаціонару.
- 2) Які причини і прояви синдрому Мюнхаузена?
- 3) У чому полягають особливості надання психологічної допомоги пацієнтам хірургічного стаціонару?
- 4) Перерахуйте чинники і фактори фобійних розладів у хірургічних хворих.
- 5) Дайте характеристику соціально-психологічній дезадаптованості онкохворих.
- 6) Опишіть особливості психологічного статусу вагітних жінок.
- 7) Охарактеризуйте афективні порушення вагітних жінок.
- 8) Які психічні порушення у жінок можливі під час пологів?
- 9) Опишіть причини та прояви пологових психозів.
- 10) У чому полягають особливості пологових та післяпологових психозів.
- 11) Які причини, прояви формування психосоматичної спіралі ПМС?

Література

- 1.Абрамов В.А. Пограничные психические расстройства у больных с хроническими заболеваниями в амбулаторной общей медицинской практике / В.А. Абрамов, А.Ю. Васильева, М.Б Доценко. — Донецк: Каштан, 2003. — 172 с.
- 2.Абрамова Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. — М., 1998. — 183 с.
- 3.Авдеева И.Н. Психологические аспекты профилактической работы. Учебно-методическое пособие по профилактике ВИЧ/СПИД в общеобразовательной школе / И.Н. Авдеева, М.В. Бадалова; под ред. И.Н. Авдеевой, А.А. Очеретяного. — Севастополь: ИПО, 2003. — 235 с.
- 4.Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр; пер. с англ. С. Могилевского. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.
- 5.Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы / Ю.А. Александровский. — Ростов-на-Дону, 1996. — 158 с.
- 6.Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина. — М.: Класс, 2000. — 208 с.
- 7.Антропов Ю.Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко.— СПб.: Речь, 2002. — 279 с.
- 8.Аснин В.И. Об условиях надежности психологического эксперимента / В.И. Аснин // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. Работы советских авторов периода 1918–1945 гг. / В.И. Аснин — М.: Педагогика, 1980. — С. 220-228.
- 9.Бадалова М.В. Деякі особливості інтелектуальної готовності психолога-консультанта до розв'язання консультативних завдань / М.В. Бадалова // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. Максименка С.Д. — К., 2002. — Т. 4.
10. Беккер К. Логопедия / К. Беккер, М. Совак. — М.: АСТ, 2002. — С. 11-23.
11. Белановский С.А. Методика и техника фокусированного интервью / С.А. Белановский. — М.: Наука, 1993. — 112 с.

12. Березанцев А.Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики / А.Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 5. — С. 4–10.
13. Березовский А.Э. Самосознание психически больных: методическое пособие по курсу клинической психологии / А.Э. Березовский, Н.Н. Крайнова, Н.С. Бондарь ; под ред. О.В.Лаврова. — Самара.: Самарский гос. унт, 2001. — 265 с.
14. Блейхер В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Київ, 1986. — 280 с.
15. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. — М., 1988. — 301 с.
16. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
17. Бурлачук Л.Ф. Основы психотерапии / Л.Ф. Бурлачук, И.А. Грабовская, А.С. Кочерян. — К.: Ника-Центр; М.: Алетея, 1999. — 320 с.
18. Бурлачук Л.Ф. Психология жизненных ситуаций / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова. — М., 1998. — 263 с.
19. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта / Дж. Бьюдженталь. — СПб.: Питер, 2001. — 304 с.
20. Бэрнс П. Бронхиальная астма. / П. Бернс, С. Годфри. — М.: Бином-Пресс, 2003. — 128 с.
21. Василюк Ф.Е. Психология переживания : анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. — М.: изд-во Моск. ун-та, 1984. — 200 с.
22. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування / С.В. Васьківська. — К., 2004. — 256 с.
23. Васьковская С.В. Психологическое консультирование: ситуационные задачи / С.В. Васьковская, П.П. Горностай. — Киев: Вища шк., 1996. — 192 с.
24. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта / К. Витакер. — М.: Класс, 1998. — 205 с.
25. Витакер К. Танцы с семьей: семейная терапия: символический подход, основанный на личностном опыте / К. Витакер, В. Бамберри — М.: Класс, 1997. — 161 с.
26. Вітенко І.С. Зміни психіки при соматичних розладах — актуальна проблема медичної психології / І.С. Вітенко // Практ. псих. соц. роб. — 2000. — № 4. — С. 31-32.

27. Власенко И.Т. Особенности словесного мышления у взрослых и детей с нарушениями речи / И.Т. Власенко. — М.: Наука, 2004. — 350 с.

28. Волховская Т.Н. К вопросу о содержании учебного курса «Логопсихология» / Т.Н. Волховская // Специальная психология. — 2005. — № 3-4. — С. 5-6.

29. Волховская Т.Н. Сравнительное изучение особенностей развития дошкольников с общим недоразвитием речи и с задержкой психического развития / Т.Н. Волховская. — М. : Эксмо, 2003. — 306 с.

30. Волховская Т.Н. Логопсихология : пути становления и развития / Т.Н. Волховская // Специальная психология. — 2007. — № 3. — С. 13.

31. Волховская Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волховская, Г.Х. Юсупова. — М. : АСТ, 2004. — С. 205-215.

32. Выготский Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский // Л.С. Выготский Собр. соч. — М. : Эксмо, 2002. —Т. 2. — С. 320 — 361.

33. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт., Р. Мей; пер. с англ. — Київ : Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.

34. Генинг М.Г. Обучение дошкольников правильной речи / М.Г. Генинг. — Чебоксары: МИР, 2003. — 255 с.

35. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник / В.Я. Гиндикин. — К, 1997. —104 с

36. Гиндикин В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. — М., 1999.

37. Горноста́й П.П. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход / П.П. Горноста́й, С.В. Васильковская. — Киев: Наукова думка, 1995. — 128 с.

38. Грановская Р.М. Элементы практической психологии / Р.М. Грановская. — СПб., 1997. — 608 с.

39. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофілактика / А.Л. Гройсман. — М., 2002.

40. Ежегодник Лаборатории постклассических исследований РАН / Ред. Е.В.Петровская. — М.: Ad Maignern, 1994. — 422 с.

41. Елизаров А.Н. Психологический смысл, предмет и задачи консультативной психологии / А.Н. Елизаров // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. — 2004. — № 2. — С. 23 — 30.

42. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации / Н.И. Жинкин. — М.: Наука, 2002. — С. 55-60.

43. Зейгарник Б.В. Саморегуляция поведения в норме и патологии / Б.В. Зейгарник // Психол. журнал. — 1989. — № 2. — С. 122-132.
44. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. — 238 с.
45. Зимняя И.А. Лингвopsихология речевой деятельности / И.А. Зимняя. — М.: Академия, 2001. — 429 с.
46. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. — СПб., 1996. — 454 с.
47. Кабанов М.М., Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. — Л., 1983. — 312 с.
48. Калина Н.Ф. Основы психотерапии / Н.Ф. Калина. — М.: Рефл-бук, К: Ваклер, 1997. — 272 с.
49. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. — М.: Академия, 2006. — 320 с.
50. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения / под ред. В.В. Зеленского и М.В. Ромашкевича; пер. с англ. — СПб.: Б. С. К., 1997. — 143 с.
51. Капустин С.А. Границы возможностей психологического консультирования / С.А. Капустин // Вопросы психологии. — 1993. — №5. — С.50 — 56.
52. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие / О.А. Карабанова. — М.: Гардарики, 2004. — 320 с.
53. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебн. для студ. мед. вузов / Б.Д. Карвасарский. — СПб., 2000. — 378 с.
54. Квасенко А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. — Л., 1980.
55. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / О. Кернберг. — М.: Класс, 1998. — 368 с.
56. Киреева И.П. Детскому онкологу. Что необходимо знать о психике онкологически больного ребенка / И. Киреева, Т. Лукьяненко. — М., 1992.
57. Кісарчук З.Г. Особливості розвитку практичної психології на сучасному етапі / З.Г. Кісарчук // Практична психологія та соціальна робота. — 2001. — №3. — С. 10-12.
58. Клиническая психология / под ред. Б.Д.Карвасарского. — СПб., 2002. — С. 960. — (Национальная медицинская библиотека). — ISBN 5-8046-0187-3.
59. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. — 2-ое междунар.изд. — СПб: Питер, 2007. — 1312 с.

60. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. — Прага: Авиценум, 1983. — 405 с.

61. Корпев А.Н. Системный анализ психического развития детей с недоразвитием речи: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра психол. наук: специальность 19.00.04 «Мед. Психология» / А. Н. Корпев; С.-Петерб. гос. ун-т. — Санкт-Петербург, 2006. — 45 с.

62. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / под ред. Ю.Ф. Гаркуши. — М. : Сфера, 2002. — 203 с.

63. Коттлер Дж. Психотерапевтическое консультирование / Дж. Коттлер, Р. Браун. — СПб.: Питер, 2001. — 464 с.

64. Кречмер Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. — СПб.: Союз, 1998. — 232 с.

65. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. — СПб : Речь, 2003. — 288 с.

66. Лакошина Н.Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакошина, Г. К. Ушаков. — [2-е и перераб. и доп. изд.]. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.

67. Лалаева Р. И. Методические рекомендации по логопедической диагностике / Р. И. Лалаева // Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения : сб. метод. рекомендаций. — СПб : Питер, 2002. — С. 16-26.

68. Лебединский М. С. Введение в медицинскую психологию / М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев. — М. : Медицина, 1996. — 431 с.

69. Левченко И.Ю. Актуальные проблемы практической специальной психологии / И. Ю. Левченко // Современные технологии диагностики профилактики и коррекции нарушений развития: В 3-х т. — М.: Академия, 2005. — С. 89-95.

70. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. — Киев: Высшая школа, 1981. — 389 с.

71. Леонтьев А. А. Язык, речь, речевая деятельность / А. А. Леонтьев. — [переизд. и доп.]. — М.: Наука, 2006. — 308 с.

72. Леонтьев А. А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания / А. А. Леонтьев. — [переизд. и доп.]. — М. : АСТ, 2003. — 369 с.

73. Литовченко Н.Ф. Розвиток здатності до самопізнання як компонент особистісної підготовки майбутніх практикуючих психологів / Н. Ф. Литовченко // Психологічна газета. — 2004. — № 24. — С. 28-31.

74. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков / А. Е. Личко. — Л.: Медицина, 1983.

75. Лубовский В.И. Что такое «логопсихология»? / В.И. Лубовский, С.М. Валявко // Специальная психология. — 2007. — № 13. — С. 20-23.
76. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. — М.: Мысль, 2003. — 374 с.
77. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А. Р. Лурия. — М., 1977. — 213 с.
78. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; [пер. с англ.]. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 480 с.
79. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М. : Эксмо, 2004. — 992 с.
80. Марковская И.Ф. Клинико-катамнестический анализ задержки развития соматогенного генеза / И.Ф. Марковская // Дефектология. — 1993. — № 1.
81. Марковская И.Ф. Клинико-нейропсихологические основы диагностики и коррекции ЗПР у детей / И.Ф. Марковская // Клинико-генетическое и психолого-педагогическое изучение и коррекция аномалий психического развития у детей. — М., 1991.
82. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей / Т.Д.Марцинковская. — М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 2007.
83. Медична психологія: [підручник] / Максименко С.Д., Коваль І.А., Максименко К.С., Папуча М.В. / За ред. академіка С.Д. Максименка. — Вінниця: Нова Книга, 2008. — 520 с.
84. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология. Практическое руководство / В.Д. Менделевич. — М.: Мед — пресс, 2002.
85. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов / В.Д. Менделевич. — М.: ТОО «Техлит»; «Медицина», 1997. — 496 с.
86. Мухина В. С. Детская психология / В.С. Мухина. — СПб.: Питер, 2002. — 515 с. — (перезд. и доп.).
87. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: Пособие для психологов и педагогов / В.Б. Никишина. — М.: Владос, 2003. — 128 с.
88. Никишина В.Б. Причинная обусловленность ЗПР у детей: социально-психологический анализ / В.Б. Никишина. — Ярославль, 2000. — 200 с.
89. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М.: Издательство: Моковского университета, 1987. — 168 с.

90. Обучение детей с задержкой психического развития / под ред. В.И. Лубовского. — Смоленск, 1994. — 128 с.

91. Основы специальной психологии: [учебное пособие для студ. сред. пед. учеб. Заведений] / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М.: Эксмо, 2002. — 305 с.

92. Основы теории и практики логопеда // [под ред. Р.Е. Левиной]. — М.: Мысль, 2008. — С. 7 — 30.

93. Папуча Н.В. Особенности психологической помощи после психотравмы в ранней юности / Н. В. Папуча // Особистіть і трансформаційні процеси у суспільстві: Матер. III Харків. Міжнар. психол. читань. — Харків, 1999. — С. 268-271.

94. Патопсихология: Хрестоматия / [сост. Н.Л.Белопольская]. — М.: Изд-во УРАО, 1998. — 224 с.

95. Певзнер М.С. Дети-олигофрены / М.С. Певзнер. — М., 1999.

96. Певзнер М.С. Психическое развитие детей с нарушением умственной работоспособности / М.С. Певзнер, Л.И. Ростягайлова, Е.М. Мастюкова. — М., 2007.

97. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития / М.С. Певзнер // Дефектология. — 1980. — № 3.

98. Переслени Л.И. Задержка психического развития — вопросы дифференциальной диагностики / Л.И. Переслени, Е.М. Мастюкова // Вопросы психологии. — 1999. — № 1.

99. Петрюк П.Т. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации / П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2003. — № 3-4. — С. 133-140.

100. Поваляева М.А. Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. Коллективная монография / Под общ. Ред. М.А. Поваляевой. Серия «Учебники, учебные пособия». — Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. — 189 с.

101. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / [под ред. А. Б. Смулевича]. — М.: Русский врач, 2000. — 224 с.

102. Подъячева И.П. Кррекцияно-развивающее обучение детей старшего дошкольного возраста с ЗПР / И.П. Подъячева. — М., 2001.

103. Преодоление общего недоразвития речи дошкольников. Учебно-методическое пособие: [под общ. ред. Т.В. Волосовец]. — М.: Институт общегуманит. иссл-й А. Секачева, 2002. — 255 с.

104. Психология детей с задержкой психического развития. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов факультетов психологии. — Спб.: Речь, 2004.

105. Психология. Словарь / Под. общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — М., 1990.

106. Рахмакова Г.Н. Некоторые особенности письменной речи младших школьников с ЗПР / Г. Н. Рахмакова // Дефектология. — 1991. — № 2.

107. Сахакиан У.С. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. / [ред. и сост. У.С. Сахакиан]. — Пер. с англ. — М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 624 с.

108. Селивестров В.И. Игры в логопедической работе / В.И. Селивестров. — М.: Эксмо, 2007. — 209 с.

109. Селье Г. Стрес без дистресса / Г. Селье. — М., 1979.

110. Селюцкий А.И. Психопатология дитячого віку / А.И. Селюцкий. — К.: Вища школа, 1997. — 295 с.

111. Сидоров П.И. Введение в клиническую психологию / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. — 2 т. — М., 2000.

112. Слепович Е.С. Игровая деятельность детей с задержкой психического развития / Е.С. Слепович. — М.: Педагогика, 1990.

113. Снайдер К. Клінічна психопатологія / К. Снайдер. — К.: Сфера, 1999. — 236 с.

114. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. — М., 1995.

115. Специальная педагогика. Общие основы специальной педагогики / [под ред. Н.М. Назаровой и др]. — М.: Академия, — Т. 2. — 2008. — 405 с.

116. Стадненко І.М. Нариси з психології розумово відсталого дитини / І. М. Стадненко. — К., 2007.

117. Стребелева Є.А. Спеціальна дошкільна педагогіка / Є. А. Стребелева. — М.: Академія, 2002.

118. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. — Л., 1984.

119. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М. В. Струковская. — М., 1988.

120. Ульбенкова У.В. Діти із затримкою психічного розвитку / У.В. Ульбенкова. — Київ, 2004.

121. Ульенкова У.В. Особенности личностной тревожности младших подростков с ЗПР, обучающихся в разных педагогических условиях / У.В. Ульенкова // Дефектология. — 2004. — № 1.

122. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У.В. Ульенкова. — М., 1990.

123. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. — М., 1978.

124. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. — Будапешт, 1988.
125. Хватцев М. Е. Логопедия / М. Е. Хватцев. — М.: Наука, 2002. — С. 5-14.
126. Холмогорова А. Б. Концепция соматизации. История и современное состояние / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Т. В. Довженко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 81–97.
127. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологических диагностик у детей / Л.С. Цветкова. — М.:Наука, 2002. — 208 с.
128. Швайко Г.С. Игры и игровые упражнения для развития речи / Г. С. Швайко. — М.: АСТ, 2008. — 313 с.
129. Шмаргун В.М. Взаємозв'язок нейропсихологічних показників регуляції рухів та інтелекту у дітей із затримками психічного розвитку / В.М. Шмаргун // Психологія: Збірник наукових праць. — К.: НПУ імені М.П. Драгоманова. — 2007. — Вип. 3(6). — С. 134-141.
130. Шмаргун В.М. Когнітивна диференційованість як предиктор розумового розвитку дітей / В.М. Шмаргун // Вісник ХДУ: Психологія.-Харків, 2008. — Вип. № 452. — С. 143-146.
131. Шмаргун М.І. До проблеми науково-інноваційної спрямованості підготовки вчителя фізичної культури для роботи з дітьми, що мають затримки фізичного і психічного розвитку / В.М. Шмаргун, М.І. Шмаргун // Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. “Концепція підготовки спеціалістів фізичної культури в Україні”. — Київ-Луцьк: “Вежа”, 2006. — С. 183-188.
132. Шмаргун М.І. Інноваційні напрями використання рухових дій в корекції затримки психічного розвитку дітей початкових класів масової школи / В.М. Шмаргун, М.І. Шмаргун // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. “Педагогічні інновації: ідеї, реалії, перспективи”. — Київ.: ІЗМН, 1998. — С. 233-237.
133. Щербо И.Н. Управление системой коррекционно-развивающего образования в школе / И. Н. Щербо. — М.: Сентябрь, 2003. — 160 с.
134. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / [Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.]. — М., 1990.
135. Keller R. Somatization. Theories and Research // J. Nerv. Ment. Dis. — 1990. — Vol. 3. — P. 150–178.

Навчальне видання

Никоненко Ю.П.

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Комп'ютерна верстка О. В. Пилипенко

Здано до складання

Підписано до друку 26.10.2015.

Формат 60x84 1/16.

Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman

Друк офсетний.

Тираж 300 прим.

Зам. №

ТОВ «КНТ»

Тел. (099)-232-40-59, (096)555-19-80

E-mail: knt2012@ukr.net

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 581 від 03.08.2001.