

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ



під загальною
редакцією
Спіріної І.Д.



ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТРИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Підручник

За загальною редакцією
доктора медичних наук, професора
І. Д. Спіріної

Дніпро – 2022

УДК 159.97:616.89(075.8)

Рекомендовано до друку Вченою радою Вищого навчального приватного закладу «Дніпровський гуманітарний університет» (протокол від 25.11.2021 № 3).

Рецензенти:

Коваленко Т. Ю. – доктор наук із державного управління, кандидат медичних наук, директор Комунального підприємства «Спеціалізований медико-реабілітаційний центр для дітей та підлітків» Дніпропетровської обласної ради»;

Пріснякова Л. М. – кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології Вищого навчального приватного закладу «Дніпровський гуманітарний університет».

Автори підручника: Спіріна І. Д., Пилягіна Г. Я., Чугунов В. В., Фаузі Є. С., Живілова Я. С., Шевченко Ю. М.

М 42 Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с.

ISBN

Рекомендований для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського), другого (магістерського) та третього (освітньо-наукового) рівнів вищої освіти, а також для лікарів-інтернів, медичних психологів, психологів загальної практики, клінічних ординаторів і лікарів загального профілю.

ISBN

© Колектив авторів
© ДГУ, 2022

ЗМІСТ

Предмет, завдання та методи дослідження психологічного стану людини	4
Поняття про психічне здоров'я	14
Стан психічних функцій і хвороба	25
Психологія індивідуальних відмінностей	44
Психологія медичних працівників	57
Психологія лікувально-діагностичного процесу	75
Адаптація, теорія стресу та психічний стрес	107
Реакція особистості на хворобу. Нозогенії	1144
Масковані депресії	123
Поняття про “психосоматику” та “психосоматичні розлади”	131
Психологічні особливості хворих з соматичними захворюваннями	155
Перинатальна психологія	211
Психічні особливості хворих з вродженими і набутими вадами	222
Психологічні аспекти девіантної поведінки	233
Психологічні аспекти суїцидальної поведінки, вмираючого пацієнта та евтаназії	239
Основи психогієни. Основи психопрофілактики	252
Основи психологічного консультування в медичній практиці	271
Психоосвіта	275
Основи психотерапії	286
Клініко-психофеноменологічний метод	295

ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ

Медична психологія – галузь загальної психології, яка використовує знання психологічних закономірностей в медичній практиці: діагностиці, лікуванні та профілактиці захворювань. З чого випливає те, що медична психологія вивчає психологічні проблеми хворих людей на різних етапах їх життя і хвороби. Так само слід зазначити, що медична психологія може використовуватися не тільки як самостійний розділ медицини, але і застосовується з іншими медичними дисциплінами: соціальна медицина, гігієна, медична екологія, епідеміологія та інші.

Крім вивчення психіки хворої людини, до основних розділів предмета медичної психології відноситься вивчення закономірностей спілкування та взаємодії хворих і медичних працівників, а також вивчення психологічних засобів впливу на хворих в цілях профілактики і лікування захворювань.

При вивченні психіки пацієнта особливе місце в медичній психології займає виявлення за допомогою різних психологічних методик захворювань та механізмів їх виникнення. При цьому найбільш важливим є вивчення ролі у виникненні та перебігу хвороб психотравмуючих факторів психогенного характеру, а також дослідження особливостей особистісної реакції людини на своє захворювання (індивідуальне і соціальне значення хвороби). Так само при вивченні взаємодії і спілкування медичних працівників з хворими особливо підкреслюється, що пацієнт для лікаря не тільки об'єкт діагностики і терапії, але і суб'єкт зі своїм складним внутрішнім психологічним світом, що індивідуально реагує на хворобу і умови мікросоціального середовища.

Медичну психологію можна умовно поділити **на загальну і приватну:**

Загальна медична психологія займається вивченням змін психіки людини, які викликані певним захворюванням, поведінки медичних працівників, психологічного клімату лікувально-профілактичних установ різного типу, впливом психіки на фізичний стан людини і навпаки, основними особливостями, що характеризують індивідуальність людини (темперамент, характер, особистість) і їх можливі зміни в процесі онтогенезу; етика і деонтологія.

Приватна медична психологія займається вивченням індивідуальних особливостей психіки пацієнтів з різними захворюваннями: пацієнтів з психічною патологією; осіб, які страждають на захворювання, що вимагають хірургічного втручання; психологічні особливості осіб, які страждають на вроджені та набуті дефекти; психологічні особливості громадян при проведенні різних видів

експертиз, у тому числі військово – лікарської, судової, медико – соціальної, психічні особливості осіб, що страждають на хімічні і нехімічні залежності, а також психічні особливості хворих при будь-якій іншій соматичній патології.

Перша психологічна клініка була відкрита в 1896 році Лайтнером Вітмером (в Пенсільванії, США). Діяльність клініки була присвячена діагностиці та лікуванню розумових відхилень у школярів.

Формуванню уявлень про застосування психології до діагностики та лікування анормальної поведінки сприяли також книга колишнього пацієнта клініки для душевнохворих Кліффорда Бірса під назвою «Розум, який знову знайшов себе» (1908), яка привернула увагу до необхідності гуманного ставлення до людей з психічними розладами, розуміння їхнього внутрішнього світу і після чого був утворений Національний комітет психічної гігієни США.

Х. Мюнстерберг (1863-1916) був переконаний, що психічні хвороби виникають через нездатність людини пристосувати свою поведінку до навколишнього оточення, а не від впливу прихованих конфліктів, як стверджував З. Фрейд. Але вирішальний вплив на розвиток клінічної психології зробили все ж роботи його сучасника Зігмунда Фрейда, завдяки якому клінічна психологія вийшла далеко за рамки перших психологічних клінік. Ідеї З. Фрейда дали клінічним психологам перші прийоми психоаналітичної терапії.

Медична психологія займається проблемами нормальної і зміненої хворобою психіки людини, проблемами психології медичного працівника або робітника іншої спеціальності який має відношення до лікувального процесу (соціальний працівник, реабілітолог та інші). Крім того, у медичній психології розробляється вчення про взаємини психічного і соматичного у людині (психосоматичні і соматопсихічні взаємини), враховуються аспекти індивідуальності (темперамент, характер, особистість) і етапи постнатального онтогенезу (вікова клінічна психологія), а також розглядаються психологічні проблеми психогігієни, психопрофілактики і медичної деонтології.

Психосоматика, як розділ медичної психології, вивчає вплив психіки на виникнення соматичних проявів.

Ще у 1966 році М. С. Лебединським і В. Н. Мясичевим були сформовані основні питання в яких, відображається основний зміст медичної психології як самостійної наукової дисципліни:

1) психічні прояви різних хвороб в їх динаміці (патопсихологія і нейропсихологія, розвиток яких визначається їх взаємодією з психіатрією (психопатологія, неврологія);

2) роль психіки у виникненні, перебігу й попередженню хвороб та гігієнічних заходах (психосоматика);

3) вплив різних хвороб на психіку (внутрішня картина хвороби, психологічні реакції на хворобу, психологічний захист і копінг-поведінка);

4) порушення розвитку психіки (патологія особистості та аномальний розвиток);

5) принципи і методи психологічного дослідження в клініці.

Аналіз патологічних змін, які спостерігаються в психічній діяльності під впливом хвороби, може проводитися не тільки на об'єктивному рівні, з виділенням об'єктивно вимірюваних феноменів, а й на суб'єктивному рівні – у вигляді суб'єктивного відображення в свідомості хворого об'єктивно існуючих хворобливих змін.

Так В. А. Ташликов розглядає внутрішню картину хвороби як систему психічної адаптації хворого до свого захворювання, що має в своїй основі механізми психологічного захисту і подолання. Внутрішня картина хвороби створюється в захисних цілях в умовах захисної діяльності для ослаблення інтенсивності негативних переживань, пов'язаних з хворобою, компенсації почуття провини, сорому, агресії. У структурі внутрішньої картини хвороби. Ташликов виділяє пізнавальний, емоційний і мотиваційно – поведінковий аспекти.

Вчення про механізми психологічного захисту сформувалося в рамках психоаналітичної школи. Згідно з поглядами представників цієї школи, психологічний захист становить ряд специфічних прийомів переробки переживань, що нейтралізують патогенний вплив, який ці переживання можуть надавати. До цих прийомів належать, наприклад, феномени типу «витіснення», «проекції», «раціоналізації», «сублімації», розроблені в роботах А. Фрейд, Ф. В. Бассін, В. Є. Рожнова.

Патопсихологія вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі. Розглядає завдання як загальної медичної психології (коли вивчаються закономірності розпаду психіки, зміни особистості психічних хворих), так і приватної (коли досліджуються порушення психіки конкретного хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової або військової експертизи).

Патопсихологію від психопатології, як розділу психіатрії, відрізняє те, що психопатологія описує симптоми та синдроми психічних хвороб клінічним методом. Психопатологія не тільки описує клінічні прояви порушень психіки, але й вивчає їх механізми. Патопсихологія як психологічна дисципліна вивчає закономірності перекручувань психічної діяльності мозку психологічними методами і формулює їх у своїх психологічних поняттях.

До патопсихології найбільш близька нейропсихологія, об'єктом вивчення якої служать захворювання ЦНС.

Нейропсихологія – наукова дисципліна, яка вийшла за рамки медичної психології. Основи нейропсихології вивчаються психологами будь-якої спеціалізації, тоді як нейропсихологія, досліджуючи співвідношення психічних явищ із фізіологічними мозковими структурами, є основою сучасної психофізіології. А. Р. Лурія розробляючи проблему співвідношення мозку і психіки, висунув положення про те що нейропсихологічні фактори є основними у формуванні нейропсихологічних синдромів. Цей підхід був сформульований у вигляді теорії системної динамічної локалізації вищих психічних функцій. Лурія розглядав кожен психічний функцію як багатоланкову комплексну систему, що складається з багатьох компонентів, і співвідносив з мозком не всю функцію, а окремі її складові.

Зазвичай виділяють три рівні аналізу нейропсихологічних факторів:

1) морфологічний – вказує на ті мозкові утворення, ураження яких викликає певний синдром;

2) фізіологічний, функціональний – вказує на ті фізіологічні процеси, які протікають в певних мозкових утвореннях і об'єднуються в єдину функціональну систему, відповідальну за психічний функцію;

3) психологічний – вказує на ту роль, яку відіграє даний фактор в здійсненні різних психічних функцій.

Виділяють наступні види факторів:

- модально-специфічні (пов'язані з вторинними мозковими полями);

- модально-неспецифічні (пов'язані з різними рівнями неспецифічної системи);

- асоціативні (пов'язані з третинними ділянками кори, насамперед – конвекситальної);

- фактори міжпівкульової взаємодії (пов'язані з серединними комісурами, що об'єднують півкулі мозку);

- півкульові фактори (що забезпечують цілісні принципи роботи кожної півкулі);

- глибинні підкіркові фактори (пов'язані з роботою базальних гангліїв та інших підкіркових структур);

- загально мозкові фактори (судинні, біохімічні та інші механізми, відповідальні за роботу мозку як цілого).

Ступінь вивченості зазначених факторів і відповідних їм синдромів в нейропсихології різна.

Особливе місце в медичній психології займає психологія анормального розвитку, або спеціальна психологія (від лат. Special – особливий), що вивчає людей з відхиленнями від нормального психічного розвитку, які пов'язані з вродженими або набутими дефектами формування нервової системи.

Спеціальна психологія підозділяється на психологію сліпих (тифлопсихологія, від грец. typhlos-сліпий), глухих (сурдопсихологія, від лат. surdus-глухий), розумово відсталих (олігофренопсихологія), а також психологію дітей з порушеннями мови, дітей із затримками психічного розвитку та інших категорій дітей з відхиленнями у розвитку.

Самостійне й істотне місце медичної психології посідають психогігієна (збереження і зміцнення психічного здоров'я шляхом організації належного природного і соціального середовища, відповідного режиму і способу життя) та психопрофілактика (спрямована на попередження розладів психічної діяльності), які тісно між собою пов'язані.

Медична деонтологія (грец. Deon-борг) також є частиною сучасної медичної психології та є наукою про належну професійну поведінку, моральний, естетичний та інтелектуальний вигляд лікаря. Медична деонтологія в сучасному розумінні першочергово вказує на роль в діяльності медпрацівників моральних засад, спрямованих на досягнення максимальної користі в лікуванні та профілактиці хвороб людини, його оздоровлення і продовження життя.

Основні методи дослідження

Основою для проведення експериментально-психологічних досліджень служать методологічні принципи, які відносяться до фундаментальних, загальних принципів дослідження, запозичених психологічною наукою на етапі її перетворення в самостійну наукову дисципліну з філософії. Це принципи детермінізму, єдності свідомості і діяльності, формування свідомості і діяльності, розвитку психічного процесу при безпосередньому спілкуванні і діяльності, а також принцип моделювання і системний підхід, який використовується при описі складних об'єктів, до числа яких, безперечно, належить і психічна діяльність людини.

Методи психологічного дослідження також виявляють залежність від основних теоретичних принципів, що лежать в основі предмета психології, конкретних завдань, які вона вирішує.

Етапи психологічного дослідження:

перший етап: формулювання проблеми (питання про причини або чинники, які визначають існування або специфіку того чи іншого явища);

другий етап: висунення гіпотези (відповідь на питання, сформульоване в проблемі);

третій етап: перевірка гіпотези на емпіричному матеріалі;

четвертий етап: інтерпретація результатів перевірки.

Медична психологія в своїй діяльності використовує два основних метода отримання психологічних фактів: метод спостереження (описовий

метод) і метод експерименту. Кожен з цих методів має ряд модифікацій, які уточнюють, але не змінюють їх сутність.

Спостереження – це систематичне, цілеспрямоване відстеження проявів психіки людини в певних умовах.

Невтручання дослідника (об'єкт спостереження не знає, що за ним спостерігають) з очікуванням, коли явища котрі їх цікавлять проявляться таким чином, що їх можна буде зафіксувати і описати, є найбільш важливою характеристикою даного методу.

Розрізняють такі види спостереження:

- зріз (короткочасне спостереження);
- лонгитюдинальне (тривале, іноді багаторічне спостереження за однією і тією ж групою випробовуваних);
- суцільне (досліджуються всі представники досліджуваної групи);
- вибіркове (отримання інформації про великі групи людей, шляхом вивчення тільки якоїсь їх частини, що становить репрезентативну вибірку);
- включене спостереження (коли спостерігач стає членом досліджуваної групи);
- самоспостереження.

Завданнями спостереження можуть бути вивчення психологічних особливостей не тільки окремої особистості, а й цілого колективу.

Вивчення власних психічних процесів здійснюється шляхом самоспостереження (інтроспекції). Метод інтроспекції, або внутрішньої перцепції, був запозичений психологами з фізики, в якій він застосовувався для дослідження світла і звуку, а також з фізіології, де він використовувався для вивчення органів почуттів. Справді, для того, щоб отримати дані про органи чуття треба попросити випробуваного описати свої відчуття про дію подразника. У психології з допомогою цього методу увагу випробуваного концентрувалася не на зовнішні подразники, а на особливостях психічного стану, на протікання самого процесу сприйняття при сприйнятті певного стимулу.

Цілком допустиме самоспостереження як форма словесного звіту про те, що людина бачить, чує, переживає. Подібний звіт фіксується так само, як і будь-яке зовнішнє об'єктивне вираження психічних станів людини. З інтроспекцією не слід змішувати рефлексію, як роздуми та переживання щодо власних психічних якостей і станів, яка по суті є вторинною переробкою даних самоспостереження і є аналізом власних вчинків.

Наукове спостереження вимагає постановки чіткої мети і планування. Заздалегідь визначається, які саме психічні явища будуть цікавити спостерігача, по яких зовнішніх проявах їх можна простежувати,

в яких умовах буде відбуватися спостереження і яким чином передбачається фіксувати результати.

В основі експериментально-психологічного вивчення особистості хворих в соматичній клініці може лежати один з двох методологічних підходів: один з них передбачає цілісний опис всієї констеляції особистісних рис і спирається на особистісну типологію акцентуацій А.Є. Лічко, К.Леонгарда або типологію психопатій П. Ганнушкіна; другий заснований на послідовному вивченні окремих рис, властивостей, характеристик, для оцінки наявності і вираженості яких використовуються різні експериментально-психологічні методи.

Експеримент є найбільш ефективним способом виявлення причинно – наслідкової залежності між досліджуваними змінними.

Експеримент відрізняється від спостереження активним втручанням дослідника в ситуацію. При цьому здійснюється планомірне маніпулювання однієї із змінних, яку називають незалежною (її змінює дослідник), з подальшою реєстрацією супутніх змін в досліджуваному явищі (залежна змінна). Під змінною розуміється будь-яка реальність, яка може змінюватися в експериментальній ситуації. Таким чином, експеримент в психології полягає в тому, що навмисно створюються і видозмінюються умови, в яких діє випробуваний, ставляться перед ним визначені задачі і по тому як вони вирішуються судять про виникаючі при цьому психічні явища.

Виділяють два основні різновиди психологічного експерименту: *природний і лабораторний*.

При *природному експерименті* обстежуваний може навіть не підозрювати, що він піддається психологічному дослідженню. Звичайність, природність умов і введення на цьому тлі експериментальних змінних дозволяє досліднику простежити дію цих змінних і тим самим встановити їх роль та особливості впливу на досліджуване явище.

Лабораторний експеримент проводять в спеціально створених умовах, часто із застосуванням апаратури. Випробуваний знає, що над ним експериментують і дії його визначаються інструкцією.

При експерименті потрібно враховувати фактори які піддаються (контрольовані змінні – стать, вік та інше), і не піддаються контролю (зацікавленість чи байдужість випробуваного до дослідження, його настрої, тощо).

Навіть при строгому забезпеченні потрібного рівня контролю всіх змінних в проведеному експерименті, спотворення можливі за рахунок очікувань як експериментатора, так і випробовуваних (Годфруа Ж., 1992).

Для усунення подібних артефактів при проведенні психологічного експерименту використовується подвійний сліпий метод, коли випробовувані не мають інформації щодо прийнятих гіпотез, а

експериментатор не знає, чи введено в даному дослідженні незалежна змінна (наприклад, замість досліджуваного препарату дається зовні схожу, але нейтральну речовину – "плацебо").

Додаткові методи дослідження

Крім основних методів дослідження в медичній психології застосовуються також і ряд додаткових методів. До них відносяться метод тестів, моделювання, метод аналізу продуктів діяльності людини і бесіда (опитування).

Тестами називають набори завдань і питань, які дають можливість швидко оцінити психічне явище і ступінь його розвитку. Від інших методів дослідження тести відрізняються тим, що вони передбачають чітку процедуру збору і обробки первинних даних, а також особливі прийоми їх подальшої інтерпретації.

Розрізняють інтелектуальні тести, тести досягнень і спеціальних здібностей (перцептивних, мнестичних, розумових, музичних, професійних та ін.), особистісні тести (інтересів, установок, цінностей), а також тести діагностують міжособистісні відносини.

Психодіагностика як галузь психології орієнтована на вимірювання індивідуально психологічних особливостей особистості. Як самостійна область психології вона орієнтує дослідника не на дослідження, а на обстеження, тобто постановку психологічного діагнозу.

Психологічний діагноз, як основна мета діагностики, може встановлюватися на різних рівнях:

перший рівень – симптоматичний (емпіричний) діагноз; він обмежується констатацією особливостей або симптомів (ознак);

другий рівень – етіологічний діагноз; він враховує не тільки наявність певних особливостей, але і причини їх виникнення;

третій рівень – типологічний діагноз; він полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик в загальній картині психічного життя людини.

Моделювання як метод застосовується в тому випадку, коли дослідити цікавище явище іншими способами утруднено. Створена штучна модель досліджуваного феномену повинна повторювати його основні параметри і передбачувані властивості. На моделі детально досліджують явище і роблять висновки про його природу.

Метод аналізу продуктів діяльності. Продуктами діяльності людей є створені ними різні речі, написані книги, листи, винаходи тощо. По них можна певною мірою судити про особливості діяльності, яка призвела до їх створення і включених у цю діяльність психічних процесів.

Бесіда – це з'ясування за допомогою системи спеціально підібраних питань тих чи інших особливостей психічних явищ або психічних якостей

людини. Можна виділити наступні різновиди цього методу: збір анамнезу, інтерв'ю та психологічні анкети.

Анамнез (від лат. «по пам'яті») – відомості про минуле досліджуваної людини, отримані від нього самого (суб'єктивний анамнез) або від добре знаючих його осіб (об'єктивний анамнез).

Інтерв'ю – вид бесіди, при якому ставиться завдання отримати відповіді на певні і заздалегідь підготовлені питання. Інтерв'ю може мати різні різновиди в залежності від його цілей і ступеня стандартизації. При програмному, керованому інтерв'ю має місце суворе дотримання наміченого плану бесіди. Воно дає можливість гарної квантифікації понять і порівняння відповідей різних обстежуваних.

Діагностичне інтерв'ю. Головна умова успішного проведення бесіди або інтерв'ю є створення дружньої атмосфери і залучення пацієнта до співпраці, встановлення контакту з опитуваним. Зазвичай рекомендується починати бесіду з нейтральних питань. Потім йдуть питання загального характеру, що з'ясовують головні події його життя і діяльності. Далі йдуть спеціальні питання, обумовлені завданнями інтерв'ю.

При психологічному дослідженні саме остання група питань стосується внутрішнього світу людини і дослідник часто тут стикається з сильним психологічним бар'єром, що виявляється в небажанні давати загальні відповіді або в прагненні відповідати розмито, невиразно.

З метою подолання психологічного бар'єру питання не рекомендується формулювати як прямі (перший тип питань), тобто безпосередньо стосуються досліджуваного предмету (Пряме запитання: «Ви боїтеся грози?»). Необхідні відомості про пацієнта можна отримати, використовуючи непрямі або проективні питання, які психологічно часто є більш прийнятними і не викликають негативних реакцій пацієнта.

Непрямі запитання (другий тип питань) зачіпають опосередковано саму тему і тим самим частково знижується небезпека навіювання відповіді або симуляції (непряме питання: «Що Ви робите, коли буває гроза?»). Так звані проективні запитання (третій тип питань) відрізняються проблематичним значенням і часто при відповіді на них пацієнт спонтанно (мимовільно) приєднує коментар про себе (проективне питання: «Як Ви думаєте, більшість людей боїться грози?»). Коментар про себе можна викликати додатковим питанням типу: «Ну, а як Ви?»).

У ряді випадків значний ризик, особливо при обстеженні дітей, можуть представляти сугестивні питання, які вже своїм формулюванням підказують відповідь (пряме сугестивне питання дитині: «Ти любиш тата?»). Цей ризик обмежують непрямим або проективним питанням, а також питанням ще більш загального характеру («а що ти мені розповіси про тата?») або альтернативною формою питання («Ви з вчителькою розумієте один одного або у тебе з нею бувають непорозуміння?»).

Відповідна стилізація питання активізує виявлення таких змістів, які в звичайній бесіді нерідко емоційно блокуються. Може бути використаний для цих цілей якийсь «попередній такт» до певної міри применшує в розумінні пацієнта несприятливе враження від власної відповіді (експериментатор: «всім доводиться іноді сваритися... Ну, а як Ви?»). Інший прийом стилізації питання полягає в тому, що несприятливу ситуацію слід приймати як повсякденну (Експериментатор: «А тепер розкажіть мені з ким Ви іноді сваритеся?»). Замість форми питання іноді використовують коментар, який є тактовним запрошенням до прямого або непрямого повідомлення про свою поведінку.

Цей коментар в потрібний момент включають в розповідь пацієнта (Наприклад, розповідь пацієнта про взаємини з оточуючими експериментатор включає фразу: «Іноді люди також сваряться...»).

Під час проведення бесіди своїми позиціями дослідник повинен дати пацієнту відчуття атмосфери поблажливості, так щоб пацієнт міг вільно виявляти свої почуття, дослідник приймає пацієнта таким, який він є. Дослідник повинен відноситися тактовно і дбайливо до позицій пацієнта, він нічого не засуджує, але також і не виправдовує, і все при цьому розуміє. До оволодіння цією роллю веде досить важкий і довгий шлях. Тут помилково було б займати індеферентне, безпристрасне ставлення.

Анкетування має місце в тому випадку, коли питання і відповіді подаються в письмовій формі.

Анкети можуть давати достовірні результати тільки при ретельній розробці пропонованих питань, часто при цьому структурують і самі відповіді, пропонуючи випробуваному (в даному випадку респондентові) вибір із запропонованих варіантів. У відомому сенсі, на думку відомого психолога Рібо, анкета може займати проміжне положення між спостереженням та експериментом.

ПОНЯТТЯ ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

На сьогодні існує декілька визначень поняття «психічного здоров'я», найбільш вживаним з яких є визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка визначає психічне здоров'я, як стан благополуччя, в якому індивід реалізовує свої власні здібності, може впоратися із звичайними життєвими стресовими ситуаціями, може продуктивно та плідно працювати, а також здатний зробити свій внесок у громаду (спільноту), в якій він функціонує («WHO | Mental health: a state of well-being», 2014).

Проте, глибше розуміння того, що насправді може вважатися «психічною нормою» та «психічною патологією», а також дискусії щодо цих понять не дають можливості однозначно означити ці поняття. Ще давньогрецький філософ Платон вказував, що божевілля («нестяма», «одержимість») є вищою властивістю людської душі, яка перевершує можливості розуму. У «Федрі» Платона божевілля є джерелом найбільших благословень життя, які подаровані богами, щоб творити: «І здатний він творити не раніше, ніж стане натхненним та нестямним і позбудеться розсудку...», «тим часом ми завдячуємо нестямі дуже великі блага, якщо вона дістається нам, як Божий дар...» (Платон, 1999). У цьому сенсі божевілля означає не втрату розуму, а вивільнення з його полону.

Відомий німецький філософ-екзистенціаліст та психіатр Карл Ясперс у своїй видатній праці «Загальна психопатологія» (Ясперс, 1997) запропонував своє бачення психічно здорової та психічно хворої людини, яке не втрачає актуальності і сьогодні. Зокрема, Ясперс вказує, що різноманітність уявлень про «норму» в психіатрії вказує на те, що межі поняття «психічно хворий індивід» є менш визначеними, ніж при соматичних захворюваннях, де хвороба є негативним оціночним судженням однозначного характеру. Натомість, аналізуючи еволюцію уявлень про сутність психічного захворювання та його наслідки для індивіда, автор вказує, що хвороба може усвідомлюватися, як «особлива форма буття» людини, відкриваючи в ній нові неznані можливості, зокрема, творчу обдарованість чи геніальність. Також відомо, що у багатьох культурах люди, які страждали психічними розладами вважалися особливими, вибраними та іноді наділеними надприродними здібностями та силами. Важливим є і сприйняття людиною, яка має психічний розлад, своєї хвороби. Для більшості пацієнтів хворобливі феномени сприймаються, як об'єктивна реальність, в якій вони намагаються жити та адаптуватися до неї. Таким чином поняття «норми» щодо психічного здоров'я є дуже відносним і не може визначатися лише наявністю чи відсутністю конкретних симптомів.

Сучасне розуміння поняття «психічного здоров'я» також є набагато ширшим, ніж просто відсутність психічного захворювання. Основними детермінантами психічного здоров'я є не лише можливість людини керувати власними емоціями, думками та поведінкою, взаємодіяти та будувати стосунки з іншими людьми, але й різноманіття біологічних, соціальних, культурних, економічних, політичних та середовищних факторів. Таким чином розуміння поняття «психічне здоров'я» повинно відбуватися в трьох напрямках та передбачати: відсутність психічного захворювання; стан організму, який дозволяє повною мірою виконувати всі його функції; стан балансу в собі, а також між собою та своїм соціальним оточенням (Bhugra, Till & Sartorius, 2013).

До основних критеріїв психічного здоров'я відносять (Устінов, 2013):

1. Усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я».
2. Відчуття сталості та ідентичності переживань в однотипних життєвих ситуаціях.
3. Критичність до себе та своєї власної психічної діяльності, а також її результатів.
4. Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів різноманітних чинників середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;
5. Здатність самостійно керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм, правил та законів.
6. Здатність планувати власну життєву діяльність та реалізовувати заплановане.
7. Психологічна гнучкість, яка полягає у можливості змінювати свою поведінку в залежності від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Збереження та покращення психічного здоров'я у світі є пріоритетним та актуальним завданням. Це пов'язано насамперед із епідеміологічною ситуацією щодо психічних розладів. На сьогодні відомо, що близько 450 млн людей в світі страждають від психічних та поведінкових розладів. Різні прояви психічних порушень спостерігаються приблизно у 10% дорослого населення в світі. Психічні розлади не є поширеними у вибіркових групах, вони зустрічаються у людей усіх регіонів, в усіх країнах та суспільствах. Психічними захворюваннями страждають як жінки, так і чоловіки, мешканці міст та сільської місцевості. Поширеність захворюваності на психічні розлади несуттєво відрізняється у міській та сільській місцевостях.

Стан психічного здоров'я в Україні відображає світові тенденції. Станом на 1 січня 2017 р. 1 млн 673 тис. 328 жителів України перебували на обліку у зв'язку з розладами психіки та поведінки, зокрема 694 тис. 928 осіб – внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та

наркотиків (або 3,9 % населення). А наприкінці 2016-го в Україні 261 тис. 240 хворих на психічні розлади мали групу інвалідності, з них 8,5 % – діти віком 0–17 років. Того ж року первинно були визнані особами з інвалідністю через психічні розлади 9 тис. 893 хворих. Смертність населення України від навмисного самоушкодження 2015 року становила 17,7 на 100 тис. населення ("Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року", 2018).

До найчастіше діагностованих психічних захворювань відносять депресивні розлади, біполярний афективний розлад, шизофренію, епілепсію, вживання алкоголю та наркотиків, хворобу Альцгеймера, а також різні види деменцій, посттравматичний стресовий розлад, obsesивно-компульсивний розлад, панічні розлади і первинне безсоння.

Слід зазначити, що в останні роки проблеми психічного здоров'я стали актуальними для світових лідерів та країн на глобальному рівні. Це знайшло своє відображення у прийнятих у вересні 2015 року на Генеральній Асамблеї Організації Об'єднаних Націй «Цілях сталого розвитку». Зокрема підпункти цілі 3 звучать як: «3.4. До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя; 3.5. Покращувати профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем» («Transforming our world: the 2030. Agenda for Sustainable Development. General Assembly 70 session», 2015).

У січні 2019 року проблематика психічного здоров'я піднімалася та була предметом обговорення на Всесвітньому економічному форумі в Давосі (Швейцарія). У грудні 2017 року Уряд України видав розпорядження про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Метою концепції є «створення цілісної, ефективною системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини» ("Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», 2017).

Серед усіх чинників, які впливають на стан психічного здоров'я людини можна виділити три основні групи:

1) Біологічні чинники.

Існує багато біологічних чинників, які можуть впливати на психічне здоров'я людини. Вплив більшості з них є доведеним в останні десятиліття та пов'язаний із стрімким розвитком нейронаук. Найбільше значення серед них мають біохімічні особливості функціонування мозку

людини, а також генетичні взаємодії. Аномалії міжнейрональних комунікацій, які спричинені порушенням балансу нейромедіаторних систем можуть спричинити депресивні та тривожні розлади тощо. Безліч сучасних досліджень також підтверджує роль генів у розвитку психічних захворювань, особливо взаємодії генів з певними чинниками навколишнього середовища. Також неабиякий вплив на психічне здоров'я мають такі біологічні чинники, як інфекційні захворювання, пошкодження тканин мозку внаслідок травм та гіпоксії, а також вживання різних субстанцій, які ведуть до алкогольної чи наркотичної залежності, а також метаболічні порушення, ендокринні розлади. Перечислені впливи відіграють роль впродовж цілого періоду розвитку людини, починаючи від перинатального до старості.

2) Психологічні чинники.

Психологічні фактори відіграють важливу роль у підтриманні психічного здоров'я, а також мають суттєвий вплив на розвиток психічних захворювань. Більшість із них мають вагомий вплив у ранньому дитинстві, ранньому дитячому, підлітковому та молодому віці. Зокрема, відсутність турботи та занедбання дитини, недостатня емоційна підтримка у найближчому оточенні суттєво впливають на формування самооцінки дитини та розвиток особистості в цілому. Пережите дитиною в ранньому дитячому чи підлітковому віці фізичне, психологічне чи сексуальне насилля, а також булінг підвищують ризик виникнення багатьох психічних розладів у декілька разів. До важливих психологічних чинників також можна віднести ранню втрату значимих близьких людей, наприклад, батьків чи опікунів, проживання в місцях катастроф, збройних конфліктів, війни чи стихійного лиха, коли ймовірність психологічного травмування безпосередньо від навколишніх подій чи втрат дуже висока.

3) Соціальні чинники.

Соціальне життя людини має тісний взаємозв'язок з психічним здоров'ям. Серед найбільш вагомих соціальних чинників виокремлюють важкі та економічно несприятливі умови проживання, безпритульність та безробіття. Відсутність соціальної підтримки найбільш вразливих верств населення також суттєво підвищує ризик виникнення проблем у психічному здоров'ї. Окремим важливим чинником є безпосередня участь у збройних конфліктах, а також проживання на територіях, охоплених військовими діями. Неможливо не згадати у цьому контексті і природні стихійні лиха, а також екологічні та техногенні катастрофи, які дедалі частіше переживаються населенням планети, внаслідок чого тисячі людей втрачають своїх близьких, роботу та житло. Наведений перелік можна доповнити такими чинниками, як еміграція та вимушене переселення, переживання розлучення з партнером, психологічно некомфортні умови праці, расова та гендерна дискримінація тощо.

Захворюваність на психічні та поведінкові розлади приводять до негативних наслідків, що позначаються не лише на психічному та соматичному здоров'ї людей, які страждають цими захворюваннями, але й впливає на життя інших людей у соціумі. Серед найбільш вагомих негативних наслідків можна виокремити декілька груп.

Медичні негативні наслідки (вплив на психічне та соматичне здоров'я):

1. Коморбідність між фізичними та психічними розладами є одним із найбільш негативних наслідків. У людей з психічними захворюваннями частіше виявляють супутні соматичні розлади, що часто пов'язано із неможливістю дбати про фізичне здоров'я та вчасно отримувати кваліфіковану допомогу через свій психічний стан. В свою чергу багато соматичних захворювань можуть спричинити психічні порушення у пацієнтів. Однією з найбільших проблем є коморбідність деяких психічних розладів із вживанням алкоголю та наркотичних речовин.

2. Випадки передчасної смерті частіше реєструються у людей, які страждають психічними розладами. Дослідження демонструють, що люди з важкими психічними розладами живуть в цілому на 10 років менше, ніж люди, які не мають психічних захворювань. Передбачувана тривалість життя людей з психічними захворюваннями принаймі на 20% років коротша, ніж для населення в цілому серед економічно розвинених країн. Основними причинами, які приводять до передчасної смерті є виникнення хронічних соматичних захворювань та деяких видів онкологічних захворювань, побічні дії деяких психіатричних медикаментів, недостатній доступ до системи охорони здоров'я у порівнянні з іншими громадянами суспільства, що часто пов'язано із стигматизацією, а також вищий ризик суїцидів, нещасних випадків та смерті внаслідок фізичних конфліктів чи агресивних дій.

3. Показники тимчасової та стійкої непрацездатності (інвалідності) серед людей, які страждають психічними розладами суттєво перевищують ці ж показники серед осіб, які страждають соматичними захворюваннями.

Соціальні негативні наслідки

1. Стигматизація осіб, які страждають психічними розладами. Стигма (від давньогрецької *στίγμα* – «знак, клеймо, пляма») може бути визначена як відчуття ганьби, несхвалення або сорому (само стигма), що приводить до індивідуального уникнення або відкидання іншими. Стигма, пов'язана з усіма формами психічних розладів. Рівень стигми зростає прямо пропорційно до того, наскільки поведінка людини відрізняється від загальноприйнятої в суспільстві. Рівень стигматизації осіб, які мають психічні розлади залишається високим у світі. У багатьох випадках це

пов'язано із недостатньою кількістю знань про психічні розлади. Популярний суспільний міф про те, що люди з психічними розладами є небезпечними для інших та скоюють більше злочинів, ніж здорові люди є глибоко вкоріненим у суспільстві. Окрім суспільної стигматизації великий негативний вплив має і індивідуальна стигматизація, коли відбувається самостигматизація серед пацієнтів, що поглиблює їхню соціальну ізоляцію та сприяє втраті працездатності.

2. Дискримінація та соціальна ексклюзія є значимими негативними наслідками, які часто породжені стигматизацією. Соціальна ексклюзія – це виключення індивіда з життя спільноти або ж обмеження доступу до будь-якої суспільної сфери. Зокрема, йдеться про відмову у дотриманні таких базових прав, як право на освіту, право голосу, працевлаштування, обмежений доступ до надання медичної, соціальної чи правової допомоги. До дискримінованих осіб часто застосовується фізичне чи психологічне насилля.

3. Порушення прав людини. Діючі правові системи у світі мають багато недоліків і не завжди можуть забезпечити повну підтримку осіб із психічними розладами у дотриманні та користуванні своїми правами. У 2006 році Організація Об'єднаних Націй прийняла «Convention on the Rights of Persons with Disabilities» (в Україні перекладено як «Конвенція про права осіб з інвалідністю»), що було відповіддю міжнародної спільноти на довгу історію дискримінації, ексклюзії, дегуманізації осіб, які мають обмеження життєдіяльності внаслідок фізичних чи психічних розладів. Згаданий документ – це результат багаторічних переговорів громадянського суспільства, урядів, національних організацій захисту прав людини та міжнародних організацій, який по своїй суті говорить про те, що особи з обмеженням життєдіяльності чи інвалідністю мають такі самі права та можливості, як і всі інші. В Україні зазначена Конвенція набула чинності 6 березня 2010 року.

Економічні негативні наслідки

1. Глобальні витрати на лікування психічних розладів у світі. За даними Гарвардської школи громадського здоров'я у 2010 році у світі було витрачено 2.5 трильйони американських доларів, до 2030 року ця сума обіцяє зрости до 6 трильйонів американських доларів (Bloom, D.E. at al., 2011).

2. Індивідуальні витрати осіб, які хворіють психічними розладами включають прямі витрати на медикаменти та консультації, а також непрямі витрати на доїзд до лікарень та оплату піклувальникам тощо.

3. Захворюваність на психічні розлади веде до бідності та зниження якості життя. Це пов'язано із втратою працездатності, передчасним виходом на пенсію хворих осіб, видатками на лікування,

втратаю роботи близькими родичами пацієнта, які змушені піклуватися про нього.

Суттєву роль у зменшенні впливу негативних наслідків психічних розладів на окреме життя індивідуума та суспільне життя в цілому відіграє «психоедукація» (поширення знань про раннє розпізнавання та вчасне надання допомоги при психічних розладах). Раннє розпізнавання психічних порушень психіки та поведінки базується на деяких ключових симптомах чи проявах поведінки, які можуть свідчити, що людині необхідно отримати консультацію фахівця ("Warning Signs of Mental Illness", 2018). Серед найпоширеніших ознак виділяють наступні:

1. Порушення сну або апетиту – безсоння чи надмірна сонливість, відсутність апетиту або ж надмірне бажання споживати їжу;
2. Зміна настрою – різкі коливання настрою від депресивного до надмірно піднесеного або ж утримання депресивного чи ейфоричного настрою впродовж двох тижнів і довше;
3. Бажання соціальної ізоляції та відмова від приємних активностей, які приносили задоволення в минулому;
4. Відмова від навчання, роботи, повсякденних обов'язків, яка може виявлятися у тому, що індивід перестає відвідувати місце навчання, роботи тощо.
5. Погіршення когнітивних функцій, таких, як пам'ять чи увага, які проявляються у погіршенні запам'ятовування інформації чи відтворення її, погіршення пам'яті на важливі життєві події чи факти, неможливість сконцентруватися, важкість у формулюванні та висловленні своїх думок чи потреб.
6. Підвищення чутливості, яка проявляється у посиленні сприйняття звуків, запахів, світла чи дотику та постійне уникнення ситуацій та подій, які можуть це стимулювати.
7. Апатія – втрата активності, ініціативи у виконанні речей, які раніше приносили зацікавлення, байдужість та небажання брати участь у активностях, які раніше були важливими.
8. Відчуття втрати зв'язку з реальністю, яке може проявлятися відчуттям відчуженості чи змінності звичних речей чи людей довкола.
9. Нелогічне мислення, незвичні та нереальні переконання про себе, світ та оточуючих, відчуття, що хтось може заподіяти шкоду індивіду чи певним чином впливає на нього без реальних на це причин, «магічне» мислення, підозрілість.
10. Відчуття тривоги за нереальні події, які можуть статися в майбутньому, напади паніки та безпричинного страху.
11. Незвична поведінка – дивна, непередбачувана поведінка, яка не спостерігалася в індивіда раніше.
12. Думки про втрату сенсу життя та самогубство.

Вищезазначені прояви можуть бути ранніми ознаками психічного захворювання та потребують звернення до фахівців у сфері психічного здоров'я.

Психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин. Надання психіатричної допомоги в Україні здійснюється згідно правового документу «Закону України про психіатричну допомогу». Цей Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійсненні соціального захисту та навчання осіб, які страждають на психічні розлади.

Є декілька фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, які надають різні види допомоги в залежності від проблем, з якими звертається людина.

Психіатр – фахівець, який має медичну освіту та здійснює діагностику та лікування психічних розладів. Діагностика та верифікація діагнозу проводиться на основі анамнестичних даних, клінічної картини захворювання та динамічного спостереження за станом пацієнта. Психіатри застосовують психопатологічний метод обстеження, а також додаткові методи нейровізуалізації, інші інструментальні та лабораторні методи обстеження. Існує дві діагностичні класифікації з чіткими критеріями для постановки діагнозу того чи іншого розладу – Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) 10-го перегляду (на даний час застосовується в Україні) та DSM – V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

Психолог проводить психологічне консультування особи, яка має певні психологічні проблеми, а також володіє широким спектром діагностичних методик, які дозволяють дослідити та оцінити особливості функціонування різних сфер психічної діяльності, таких, як пам'ять, мислення, інтелект, емоційна та волюва сфери, особистість людини. Глибоке та детальне дослідження психічної діяльності допомагає виявити порушення та аномалії як вродженого характеру, так і набуті внаслідок хвороби. Психолог також може володіти певними видами технік та методів надання психотерапевтичної допомоги.

Психотерапевт – фахівець з медичною чи психологічною освітою, який надає психотерапевтичну або медичну допомогу людям, які мають психологічні труднощі та психічні захворювання. У своїй діяльності використовує теоретичну модель та методи визначеного конкретного напрямку психотерапії.

Надання допомоги людям з психічними захворюваннями здійснюється у різних установах. Фахівці з галузі охорони психічного здоров'я працюють у амбулаторних установах, поліклінічних відділеннях районних, обласних та міських лікарень, центрах психічного здоров'я, а також у спеціалізованих психіатричних установах (психоневрологічні диспансери, психіатричні стаціонари). Існує два основних види надання психіатричної допомоги:

Амбулаторна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах;

Стаціонарна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години поспіль.

До основних принципів надання психіатричної допомоги належать: законність; гуманність; дотримання прав людини та громадянина; добровільність; доступність та відповідність до сучасного рівня наукових знань; необхідність й достатність заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг.

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує оптимальну організацію служб охорони психічного здоров'я, яка б більш ефективно могла забезпечити доступність послуг та забезпечення потреб. Згідно з цією позицією, служби охорони психічного здоров'я розділяються на формальні та неформальні. До неформальних служб охорони психічного здоров'я можуть належати члени громади, сім'ї та родини; групи підтримки та самодопомоги; юридичні організації, які відстоюють права осіб з психічними розладами; волонтери, які проводять підтримку в громадах; релігійні та церковні діячі; центри денного перебування пацієнтів, працівники гуманітарних місій в надзвичайних ситуаціях.

До формальних служб охорони психічного здоров'я ВООЗ відносять:

- Служби реабілітації – центри психічного здоров'я в громадах або амбулаторні служби допомоги; центри денного перебування; організації по типу «клубних будинків»; групи підтримки; центри зайнятості; підтримуюче працевлаштування.

- Позалікарняні програми та мобільні бригади; мобільні служби кризового втручання, організовані службами в громадах та амбулаторіями.

- Кризові служби: проживання з цілодобовою підтримкою фахівця в сфері психічного здоров'я; служби підтримки вдома, працівники яких можуть бути присутні біля людини в час кризи; кризові центри.

- Терапевтичні та підтримуючі служби: місця проживання, створені для колишніх пацієнтів; місця проживання для кількох осіб з досвідом лікування в психіатричних закладах реабілітаційні центри.

- Служби охорони психічного здоров'я в освітньому, робочому та корекційному середовищі; гарячі лінії; програми роботи з травмою для переселенців.

Згідно з цими положення ВООЗ розробило піраміду оптимальної організації служб охорони психічного здоров'я. Піраміда створена таким чином, що в її основі лежать служби, які є найбільше затребувані та найдешевші з точки зору економічних витрат.

До першого рівня (основи) піраміди належить самодопомога, яка полягає в набутті знань та вмінь розпізнавати ознаки порушення психічного здоров'я та володінні навиками самостійно справлятися з цими проблемами.

На наступному рівні розташовані неформальні служби охорони психічного здоров'я. До третього рівня належить служби охорони психічного здоров'я на первинному рівні медичної допомоги, на якому функціонує фахівець (сімейний лікар), який володіє навиками діагностики та лікування поширених психічних розладів та має зв'язок з наступними ланками піраміди у випадку важчих випадків та ситуації. На наступному щаблі розташовані служби охорони психічного здоров'я в громадах. Які поділяються на дві частини – психіатричні відділення в лікарнях загального профілю та центри психічного здоров'я в громадах. На найвищому рівні піраміди знаходяться спеціальні служби та служби тривалого перебування. До них можуть належати лікарні чи відділення примусового лікування (різних режимів безпеки), спеціалізовані відділення чи центри лікування та реабілітації специфічних розладів (наприклад розлади харчової поведінки, хвороба Альцгеймера та ін), спеціалізовані відділення чи центри лікування та реабілітації специфічних розладів у дітей та підлітків (Organization of services for mental health, 2003).

Підсумовуючи вищесказане, необхідно вказати, що зміцнення психічного здоров'я, попередження виникнення психологічних проблем та психічних розладів, надання якісної психіатричної, психологічної, психотерапевтичної допомоги людям, які страждають психічними захворюваннями, зменшення явищ суспільної стигматизації та дискримінації щодо цих осіб, а також поширення знань про психічне здоров'я є ключовими завданнями галузей загальної та медичної психології та психіатрії. Реалізація цих завдань здійснюється за допомогою широкого комплексу психопрофілактичних та лікувальних заходів.

Рекомендована література

1. Закон України від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу» (2000). *Відомості Верховної Ради України*, 9, 143.
2. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. (2018). *Newronews*, (2), 6-10.
3. Платон, П. (1999). *Діалоги* (р. 395). Київ : Основи.
4. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80>
5. Устінов, О. (2013). Психічне здоров'я як складова національної безпеки. *Український медичний часопис*, (1), 16-18.
6. Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health?. *International Journal Of Social Psychiatry*, 59 (1), 3-4.
7. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
8. Transforming our world: the 2030. Agenda for Sustainable Development. General Assembly 70 session. (2015). URL : https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
9. Warning Signs of Mental Illness. (2018). Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/warning-signs-of-mental-illness>
10. WHO | Mental health: a state of well-being. Who.int. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Published 2014. Accessed April 10, 2019.
11. World Health Organization. (2003). *Organization of services for mental health* [Geneva].

СТАН ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ І ХВОРОБА

Розлади мови

Мова являє собою історично сформовану практику використання звуків, жестів або знаків для передачі умовних символів, що мають загальноприйняті смисли й значення (тобто слова). Вона виступає одночасно і засобом спілкування, і знаряддям мислення, і одним із способів вольової регуляції і контролю поведінки та діяльності.

Розвиток мови ґрунтується на вродженій здатності і набутій в процесі соціалізації можливості сприймати, вчити, зберігати, переробляти і відтворювати основні звуки та знаки мови, а також правила їх граматичної побудови.

У ряді випадків порушення мовного розвитку пов'язані з труднощами в пошуку адекватних слів для ясного вираження своїх думок.

Хоча мова і пов'язана з мисленням, відставання в розвитку мови не слід змішувати з відставанням інтелектуального розвитку. Однак проблеми з промовою стають базою для подальшого виникнення розладів комунікативних навичок.

Базовим показником розвитку мови є фонологічна обізнаність:

- можливість розрізняти основні звуки мови;
- можливість розпізнавати зв'язки між звуками і буквами (знаками);
- знання того, що звуки складають різні склади;
- визначення ритму і алітерації мови.

Фонологічна обізнаність пов'язана з розвитком експресивної мови і виступає необхідною умовою формування навичок читання. Тому дефіцит фонологічної обізнаності є головною причиною розладів комунікації та порушень розвитку навичок.

Про причини розвитку мовних розладів до сьогодення мало що відомо. Відомо тільки те, що причиною дефіциту фонологічної обізнаності може бути дисфункція задньої частини лівої півкулі, контролюючої здатність обробляти фонему, або лівої скроневої частки, яка контролює артикуляцію. Є дані про те, що причиною ослаблення функції мови можуть бути тимчасові слухові проблеми, що виникають при хронічних запаленнях органів слуху у віці до трьох років.

Виділяють чотири види розладів мови:

- специфічний розлад мовної артикуляції;
- розлад експресивної мови;
- розлад рецептивної мови;
- заїкання.

Експресивний розлад мови це таке специфічне порушення розвитку, при якому здатність людини використовувати виразну розмовну мову помітно нижче рівня, його віку. Він добре розуміє звернену до нього мову,

розладів мовної артикуляції у нього може не бути, але виразити свій стан і думки словами не може.

Подібні порушення у дорослих завжди пов'язані з вродженим дефектом ЦНС, системним захворюванням, що вражає головний мозок, ендокринною патологією, соматичними захворюваннями або настають у зв'язку з іншими психічними розладами.

Рецептивний розлад мовлення характеризується порушенням розуміння звернених до пацієнта висловлювань. Вони володіють нормальним слухом, але не можуть зрозуміти значення окремих звуків, слів і речень. Розвиток рецептивної мови завжди випереджає розвиток експресивної мови, тому розлад рецептивної мови завжди супроводжується розладом експресивної промови теж.

У дітей з розладом рецептивної мови зустрічається гіперактивність, соціальна непристосованість, соціальна ізоляція від однолітків, підвищена тривожність, чутливість, надмірна сором'язливість. Основною відмінністю таких дітей від дітей з аутистичним розладом є їх нормальна взаємодія і поведіння з батьками, педагогами та іншими дітьми, нормальні ігри та використання жестів.

У дорослих же подібні розлади завжди пов'язані з серйозним психічним розладом і органічними ураженнями головного мозку.

Заїкання являє собою розлад довільної координації рухів мови, губ при артикуляції незнайомих або важко поєднаних звуків в словах, обумовлений порушеннями нейрофізіологічних процесів. Найбільш типовим проявом заїкання є повторення і затягування деяких складів, що неминуче ускладнює комунікацію. Цей розлад генетично зумовлений та може загострюватися під впливом психоемоційного стресу, який насправді не є справжньою причиною розладу.

Порушення пам'яті

Пам'ять – це процеси організації та збереження минулого досвіду, що роблять можливим його повторне використання його в діяльності або поверненню в сферу свідомості.

Функції пам'яті це цілеспрямоване запам'ятовування, збереження і довільне відтворення інформації.

Запам'ятовування пов'язане з нейрофізіологічним процесом консолідації-закріплення коду інформації про будь – яку подію або факт. З точки зору сучасної фізіології пам'яті, кодування інформації протікає наступним чином: сприйняття – звірення з зразком в довготривалій пам'яті – впізнавання/невпізнавання – формування часових кодів у короткочасній пам'яті під регулюючим впливом виборчої уваги – консолідація нового коду в довготривалій пам'яті.

Збереження інформації – відомо, що зберігання інформації не передбачає збереження її повноти і незмінності: інформація зазнає змін у процесі зберігання, що пов'язане з впливом мислення. Як наслідок в процесі збереження інформація завжди трансформується або деформується.

Довільне відтворення інформації пов'язане з виділенням необхідних відомостей з усього матеріалу що зберігається в пам'яті під впливом мотивуючого фактора (потреби), коли людина активно вибирає з усього масиву даних тільки потрібні компоненти, побічні образи і факти. При відтворенні інформація також може деформуватися в результаті поєднання з новими враженнями.

При розгляді клінічних порушень пам'яті необхідно дотримуватися поділу пам'яті як психічної функції, на два типи: декларативну та процедурну.

Під *декларативною* (експліцитною) пам'яттю розуміється довільна пам'ять на події та об'єкти.

Під *процедурною* (імпліцитною) пам'яттю розуміється пам'ять на дії, навички, звички, умовні способи поведінки. Така пам'ять може протікати без участі свідомості і волі.

Для розуміння клінічних порушень пам'яті, слід визнати поділ пам'яті за характером інформації, що запам'ятовується на семантичну і епізодичну (автобіографічну).

Семантична пам'ять – це пам'ять, в якій закодовані і збережені тільки основні значення інформації, особливі характерні ознаки події або об'єкта, що дозволяють відрізнити його від інших феноменів або включити його у загальний клас по типу «частина – ціле».

Епізодична пам'ять являє собою форму пам'яті, у якій інформація зберігається з усіма супутніми й випадковими «мітками» про те, де, коли і як була отримана ця інформація.

У нормі запам'ятовуванню піддається семантична інформація, тоді як епізодична в міру тимчасового дистанціювання від події втрачається.

Виділяються поняття безпосередньої і опосередкованої пам'яті.

Безпосередня пам'ять – це здатність відтворити подію відразу після того, як вона сталася. Найбільш поширеними порушеннями безпосередньої пам'яті є корсаковський синдром і прогресуюча амнезія.

Корсаковський синдром – це розлад пам'яті на поточні події, а події давно минулих днів і років пам'ятаються значно краще, яскравіше і у всіх подробицях.

При *прогресуючій амнезії* відзначаються порушення пам'яті як на минулі події, так і на поточні, крім того, у хворого може в результаті прогресування цих процесів розвинути постійна або тимчасова

дезорієнтація у часі і просторі, а також зазначається накладення подій минулого і сьогодення один на одного в будь-якій послідовності.

Опосередкована пам'ять – це процес запам'ятовування з участю проміжної ланки, функція якої зміцнення процесів запам'ятовування й відтворення.

Порушення пам'яті – це найрізноманітніші порушення психічної діяльності які можуть маскуватися під уявними розладами мнестичної функції: порушення мотиваційної, вольової, емоційної сфер й уваги.

Оскільки пам'ять тісно пов'язана з мовленням, мисленням, сприйняттям, емоціями і довільними діями, то її порушення бувають настільки характерними, що можуть служити найважливішим діагностичним критерієм у розпізнанні деяких гострих і хронічних психічних захворювань.

Виділяють наступні клінічні типи порушень пам'яті:

Дисмнезіями називають формальні розлади динамічних процесів пам'яті.

Парамнезіями називають патологічну продукцію мнестичних процесів. Не завжди розлади пам'яті (особливо формальні) є ознакою психічного захворювання. Вони можуть зустрічатися і у психічно здорових людей при особливих умовах (в стані перевтоми, афекту, астенії, викликаной соматичною хворобою, і т. п.). Але дуже часто порушення пам'яті входять в структуру психічного дефекту при різних психічних захворюваннях і аномаліях.

Гіпермнезії – мимовільне пожвавлення пам'яті, яке проявляється в підвищенні здатності відтворення давніх, незначних, малоактуальних подій минулого. При цьому слабшає запам'ятовування поточної інформації і підвищується здатність відтворювати давно забуті події минулого, незначні і малоактуальні для хворого в сьогоденні. При цьому особливо сильно страждають довільне запам'ятовування і відтворення. При гіпермнезії відзначається посилення механічної пам'яті при значному погіршенні показників логіко-сислової пам'яті. Дане порушення пам'яті може зустрічатися при особливих станах свідомості, в гіпнотичному сні, при прийомі алкоголю і деяких наркотиків, а також при різних психічних захворюваннях (в окремих випадках шизофренії, психопатії, при маніакальних і гіпоманіакальних станах, тощо).

Гіпомнезія – часткове випадання з пам'яті інформації. Порушується здатність запам'ятовувати, утримувати та відтворювати окремі події або їх деталі, коли пацієнт може згадати лише найважливіше, яскраве або часто повторюване). Слабо відтворюються дати, імена, терміни, цифри.

Гіпомнезії є найбільш розповсюдженими клінічними розладами пам'яті. Гіпомнезія може бути тимчасовою, епізодичною, але може мати

стійку, незворотню течію. Такі порушення пам'яті можуть стосуватися однієї або декількох модальностей (зорової, слухової і т. п.).

Гіпомнезія входить в структуру багатьох психопатологічних синдромів (невротичного, психоорганічного та ін., а також є симптомом вродженого або набутого недоумства).

Амнезія – повне випадання з пам'яті подій, що мали місце в певний період. Амнезії є основним об'єктом клінічної психології. Розрізняють амнезії *по відношенню до подій*, що відбуваються в різний час від початку розладу, по порушеній функції пам'яті і по динаміці проявів розладів пам'яті.

По відношенню до подій, що відбуваються в різний час від початку розладу, виділяють наступні типи амнезій:

1) *ретроградна* – випадіння з пам'яті подій до початку (гострого періоду хвороби (розлади); ретроградна амнезія може виникнути, наприклад, після черепно-мозкової травми;

2) *конградна* – випадання спогадів про події в гострий період хвороби;

3) *антероградна* – втрата спогадів про події, що відбуваються після гострого періоду хвороби; антероградну амнезію можна спостерігати після пошкоджень в гіпокампі або хронічних отруєнь, а також при деменціях.

4) *антероретроградна* – випадання подій, що відбувалися до, під час та після гострого періоду хвороби; швидше за все, виникає в результаті тимчасового порушення кровообігу в гіпокампі.

За порушенням функції пам'яті розрізняють наступні типи амнезій:

1) *фіксаційна* – на поточні та нещодавні події;

2) *анекфорія* – нездатність відтворення інформації без підказки;

3) *прогресуюча* – спочатку наступають труднощі в спогаді, потім настає забудькуватість на поточні і недавні події, потім забуваються все більш віддалені події. Спочатку страждає пам'ять часу здійснення віддалених подій, а потім страждає пам'ять змісту подій. Спочатку – менш організоване знання (наукове, мови). Потім – події що вже багаторазово траплялися. Потім забуваються факти зі збереженням афективної пам'яті. Потім йде розпад праксичної пам'яті – пам'яті навичок, і настає апраксія.

По динаміці проявів розладів пам'яті виділяють наступні амнезії:

1) *ретардированна* – забування настає через деякий час після ЕПІ; якийсь час добре пам'ятає, але через короткий час – вже не може відтворити (наприклад, розповідь);

2) *стаціонарна* – стійке порушення пам'яті без видимих змін (поліпшень або погіршень) у часі;

3) *лабільна (переривчаста)* – порушення коливаються протягом часу – то виникають, то зникають;

4) *регресуюча* – амнезія з частковим відновленням пам'яті.

Найбільш типовими психопатологічними розладами змістовної сторони пам'яті (патологічною продукцією пам'яті) є *парамнезії* – обмани пам'яті.

Розрізняють кілька видів *парамнезій*.

Псевдоремінісценції – помилкові спогади, ілюзії пам'яті. Дійсні події згадуються в іншому часовому інтервалі (частіше перенесення з минулого в сьогодні – заміщуються провали в пам'яті, що виникли внаслідок фіксаційної або прогресуючої амнезії). Один з варіантів – життя в минулому, коли минулі події життя починають сприйматися як справжні, хворі починають помилково впізнавати незнайомих людей. Іноді такий варіант супроводжується симптомом невідчуження себе в дзеркалі.

Криптомнезії – спотворення пам'яті, при яких відбувається відчуження або присвоєння спогадів. Наприклад, побачене в кіно, прочитане в книзі сприймається як пережите. Або навпаки – особисті події сприймаються як чужі.

Ехомнезії – обмани пам'яті, при яких нова подія сприймається як подібне з тим, яке вже мало місце. Інша назва цього виду парамнезій – феномен – *вже баченого* (фр. – *deja vu*), *вже чутого* (фр. – *deja entendu*) або *вже обдуманого* (фр. – *deja pense*). При такому розладі поточне сприйняття події одночасно проектується в сьогодні і в минуле.

Феномен «*вже баченого*» характеризується переконаністю людини в тому, що він вже колись переживав подібну подію, але не може вказати, де і коли воно відбувалося. При *дежа вю* подія сприймається як повністю ідентична події з минулого. Крім феномена *дежа вю* до ехомнезій також відносять *парамнезії Піка* – це такий різновид спогадів «*вже пережитого*», коли людина тільки відзначає деяку схожість ситуації, але розуміє, що воно не ідентичне до минулої події.

Конфабуляції – вигадки пам'яті (хибні спогади з переконаністю в їх істинності).

Заміщаючі конфабуляції – заповнюють провали в пам'яті, мають буденний зміст (професійно-побутове), нестійке в часі, лабільний за фабулою, по мірі розмови фабула обростає новими деталями «спогадами».

Фантастичні конфабуляції – помилкові спогади про неймовірні події в минулому, стабільні за змістом, мають ознаки марення величі, з еротичним компонентом.

Паралітичні конфабуляції – помилкові спогади безглузлого змісту (тричі маршал).

Хоча *парамнезії*, як правило, зустрічаються при важких порушеннях діяльності мозку (при психозах, порушенні свідомості, іноді при порушеннях пам'яті (криптомнезії)), можуть зустрічатися і у психічно здорових людей при перевтомі, та в стані соматично обумовленої астенії.

Серед законів формування мнестичних розладів найбільш відомим в психопатології вважається закон Рібо, відповідно до якого порушення (втрата) пам'яті відбуваються у певному хронологічному порядку – спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні і недавні враження, потім – на старі. Відновлення пам'яті відбувається в зворотному порядку.

Порушення мислення

Мислення – це психічний процес опосередкованого і узагальненого відображення істотних сторін реальності, пізнання внутрішніх взаємозв'язків предметів і явищ. Мислення є частиною інтелекту.

Інтелект – це загальний термін, що охоплює всі психічні процеси, що забезпечують пізнавальну активність (мислення, увагу, пам'ять, сприйняття).

Як частина інтелекту, мислення є процес безпосереднього оперування образами, ідеями, символами, уявленнями, поняттями. Якщо *інтелект* – це розум, здатність пізнавати реальність, то *мислення* – це обдумування, один із способів пізнання реальності, який полягає в створенні суб'єктивної моделі реальності.

Відповідно, ***мислення*** – це узагальнене і опосередковане пізнання світу. У людини, на відміну від тварин, головним, основним інструментом створення суб'єктивних моделей є мова (система умовних символів). Тому змістовну сторону мислення у людини висловлює мова. Як відображення мислення вона має логічність, доказовість, граматичний лад, темп, цілеспрямованість, гнучкість і рухливість, економічність, широту, глибину, критичність, самостійність, допитливість, винахідливість, дотепність, оригінальність, продуктивність:

- *логічність* – вміння виражати внутрішні закономірності між явищами і предметами;
- *доказовість* – обґрунтування закономірності;
- *лад мови* – відповідність законам побудови висловлювань;
- *темп мови* – швидкість протікання розумових процесів;
- *цілеспрямованість* – збереження протягом певного часу підпорядкованості пізнавального процесу певного завдання;
- *гнучкість* – вміння швидко змінювати прийняті рішення в залежності від зміни ситуації;
- *економічність* – вміння ефективно виконувати розумові операції з найменшим числом дій;
- *широта* – здатність залучати різноманітну інформацію для вирішення пізнавальних завдань;
- *глибина* – здатність проникати в суть явищ;
- *критичність* – вміння адекватно оцінювати результати;

Під час процесу мислення людина сприймає інформацію, переробляє її, робить висновки і об'єднує їх в припущення щодо ситуації, в якій він знаходиться. Для створення адекватних ситуації висновків і припущень, нормальний (загальноприйнятий) процес мислення має відповідати кільком умовам:

1) способи сприйняття і переробки інформації повинні бути адекватними об'єктивній ситуації;

2) висновки повинні робитися відповідно до законів формальної логіки;

3) зміст мислення має оцінюватися людиною відповідно до загальноприйнятих емпіричних підстав;

4) процес мислення повинен бути організований за принципом системної регуляції;

5) мислення має бути складно структурованим і відображати в розгорнутій системі понять загальноприйняту структуру світу.

Порушення способу сприйняття і переробки інформації (основні когнітивні розлади) впливають на якість мислення. Наприклад, при затримці розумового розвитку деякі види інформації не можуть бути адекватно сприйняті і враховані у висновках та припущеннях, що не дозволяє мисленню виконувати свою основну функцію узагальненого відображення істотних сторін реальності.

Порушення форми мислення виникають найчастіше при психозах. При цьому людина перестає дотримуватися базових логічних законів упорядкування інформації, що призводить його до нереалістичних умовиводів. До *формальних порушень* відносять незв'язність думок, їх розірваність (зв'язок між думками зберігається протягом нетривалого часу, а потім під дією випадкових факторів мислення починає протікати в іншому напрямку і на інших підставах), асоціативність розумових процесів (відсутність внутрішньої структури, орієнтація думки тільки на зовнішні ознаки ситуації, зовнішня схожість).

Змістовні розлади полягають в тому, що одна інформація набуває велику цінність у порівнянні з іншою, при цьому в якості критерію істинності твердження береться довільний суб'єктивний конструкт. Тут порушується не сам процес обробки інформації, а пояснення подій.

Когнітивна структурованість включає в себе три ознаки:

1. *Диференційованість* являє собою сукупність характеристик, якими людина наділяє навколишню реальність: чим більше характеристик, тим більш різноманітним і насиченим сприймається навколишній світ.

2. *Дискримінативність* характеризує здатність людини розрізняти в різноманітті конкретних предметів і явищ змістовні аспекти, що відносяться до одного і того ж параметру реальності.

3. *Інтегрованість* являє собою переплетення різних характеристик і змістовних аспектів одного предмета або явища, сприйняття їх цілісності, а не розірваності, на основі загальної головної ознаки, що становить ядро поняття про що-небудь.

Порушення операційної сторони мислення: це порушення процесів узагальнення і опосередкування.

а) зниження рівня узагальнень

б) спотворення процесу узагальнення.

Зниження рівня узагальнення полягає в тому, що в думках хворих домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами.

Спотворення процесу узагальнення: узагальнюються випадкові сторони явищ, істотні ж відносини мало беруться до уваги.

Хворі можуть керуватися надмірно загальними ознаками, що виходять за межі змістовної сторони явищ, або чисто зовнішніми, несуттєвими ознаками.

Основна ознака спотворення – беззмістовні або вихолощені узагальнення. Хворі мають спотворені уявлення про реальність, мало цікавляться реальною обстановкою, намагаються до незначних явищ підходити з «теоретичних позицій». Мова носить химерний характер.

Порушення динаміки мислення: порушення темпу (прискорення і уповільнення мислення).

Прискорення – збільшення кількості асоціацій в одиницю часу. Думки поверхневі, малодоказові, виникають стрибки ідей (безперервна зміна тематики мови в залежності від предметів які випадково потрапили в поле зору).

Уповільнення – зменшення числа асоціацій в одиницю часу.

Лабільність – цей феномен полягає у швидкій зміні темпу: спочатку різке прискорення, що переміняється різким уповільненням.

Порушення рухливості мислення (тугорухливість, торпідність, ригідність та інертність мислення).

Деталізація – постійне залучення в розумовий процес другорядних несуттєвих подробиць (порушення економічності мислення).

Докладність – виражена деталізація, поєднується з систематичним застряванням на побічних асоціаціях при подальшому поверненні до основної думки (лабіринтове мислення).

В'язкість – крайня ступінь ґрунтовності, при якій деталізація так спотворює основну думку, що робить її незрозумілою. Втрачається здатність утримувати центральну лінію розмови, важко повернутися до теми бесіди.

Порушення особистісного компонента (порушення цілеспрямованості мислення: цей вид порушень пов'язаний з серйозними змінами в мотиваційній сфері особистості. Вплив змін мотиваційної сфери вже можна спостерігати в спотворенні процесу узагальнення. Суттю мислення є оперування істотними аспектами реальності. Однак істотним у людини виявляється те, що набуло сенсу в процесі життєдіяльності. Порушення цілеспрямованості розумових процесів пов'язане з наданням більшої значущості індивідуальному змісту на шкоду суспільному.

Види таких порушень мислення: витіюватість, зісковзування, резонерство, різноплановість, аморфність, розірваність.

Витіюватість – занадто розлогі міркування, зайві для розуміння викладеної думки.

Зісковзування (непослідовність мислення) – зовні невмотивовані, несподівані епізодичні переходи від одного змісту до іншого по випадковій асоціації або несуттєвою для кінцевої мети міркування ознакою. Після зісковзування хворий здатний продовжити послідовність основного міркування. Тут немає прискорення темпу мислення, думка між зісковзування зберігається.

Резонерство – розлогі міркування з несуттєвого приводу. Основу резонерства складають банальні моралі, моралізовані істини, відомі вислови. Мова зберігає правильність, але багатослівна, рясніє причетними і дієприслівниковими оборотами, вступними словами. Тут відбувається відрив від контексту і ситуації спілкування, коли різні значення слова зіставляються самі з собою, а вибору адекватного значення не відбувається.

Різноплановість – постійна необґрунтована зміна підстав для побудови асоціацій. В результаті думка позбавляється основного стрижня, іноді об'єднуються непоєднані поняття.

Аморфність – нечітке використання понять (незрозуміло, про що говорить хворий).

Розірваність – відсутність зв'язків між окремими висновками.

Виділяють логічну і граматичну розірваність:

а) *логічна* – немає логічного зв'язку між окремими компонентами думки;

б) *граматична* – набір окремих, незв'язаних слів (шизофазія, словесна окрошка).

Порушення особистісного компонента мислення: з ним пов'язаний такий клас порушень, як порушення змісту мислення. Сюди відноситься формування нав'язливих, надцінних і маячних ідей.

Нав'язливі ідеї (обсесивні думки) – це мимоволі виникаючі думки, зміст яких не несе адекватної інформації або вступає в значне протиріччя з системою особистих цінностей. Неадекватність змісту в цьому випадку

розуміється і критично оцінюється людиною, але такі думки виникають мимоволі, від них неможливо звільнитися, і людина відчуває емоційний дискомфорт від їх наявності.

Обсесивні думки являють собою ідеї, образи або спонукання до дії, які в стереотипній формі знову і знову приходять на розум хворому, і боротьба з ними абсолютно безуспішна. При цьому вони сприймаються не як чужі, нав'язані, а як власні думки.

Серед нав'язливих думок виділяють нав'язливі сумніви, нав'язливі абстракції (маніпулювання цифрами або «розумова жуйка» – виснажливе мудрування на абстрактні теми), контрастні думки (зміст яких суперечить світогляду або морально-етичним принципам особистості) і нав'язливі спогади.

Слідом за виникненням нав'язливих думок незабаром виникають нав'язливі (компульсивні дії, які мають характер ритуальної захисту і знімають душевний дискомфорт, що виникає при виникненні думок).

Здійснення цих дій (ритуалів) не приносить людині задоволення, і він сам розуміє безглуздість їх вчинення, але не може їх не чинити (оскільки вони пов'язані з обсесивними думками).

Надцінні ідеї – логічно обґрунтовані переконання, тісно пов'язані зі світоглядом особистості, що базуються на реальних ситуаціях і володіють великим емоційним зарядом. Вони набувають неадекватне за ступенем значущості домінуюче положення в житті людини, підпорядковують собі всю його діяльність, що призводить до дезадаптації. Зміст надцинних ідей відображає світогляд особистості, критика відсутня, або носить формальний характер. Надцінні ідеї спонукають людину діяти відповідно до їх змісту.

Маячні ідеї (маревні розлади мислення) – нав'язливі, послідовно і енергійно відстоюванні помилкові умовиводи, що не відповідають реальності (в їх основі лежать реальні події і факти), які наполегливо підтримуються особистістю, незважаючи на аргументи і докази зворотного.

Порушення уваги

Увага – зосередженість діяльності суб'єкта в даний момент часу на якомусь реальному або ідеальному об'єкті (предметі, події, образі, міркуванні тощо).

Увага характеризується вибірковістю, об'ємом, стійкістю, переключенням.

Вибірковість (концентрація) пов'язана з можливістю успішного налаштування на сприйнятті певної інформації.

Обсяг уваги – кількість об'єктів, що одночасно сприймаються.

Переключення – можливість виконання дій у часі, при зміні цілей або одночасному врахуванні декількох факторів при виконанні роботи.

Порушення уваги спостерігаються при різних психічних і соматичних захворюваннях. Можливі також порушення уваги і при афективно – емоційних реакціях і станах у здорових людей.

Зниження активної уваги (концентрації, переключенні, стійкості) відзначається при неврозах.

У хворих з органічними захворюваннями головного мозку відзначаються персеверації, труднощі в перемиканні, підвищена відволікаємість, виснаженість уваги.

У хворих на шизофренію активна увага погіршується в результаті зниження енергетичного потенціалу, апато – абулічного синдрому.

У соматичних хворих (наприклад, туберкульозом та ін.) відзначаються труднощі концентрації уваги, уповільнене спрацьовування, труднощі перемикання, звуження обсягу уваги.

У хворих на шизофренію внаслідок порушень особистісного компонента мислення, у хворих з органічними змінами головного мозку в результаті змін структури головного мозку, у хворих психопатією в результаті змін в емоційно-афективній сфері, у хворих епілепсією в результаті ригідності мислення і т. д.

При неврозах відзначається порушення активної уваги, його концентрації, переключенні, стійкості. При органічних ураженнях головного мозку спостерігається підвищена виснажливність уваги, сповільненість переключення, хворому важко зосередитися, він швидко відволікається. При травматичних ураженнях головного мозку і його судинних ураженнях спостерігаються приблизно однакові порушення уваги, воно швидко виснажується, характеризується нестійкістю, утрудненням концентрації уваги. Алкогольне ураження головного мозку призводить до недостатньої концентрації уваги і його нестійкості. При шизофренії насамперед страждає активна увага в результаті зменшення енергетичного потенціалу, загальної психічної активності, у хворих знижені стійкість і переключення. Для хворих на епілепсію характерне зниження стійкості уваги і складності в його перемиканні внаслідок наростаючої ригідності більшості психічних процесів.

Порушення сприйняття

Під сприйняттям в психології розуміється активний процес, в результаті якого здійснюються аналіз і синтез одержуваних відчуттів тут і зараз в результаті зіставлення їх з пережитим досвідом. Порушення сприйняття завжди тісно пов'язані з особливостями особистості.

Порушення сприйняття значно змінюються при різних психічних і неврологічних захворюваннях. При обмежених патологічних процесах в

головному мозку виділяють елементарні і сенсорні розлади і складні гностичні розлади. Елементарні і сенсорні порушення настають внаслідок патологічних уражень в області підкіркових рівнів аналізаторних систем (наприклад, порушення кольоровідчуття або відчуття висоти). Складні гностичні розлади пов'язані з патологією кіркових структур головного мозку. Їх називають агнозіями.

«Агнозія» перекладається як «невпізнання». Це розлад впізнання при збереженій свідомості і самосвідомості, відсутності порушень в периферичному і провідному відрізках аналізатора. Вони різняться в залежності від того, який аналізатор піддався хворобливому процесу, тому їх ділять на 3 основні групи: зорові, тактильні і слухові.

Зорові агнозії діляться на 3 основні групи:

- *предметну* (пацієнт не впізнає давно знайомих йому людей, речі, різні предмети, а також зображення перерахованого);

- *агнозію на кольори і шрифти* (пацієнт не здатний до розрізнення кольорів і давно відомих шрифтів);

- *оптико-просторову агнозію* (хворий перестає розуміти малюнок, не може оцінити його просторові характеристики, такі як віддаленість, величину, просторове розташування і інше).

Тактильні агнозії характеризуються порушенням процесу впізнання предметів при їх обмацуванні за умови, що тактильна чутливість збережена. Тактильні агнозії виявляються при обмацуванні предмета з закритими очима. Причинами виникнення таких агнозій є енцефаліти, пухлини головного мозку, судинні порушення головного мозку.

Слухові агнозії характеризуються порушенням здатності відрізнити звуки один від одного і розуміти мову. У цих випадках можливе виникнення слухових галюцинацій, що несуть в собі замісну функцію. Можливі більш легкі варіанти зорових агнозій, при яких пацієнти, наприклад, перестають розуміти інтонації, в результаті чого їх власна мова стає невиразною, монотонною.

При будь – яких порушеннях сприйняття значну роль мають початкові особливості особистості. У хворого неврозом агнозії проявляються у вигляді збільшення часу впізнання відомих образів і предметів, тому що ці труднощі знаходяться в прямо пропорційній залежності від рівня інтелекту пацієнта. При захворюванні на шизофренію основну роль відіграє апатоабулічний синдром, що створює труднощі впізнання. Найбільша різноманітність порушень сприйняття представляють депресії різної природи. При депресивно-параноїдальному синдромі відбувається спотворення сприйняття по афективному типу. При астено – депресивному синдромі сприйняття набуває фрагментарний характер і супроводжується порушеннями концентрації уваги і

переключення уваги, при істероїдо – депресивному синдромі характерна підвищена навіюваність, тому типовим є виникнення псевдоагнозій.

Крім перерахованих варіантів порушення сприйняття, відзначаються й інші:

- *гіперестезія* (підвищена чутливість);
- *гіпестезія* (знижена чутливість);
- *тотальна анестезія* (повна втрата чутливості, зустрічається при істерії);
- *деперсоналізація* (порушення сприйняття себе самого);
- *бідність участі* (нездатність відчувати складні почуття);
- *дереалізація* (порушення сприйняття навколишньої дійсності, так звані симптоми вже баченого і ніколи не баченого);
- *обмани сприйняття* (до них відносяться ілюзії і галюцинації).

Розлад емоцій і стрес

Емоції – це інтегральний вираз зміненого тону нервово-психічної діяльності, що відбивається на всіх сторонах психіки та організації людини.

Класифікація видів емоцій:

а) *емоційні реакції* – вони викликаються певними подіями, значущими для даного суб'єкта;

б) *емоційні стани* – їх можна назвати емоційною реакцією, розтягнутою у часі, тобто емоційне напруження знижується емоційний фон залишається;

в) *емоційні стосунки* – вони визначаються конкретними зв'язками емоцій і об'єктів, а також дій і процесів (В. Н. Мясіщев).

Практично при будь-яких психічних захворюваннях виникають емоційні порушення. Для неврозів характерно виникнення емоційно-афективних реакцій у вигляді подразнення, страху, емоційних станів у вигляді астено-невротичних реакцій. Невроз нав'язливих станів частіше призводить до стану постійної тривоги, неврастенія – до стомлюваності, слабкості, розбитості, дратівливості.

При істерії спостерігається швидка зміна емоційних станів імпульсивного характеру. Епілепсія характеризується станом дисфорії, емоційні стани тривоги, злості присутні найчастіше. Шизофренію характеризують емоційне отупіння, бідність емоційних проявів і неадекватність емоційних реакцій, емоційні відносини взагалі стають патологічно спотвореними. Маніакально-депресивний психоз взагалі у всіх своїх проявах має на увазі зміну крайніх варіантів емоційних реакцій і станів.

Зміни і порушення в емоційній сфері характерні і для соматичних захворювань. При серйозних захворюваннях серцево-судинної системи

(наприклад, інфаркт, інсульт) характерний депресивний стан; виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки характеризується станом тривоги, збудження, різкою зміною настрою.

Фрустрація цей термін походить від англійського слова, що означає дослівно "крах планів". Стан фрустрації виникає в тих випадках, коли на шляху до досягнення поставленої, значущої для індивіда мети зустрічається нездоланна перешкода, або вона, не будучи такою, так сприймається. Стан фрустрації може розглядатися як своєрідний тест на зрілість особистості, що потрапила в подібний стан. Зріла особистість підвищує рівень власної активності, зберігаючи поставлену мету, одночасно аналізує ситуацію на предмет реальності поставленої мети, чи не є вона реально недосяжною. Інфантильна особистість характеризується неконструктивною поведінкою, що виявляється в агресії, спрямованої на себе або поза себе, або відходом від вирішення цієї ситуації без аналізу поставлених цілей на предмет реальності їх досягнення.

Криза – даний емоційний стан частково схожий на стан фрустрації. Криза виникає тоді, коли особистість на шляху досягнення значущих цілей стикається з перешкодами, які є непереборним протягом деякого періоду часу, якщо використовувати звичні перевірені методи вирішення проблем. Спроби вирішення виниклої ситуації будуть невдалими до тих пір, поки не вдасться знайти найбільш прийнятну форму адаптації до ситуації. Криза, так само як і стрес, має патогенні і саногенні наслідки. *Саногенні* наслідки розвиваються в разі успішного подолання даною особистістю кризи, так як в результаті вона набуває нових навичок вирішення кризових ситуацій. Якщо кризова ситуація не вирішується протягом тривалого періоду часу, можуть розвинути патогенні наслідки у вигляді психічних порушень.

Сучасна класифікація виділяє наступні види криз:

1) *кризи розвитку*: вступ до першого колективу однолітків (дитячий садок), вступ до школи, отримання професії, вступ до шлюбу і народження дітей, старіння і т. д.;

2) *випадкові кризи*: стихійне лихо, нещасний випадок, що приводить згодом до значної зміни сформованого укладу життя, безробіття тощо;

3) *типові кризи*: поява нового члена сім'ї – новонародженого, горе у зв'язку з втратою близької людини і т. д.

Стрес у сучасному житті явище звичайне та яке часто зустрічається. Стресом називається емоційна і операціональна напруженість, що виникає в результаті негативних переживань. Незначні стреси неминучі і нешкідливі, деякі автори вважають їх корисними, як би тренувальними, так як стрес є невід'ємною частиною людського існування. До емоційних порушень і психічних захворювань призводить надмірний стрес. Розрізняють допустиму ступінь стресу і занадто великий стрес, а також

виділяється поняття посттравматичного стресу, яке визначається як надмірне психологічне і (або) фізіологічне напруження. Фізіологічні ознаки стресу різноманітні, до них відносяться: підвищення артеріального тиску, болі в області серця, болі в шлунку (аж до виникнення виразки), головні болі і багато іншого. Психологічні ознаки стресу включають в себе дратівливість, втрату апетиту або надмірний апетит, депресію, зниження статевого потягу, зниження інтересу до міжособистісних відносин та ін.

Фактори, що викликають стрес:

1. Надмірне робоче навантаження або значна недовантаженість протягом робочого часу. Під робочим навантаженням розуміється певний обсяг роботи, який необхідно виконати протягом заданого періоду часу. Якщо він є непомірно великим, реально не здійсненим, у людини виникають занепокоєння, стан фрустрації, почуття безнадійності і можливих матеріальних втрат. У разі неадекватно малих завдань у працівника виникають точно такі ж почуття. Його занепокоєння буде пов'язано з сумнівом у власній цінності і положення в даній соціальній структурі, він відчуває себе незворушним.

2. Конфлікт ролей. Він виникає в разі пред'явлення суперечливих вимог. Це може бути пов'язано з порушенням принципу єдиноначальності, коли два керівники дають працівнику суперечливі вказівки. Крім того, конфлікт ролей може бути в тому випадку, якщо пропоновані вимоги організації, в якій він працює, значно відрізняються від принципів і установок неформальної групи, до якої він належить. В цьому випадку людина буде відчувати значний дискомфорт, так як не може задовольнити вимоги або однієї, або іншої сторони.

3. Невизначеність ролей. Вона виникає в тому випадку, якщо працівнику не було точно сформульовано завдання, або він не зрозумів внаслідок нестачі власних знань.

4. Нецікава робота. Слід пам'ятати, що погляди на поняття «цікава робота» значно відрізняються у різних людей, тому кожна людина повинна ретельно і продумано підходити до вибору освіти і подальшої трудової діяльності. Численні дослідження свідчать про те, що особи, які займаються цікавою роботою, менше хворіють і рідше відчувають почуття неспокою і душевного дискомфорту.

Існує також ряд інших факторів трудового процесу, здатних привести до стресового стану. До них слід віднести умови праці, такі як температурний режим у приміщенні, освітленість робочого місця, шум, неприємні запахи та інші подібні фактори. До стресу можуть призвести неправильні взаємостосунки в трудовому колективі (наприклад, погано налагоджені потоки інформації, в результаті чого співробітники змушені

отримувати інформацію, важливу для їх службової діяльності, не у вигляді офіційних повідомлень, а у вигляді чуток і домислів).

Свідомість та її рівні

Відмітні ознаки свідомості з точки зору сучасної науки та її основних методів, походження свідомості можна зрозуміти тільки як гігантський якісний стрибок, якісне перетворення процесу відображення. Свідомість виникла завдяки якісно новому способу діяльності-праці. Виникнення і розвиток праці призвело до подальшого розвитку мозку і органів почуттів. Мозок людини за обсягом в 3 рази перевершує мозок антропоїдів. Відношення ваги мозку до ваги тіла у людини 1:35, в той час, як у антропоїдів 1:200, збільшується кількість нейронів від 3-5 млрд. у антропоїдів до 15-17 млрд. у людини. Ускладнюється будова мозку, з'являються центри мови, посилюється кортикалізація функцій.

Свідома діяльність людини не завжди і не обов'язково пов'язана з біологічними мотивами, а часто навіть суперечить їм. У людини те, на що спрямована діяльність, не збігається з тим, що її спонукає.

Друга особливість свідомості полягає в тому, що людина володіє іншими формами відображення дійсності, не тільки наочним, чуттєвим, а абстрактним, раціональним досвідом, абстрактним мисленням. Свідомість відображає істотні, стійкі, закономірні зв'язки між предметами і явищами навколишнього світу, що виходить за межі чуттєвого досвіду.

Вирішальним фактором розвитку свідомості є виникнення мови. Мова людини являє складну систему кодів, що позначають предмети, ознаки, дії або відносини, які несуть функцію кодування, передачі інформації і введення її в різні системи. Основною одиницею мови є поняття. Саме в понятті відображені й закріплені істотні і стійкі ознаки того предмета, який воно позначає. Виникнення мови створює умови і можливості для засвоєння не тільки свого індивідуального досвіду, але й досвіду інших поколінь.

Структура свідомості. У медицині розглядають свідомість, виходячи з того, що воно може посилюватися і послаблюватися, повністю зникати при непритомності. Говорять про вузькість і широту свідомості, його стійкості і нестійкості, ясність та тьмяності, мерехтіння.

Психологія розглядає свідомість як специфічний феномен духовного життя людини, що характеризується цілою низкою ознак.

По-перше, свідомість є усвідомлення навколишнього світу, це певна система знань, історично сформованих, безперервно поповнюваних, заломлених через призму особистого досвіду.

Усвідомити об'єкт – значить включити його в систему своїх знань, віднести його до певного класу предметів, позначити словом, вербалізувати. При цьому надбанням свідомості можуть бути як

достовірні, так і недостовірні знання: здогадки, домисли та ін. У свідомості представлена єдність чуттєвого і логічного відображення.

Другою важливою ознакою і функцією свідомості є ставлення людини до світу, заломлене через систему потреб.

Цілепологаюча функція свідомості – третя найважливіша характеристика – полягає в тому, що у функції свідомості входить формування цілей діяльності, побудова планів і програм діяльності. Ще не почавши діяти, людина має уявлення про результати своєї майбутньої діяльності.

Четверта функція свідомості – самовідображеність або рефлексія. Завдяки самосвідомості людина усвідомлює себе як індивідуальну реальність, окрему від природи та інших людей.

Самосвідомість – це знання свого фізичного вигляду, стану, внутрішнього духовного світу, своїх можливостей.

Співвіднесення понять свідомість і психіка показує, що психіка більш широке поняття, ніж свідомість, оскільки психічні явища можуть носити як актуальний, так і потенційний характер.

Психіка є надбанням всіх видів тварин, свідомість ж притаманна тільки людині, та й то не в усякому стані. Свідомість відсутня у новонароджених, у деяких категорій душевно хворих, у людини в стані сну. Таким чином, в психічній сфері людини крім свідомості існує величезна сфера психічно неусвідомлюваного.

У науці досі немає остаточного визначення несвідомого. Одні автори визначають несвідоме як психічні процеси, які здійснюються без контролю свідомості, мимоволі. Інші вважають несвідоме основним регулятором внутрішніх функцій і поведінки в цілому. Треті розглядають несвідоме як патологічний стан психіки.

Сучасні уявлення про феноменології несвідомого психічного дозволяють говорити про те, що свідомість і несвідоме працюють в режимі гармонійної єдності. При цьому зона максимально ясної свідомості невелика. Несвідоме можна визначити як сукупність психічних явищ, станів і дій, не представлених у свідомості людини.

У структуру несвідомого психічного входить широке коло явищ:

- Субсенсорні (тобто підпорогові) відчуття і сприйняття.
- Інтероцептивні відчуття, які не усвідомлюються у нормі, коли людина здорова і починають усвідомлюватися тільки при порушеннях стану здоров'я.

- Автоматизми і навички, які виробляються протягом життя (наприклад, автоматизм мови, ходьби, навик письма, робочі навички). Свідома діяльність може виконуватися лише тоді, коли більшість її елементів автоматизовано. Ми можемо стежити за змістом мови і письма, тільки якщо їх механізм автоматизований.

- Імпульсивні дії – дії, що здійснюються беззвітно, без контролю свідомості. Часто такі дії людина здійснює в стані афекту.

- Інформація, яка накопичується протягом усього життя і зберігається в пам'яті. З усієї суми наявних знань в кожен момент у фокусі свідомості знаходиться тільки невелика її частка. Форми несвідомої переробки інформації, зокрема, інтуїція.

- Установка як цілісний стан людини, який виражає динамічну спрямованість особистості на активність у якомусь виді діяльності, стійку орієнтацію по відношенню до певних об'єктів.

- Психічні явища, що виникають уві сні. Сон – це не стан відпочинку мозку, а його діяльнісний стан. Тобто сон, як активний стан мозку, характеризується психічною діяльністю, яка не усвідомлюється людиною.

Таким чином, сфера несвідомого психічного велика, і її не можна вважати нижчим рівнем психіки, так як це специфічно людське явище, детерміноване суспільними умовами, нерозривно пов'язане зі свідомістю.

Рекомендована література

1. Закон України від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу» (2000). *Відомості Верховної Ради України*, 9, 143.

2. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. (2018). *Newronews*, (2), 6-10.

3. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80>

4. Устінов, О. (2013). Психічне здоров'я як складова національної безпеки. *Український медичний часопис*, (1), 16-18.

5. Спіріна, І., Вітенко, І. (2008). *Медична психологія (практикум)*. Дніпропетровськ.

6. Спіріна, І., Вітенко, І., Напрєєнко, О., Пшук, Н., Кожина, Г., & Вербенко, В. et al. (2012). *Медична психологія: державний національний підручник*. Дніпропетровськ: ЧП «Ліра» ЛТД.

ПСИХОЛОГІЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ВІДМІННОСТЕЙ

Психологія індивідуальних відмінностей – розділ диференціальної психології, що вивчає індивідуальні особливості людей і їх прояви.

Засновником диференційно-психофізіологічного напрямку як самостійної наукової дисципліни є Вільям Штерн. У своїх працях В. Штерн розглянув поняття психологічного типу і індивідуальності. Його цікавила природа відмінностей серед людей, тому він вивчав їх спадковість, клімат, соціальний та культурний розвиток, освіту та інше. У 1900 р. він випустив книгу «Про психологію індивідуальних відмінностей: ідеї до диференціальної психології».

Психічна структура особистості: темперамент, характер, інтелект, здібності

Індивідуально-психологічні відмінності перш за все залежать від динамічних особливостей психіки людини, а саме рівня інтенсивності психічних процесів і станів та швидкості їх перебігу, тобто від темпераменту.

Темперамент – це вроджена та незмінна властивість людської психіки – інтенсивності, швидкості, темпу, ритму та врівноваженості психічних проявів у відповідь на інших людей та обставини.

Термін темперамент введено в обіг Клавдієм Галеном, (від латинського *temperamentum* – належне співвідношення частин). Темперамент найтіснішим чином пов'язаний з характером, і у дорослої людини їх важко розділити між собою.

У структурі темпераменту можна виділити три головні компоненти: загальну активність індивіда, моторні (рухові) прояви та його емоційність.

Властивості темпераменту характеризують динамічну сторону психічної діяльності: швидкість виникнення і стійкість психічних процесів, їх інтенсивність, врівноваженість, спрямованість психічної діяльності та інше.

Вчення про темперамент

Можна виділити три основних види теорій вчення про темперамент:

– гуморальні теорії – тобто приналежність темпераменту людини до якогось певного типу обумовлено переважаанням у її тілі якоїсь рідини – крові, слизу, жовчі, чорної жовчі (Гіпократ);

– конституціональні теорії – реагування людини на людей та обставини залежить від будови тіла (Е. Кречмер, У. Шелдон).

– фізіологічні теорії – темперамент людини залежить від типу нервової діяльності (І.П. Павлов, Б.М. Теплов та ін.).

Гіпократ, вважається засновником вчення про темперамент та його типи. Він визначив типи співвідношення в організмі чотирьох рідин

(соків): крові, жовтої та чорної жовчі і слизу . Кожна рідина має свої властивості (кров – тепло, слиз – холод, жовта жовч – сухість, чорна жовч – вологість), і тому перевага однієї з них у організмі людини – визначає стан організму та його схильність до тих чи інших захворювань.

Давньогрецький філософ Аристотель, бачив причину розходжень між людьми не в перевазі однієї або іншої рідини в організмі, а у відмінностях складу найважливішої з них – крові. Він, спостерігаючи за згортанням крові тварин помітив, що час згортання крові у різних тварин неоднаковий. На його думку, більш швидке згортання обумовлено переважанням твердих, або земляних частинок, уповільнене – переважанням водних, або рідких, частинок. Рідка кров холодна і повертає до страху, кров же, багата щільними речовинами, відрізняється теплотою і породжує гнів.

Іммануїл Кант у своїй роботі «Антропологія» (1798) пов'язував тип темпераменту з характеристиками крові: легкокровний – сангвінічний; важкокровний – меланхолійний; теплокровний – холеричний, холоднокровний – флегматичний. По Канту, сангвінік – веселий і безтурботний, меланхолік – похмурий і тривожний, холерик – запальний і активний, але не на довгий час, флегматик – холоднокровний і ледачий.

Багато лікарів та філософів минулого займались питаннями індивідуальних особливостей, намагаючись у тому числі пов'язати особливості психологічних реакції та їх силу з статурою та тілобудовою.

Е. Кречмер визначав темперамент через основні конституціональні типи статури:

1. **Лептосоматик** (від грецького *Leptos* – «тендітний», *soma* – «тіло»). Характеризується циліндричною формою тулуба, тендітною статурою, високим зростом; грудна клітка плоска, обличчя видовжене, яйцеподібної форми. Довгий тонкий ніс і нерозвинена нижня щелепа утворюють так званий кутовий профіль. Плечі у лептосоматиків вузькі, нижні кінцівки довгі, кістки і м'язи тонкі. Індивідів з крайньою виразністю цих особливостей Е. Кречмер називав астениками (грец. *Astenos* – «слабкий»).

2. **Пикник** (від грецького *pyknos* – «гладкий») – йому притаманні надмірна гладкість, низький або середній зріст, великій живіт, кругла голова, що міститься на короткій шії. Відносно великі розміри тулуба та голови поряд з вузькими плечима надають тілу бочкоподібну форму. Такі особи схильні до сутулості.

3. **Атлетик** (від грецького *athlon* – «боротьба, сутичка»). Має хорошу мускулатуру, міцну статуру, високий або середній ріст, широкий плечовий пояс і вузькі стегна, через що зовнішній вигляд тіла утворює трапецію. Жировий прошарок не виражений. Обличчя у формі витягнутого овалу з добре розвинутою нижньою щелепою .

4. **Диспластик** (від грецького *Dys* – «погано», *plastos* – «сформований»). Тілобудова диспластика неправильна, безформна. Індивіди цього типу характеризуються різними деформаціями статури.

Виділені типи не залежать від росту людини і його худорлявості. Перш за все йдеться про пропорції, а не про абсолютні розміри тіла. Можуть бути товсті лептосоматики, кволі атлетики та худі пікніки.

Більшість хворих на шизофренію, на думку Е. Кречмера, складають лептосоматики, хоча зустрічаються і атлетики. Пікніки ж утворюють найбільшу групу серед хворих циклофренією (біполярний афективний розлад). Атлетики, які менше за інших схильні до психічних захворювань, виявляють деяку схильність до епілепсії. Е. Кречмер припустив, що і у здорових людей також спостерігається подібна залежність між статурою і психікою. За твердженням автора, вони носять в собі зародок психічних захворювань, в певній мірі будучи схильними до таких. У людей з тим чи іншим типом статури виникають психічні властивості, подібні до тих, які характерні для відповідних психічних захворювань, хоча і в менш вираженій формі.

У. Шелдон вважав, що існують основні типи статури, які він описав, користуючись спеціально розробленою фотографічною технікою і складними антропометричними вимірами. Оцінюючи кожне з 17 виділених їм вимірювань за 7 бальною шкалою, автор прийшов до поняття соматотипу (типу статури), який можна описати за допомогою трьох основних параметрів:

1. **Ендоморфний** – назва пов'язана з тим, що з ендодерми утворюються переважно внутрішні органи, а у людей такого типу якраз спостерігається їх надмірний розвиток. Статура відносно слабка, з надлишком жирової тканини.

2. **Мезоморфний** – у представників даного типу добре розвинена м'язова система, яка утворюється з мезодерми. Струнке та міцне тіло, протилежне мішкуватому і в'ялому тілу ендоморфа. Мезоморфний тип має велику психічну стійкість і силу.

3. **Ектоморфний** – з ектодерми розвивається шкіра і нервова тканина. Організм крихкий і тонкий, грудна клітка сплюснена. Слабкий розвиток внутрішніх органів і статури. Кінцівки довгі, тонкі, зі слабкою мускулатурою. Нервова система і почуття погано захищені.

Фізіологічною основою індивідуально-психологічних розходжень, а саме особливостей темпераменту, є властивості нервової системи. Таку думку започаткував І.П. Павлов, який в публікації за 1927 рік став визначати під терміном темперамент тип вищої нервової діяльності. В основу такого тлумачення він поклав наявність у тварин і людини певної виразності властивостей нервової системи. Він робив наголос на співвідношенні збудження і гальмування, а потім – на силу нервової

системи. Під силою нервових процесів розуміється працездатність нервових клітин, їхня витривалість, здатність переносити сильне збудження і гальмування, а слабкість при цьому має низьку працездатність, рухливість та розглядається, як здатність нервової системи переключатися у своїй діяльності зі збуджувального процесу на гальмівний і навпаки. Урівноваженість характерна співвідношенням збудження і гальмування нервових процесів.

В остаточному варіанті його класифікація мала наступний вигляд:

- **Сангвінічний тип** (врівноважений) – сильна, врівноважена, рухлива нервова система.

- **Холеричний тип** (нестримний) – сильна, нерівноважена, нервова система.

- **Флегматический тип** (інертний) – сильна, врівноважена, інертна нервова система.

- **Меланхолійний тип** (слабкий, гальмівний) – слабка нервова система.

І.П. Павлов окрім загальних типів, розрізняв спеціальні типи, які відображають співвідношення між образною і мовно-розумовою сигнальними системами:

- **Художній тип** – характеризується вираженою схильністю до образно-емоційного мислення. Такі особи надзвичайно гостро, яскраво, безпосередньо сприймають дійсність, мають розвинену уяву та здатність відтворювати дійсність у різноманітних образах: як художніх, так і літературних.

- **Розумовий тип** – відрізняється схильністю до логічного мислення, аналізу та систематизації оточуючого та отриманої ним інформації, реагують не скільки на явища, скільки на їх узагальнення.

- **Змішаний тип** – має ознаки обох типів – художнього і розумового.

Але учення про спеціальні типи вищої нервової діяльності обґрунтування і подальшого розвитку в дослідженнях І. Павлова та його учнів не набуло.

Властивості темпераменту

Темперамент має певні властивості, які впливають на поведінку особи. Розрізняють такі основні властивості темпераменту:

- **Сенситивність** (від латинського *sensus* – відчуття) – ступінь чутливості до явищ, що мають відношення до особи. Рівень сенситивності – це співвідношення інтенсивності зовнішніх впливів та інтенсивності емоційних реакцій особи на такий вплив. Висока сенситивність притаманна меланхолікам.

- **Реактивність** (від латинського *re* – проти і *activus* – діючий) – особливість темпу, сили та форми психічних реакцій у відповідь на якісь

подразники. Реактивність темпераменту виявляється при психічних травмах. Найбільша реактивність притаманна холерикам.

- **Пластичність** (від грецького *plasticos* – скульптурний) – здатність особи пристосовуватися до обставин, що постійно змінюються. Тобто швидкість адаптації та пристосування у змінюючихся умовах. Найбільш пластичними з усіх видів темпераменту є сангвініки.

- **Ригідність** (від латинського *rigidus* – застиглий) – властивість, що протилежна пластичності – нездатність перебудовуватися у постійно змінюючихся умовах. Притаманна для холериків, флегматиків та меланхоліків.

- **Резистентність** (від латинського *resistentia* – опір, протидія) – здатність чинити опір негативним або несприятливим обставинам.

Інтроверсія та екстраверсія

Швейцарський психолог К. Юнг ввів поняття «інтроверсія» та «екстраверсія» базуючись на уявленні про те, що в житті людини є дві групи явищ – явища зовнішнього життя і внутрішнього.

- **Інтровертованість** (від латинського *intro* – всередину та *versio* – повертати) – це спрямованість реакцій та діяльності особистості в середину, на себе, на світ своїх внутрішніх уявлень та інтересів. Людина-інтроверт менш контактна, їй притаманні нетовариськість, замкненість, друзів у неї небагато, але вона вірна їм надовго. Інтроверти уникають галасливих компаній, повільні, поважні, планують свої дії та вчинки, досить добре контролюють емоції. Інтровертам притаманна соціальна пасивність (за досить великої наполегливості), схильність до самоаналізу і складності щодо соціальної адаптації. Інтроверти краще справляються з монотонною роботою, вони обережні, охайні, скрупульозні, педантичні.

- **Екстравертованість** (від латинської. *extra* – зовні та *versio* – повертати) – це спрямованість реакцій та діяльності особистості на зовні. Таким особам притаманне прагнення до нових вражень, вони потребують товариства, невимушені в поведінці, імпульсивні, безтурботні, балакучі. Їхні почуття, емоції не завжди піддаються контролю. Вважається, що екстравертам властиві товариськість, імпульсивність, гнучкість поведінки, значна ініціативність (але незначна наполегливість) та висока соціальна адаптованість. Екстраверти, зазвичай, наділені зовнішньою чарівністю, прямолінійні в судженнях, орієнтуються переважно на зовнішню оцінку. Добре виконують роботу, яка вимагає негайних рішень.

Існує також поняття **амбаверсії**, їм притаманні риси як екстраверсії так і інтроверсії.

Поняття про характер, його зв'язок із темпераментом. Фізіологічні основи характеру. Структура характеру. Класифікація рис характеру

Характер – (від грецького риса, ознака, відбиток) це сукупність відносно стійких індивідуальних особливостей та рис особистості, що виявляються у її поведінці, діяльності й ставленні до оточуючих людей, до себе, речей, праці тощо і формуються в процесі пізнання навколишнього світу та практичній діяльності.

Для визначення властивостей людини термін характер був введений Теофрастом.

Риса характеру – це звична, стійка, повторювана форма реагування, поведінки чи ставлення.

Характер найтіснішим образом пов'язаний з темпераментом, який може сприяти або протидіяти розвитку певних рис характеру (наприклад флегматикам неpritаманна активність, сангвінікам – самокритичність, холерикам – стриманість та самоконтроль).

На відміну від темпераменту, який є вродженим, характер людини формується протягом всього життя.

Характер особи можна зрозуміти з того, як вона мислить і поводить себе у різних обставинах, якої думки вона про інших людей і про себе, і яким чином здебільшого поводить себе. Знати характер людини дуже важливо, таким чином можна передбачити яким чином вона буде поводитися у певних ситуаціях. Лікаряю же важливо навчитися визначати та використовувати особливості характеру пацієнта у практичній діяльності, тому що характер пацієнта впливає на внутрішню картину хвороби, терапевтичний процес та його перебіг.

Структура рис характеру виявляється у відношенні особи до себе або до навколишнього світу (інших людей, речей та роботи):

- **до себе** – чи наявні егоцентризм, самолюбство, відчуття власної гідності, самовпевненість, сором'язливість або інші риси;
- **до інших людей** – наприклад ставиться до оточуючих уважно або неухважно, виявляє миролюбність чи конфліктність, альтруїзм або жорстокість, та чи наявні такі риси як принциповість, комунікабельність, дбайливість, тактовність тощо;
- **до роботи (діяльності)** – чи сумлінно та ретельно людина виконує доручені їй завдання, чи є такі риси як допитливість, ініціативність, рішучість, серйозність, ентузіазм, зацікавленість результатами роботи;
- **до речей** – чи притаманні особі акуратність у їх використанні, бережливість, економність, почуття смаку або протилежні риси;

У структурі характеру відокремлюють такі його компоненти: спрямованість, переконання, розумові риси, емоції, волю, темперамент, повноту, цілісність, визначеність, силу.

Акцентуація (від латинської *accentus* – наголос) – це надмірне вираження окремих рис характеру. Акцентуація знаходиться на межі між нормою і патологією.

Термін «акцентуація» в 1968 році ввів німецький психіатр Карл Леонгард.

Виділяють приховані і явні акцентуації.

– **приховані акцентуації** – звичайний варіант норми, акцентуовані риси характеру у повсякденній діяльності не проявляються зовсім, виявляються в основному при психічних травмах, але не призводять до хронічної дезадаптації.

– **явні акцентуації** – крайній варіант норми, акцентуовані риси характеру досить виражені протягом усього життя, але зазвичай не призводять до соціальної дезадаптації.

К. Леонгард запропонував класифікацію акцентуацій особистості, засновану на оцінці стилю спілкування людини з оточуючими людьми та виділив 12 типів акцентуацій. Типи акцентуацій характеру розділені К. Леонгардом на дві групи за принципом акцентуації рис характеру або акцентуація рис темпераменту.

У класифікацію, запропоновану Леонгардом, входять наступні типи:

1. **Гіпертимний тип** (від грецького *hyper*-надміру і *thymia*-душа) їм притаманні висока активність, комунікабельність, ініціативність, життєрадісність, балакучість, енергійність, жага діяльності, оптимізм, вираженість міміки і пантоміміки. Такі особи нерідко самі бувають ініціаторами конфліктів, але засмучуються, якщо оточуючі роблять їм зауваження з цього приводу. Разом з тим їм притаманні легковажність, підвищена дратівливість, схильність до аморальних вчинків, легковажне ставлення до своїх обов'язків. Не схильні до монотонної роботи та жорсткої дисципліни.

2. **Дистимічний тип** (від латинської *dis*-префікс, що надає поняттю протилежний або заперечний смисл, від грецької *thymia* – душа, настрої, почуття) – таким особам властива уповільненість дій, пасивна життєва позиція і знижена мовна активність, низька комунікабельність, небагатослівність, песимістичний погляд на життя, загострене почуття справедливості. Такі люди є домоседами, рідко вступають у конфлікти з оточуючими, ведуть замкнутий спосіб життя.

3. **Циклоїдний (афективно-лабільний) тип** – таким особам притаманні коливання настрою, в наслідок чого змінюється їх манера спілкування. Під час підвищеного настрою вони товариські, та поведуться як особи з гіпертимним типом, а в період пригніченого – замкнуті, як люди з дистимічною акцентуацією.

4. **Збудливий тип** – їм властива низька комунікабельність, сповільненість вербальних і невербальних реакцій. Зовнішньо вони

похмурі, під час спілкування – схильні до хамства і брані, до частих конфліктів, в яких самі є активною, провокуючою стороною. В колективі невживчиві. В спокійному стані часто можуть бути добросовісні, акуратні, в стані емоційного збудження – дратівливі, запальні, погано контролюють свою поведінку.

5. **Застрагаючий тип** – характеризується помірною товариськістю, занудливістю, до себе пред'являє підвищені вимоги. Під час конфліктних ситуацій активні, зазвичай і виступають їх ініціатором. Разом з тим уразливі, вразливі, підозрілі, схильні до помсти; надмірно самовпевнені, честолюбні, ревниві. Сами прагнуть домогтися високих показників у справі, за яку беруться, поряд з цим пред'являють непомірні вимоги до підлеглих на роботі.

6. **Педантичний (ригідний) тип** – особи з акцентуацією такого типу рідко самотійно вступають в конфлікти, а якщо втягуються в конфліктну ситуацію, то виступають в них пасивною стороною. На роботі сумлінні, акуратні, серйозні, схильні до бюрократії, пред'являють оточуючим багато формальних вимог, така позиція нерідко проявляється й дома у вигляді надмірних претензій та домагань від домашніх надмірної акуратності.

7. **Тривожний (боязкий) тип** – таким особам властиві: невпевненість у собі, песимістичний погляд на майбутнє, низька контактність, боязкість, ретельність, самокритичність, занижена самооцінка. Вони вкрай рідко вступають у конфліктні ситуації з оточуючими, граючи в них в основному пасивну роль та зачату втягуються в них іншими. Внаслідок своєї беззахисності також нерідко служать «козлами відпущення».

8. **Емотивний тип** – такі люди переважно спілкуються у вузькому колі обраних, з якими у них встановлюються хороші контакти. Також їм притаманні доброта, співчуття, милосердя, загострене почуття обов'язку, старанність, сенситивність, сльозливість. В конфліктах грають пасивну роль, самотійно в них вступають рідко. Образи носять в собі, не «випліскуючи» назовні.

9. **Демонстративний тип** – характеризується легкістю встановлення контактів, ввічливістю, артистичністю, здатністю захопити інших, неординарністю мислення і вчинків, що поєднується з прагненням до лідерства, жаданням влади, егоїзмом, хвастовством. За часту демонструють високу пристосовність до людей, схильність до інтриг. Вони самовпевнені, мають високі домагання. Конфліктні ситуації систематично провокують, при цьому ж активно захищаються в них.

10. **Екзальтований тип** – такому типу притаманні висока комунікабельність, балакучість, влюбливість; вони досить часто альтруїстичні, товариські, мають співчуття, яскраво та відкрито

виражають свої емоції. Часто сперечаються, але у відкриті конфлікти вступають рідко. Поряд з цим схильні до панікерства та перепадам настрою.

11. Екстравертований тип – характеризуються контактністю, мають велику кількість друзів і знайомих, багато і охоче спілкуються, завжди готові як вислухати іншого так і поділитись, у конфлікти вступають рідко, виступають в них пасивною стороною. Вони також легковажні, їх вчинки необдумані, легко підлягають сторонньому впливу, беруть участь в поширенні пліток і чуток.

12. Інтровертований тип – особи такого типу мало спілкуються, замкнені, стримані, не конфліктні, перевагу віддають перебуванню на самоті, філософствуванню, зануренню у свій власний світ. Для них також характерна принциповість, упертість, наявність твердих переконань, завзяте відстоювання своїх ідей.

Використання теорії акцентуованих особистостей К. Леонгарда було обмежено віком випробуваних (опитувальник для визначення акцентуації розрахований тільки на дорослих), діти і підлітки, не маючи відповідного життєвого досвіду, не могли відповісти на ряд питань тесту, тому їх акцентуації виявилось досить складно визначити. А.Є. Лічко модифікував тест Леонгарда для дитячого та юнацького віку та вніс зміни у назви деяких акцентуацій, додав деякі нові типи, та запропонував замінити термін акцентуація особистості на акцентуацію характеру. Акцентуації характеру він розглядав як межові стани між нормою та патологією.

Типи акцентуацій характеру за А.Є. Лічко:

Гіпертимний тип – такі особи відмінні тактики і погані стратеги. Спритні, заповзятливі, активні, товариські, легко орієнтуються в швидко мінливих ситуаціях. Завдяки цьому можуть швидко покращити своє службове і суспільне становище, але у відділених перспективах часто втрачають досягнуте через невміння прогнозувати наслідки своїх дій, або участі в авантюрах. У таких людей настрої завжди гарний. У дитячому віці вони рухливі, непосидючі, неуважні, пустотливі, часто мають конфліктні ситуації з дорослими. Легко захоплюються та швидко переключаються на інше.

Циклоїдний тип – характеризується підвищеною дратівливістю і апатичністю, у дитячому віці люблять перебувати на самоті, уникають ігор з іншими дітьми, труднощі улюблених сферах діяльності переживають важко, на зауваження дратуються. Настрої легко змінюються і коливаються від підвищеного до пригнобленого з періодичністю в кілька тижнів. При досягненні дорослого віку акцентуація часто згладжується, але частини осіб можуть зберігатися, є схильність до застрягання в одній

стадії, частіше з пригноблено-меланхолійним настроєм. Іноді спостерігається зв'язок змін настрою з порами року.

Сенситивний тип – виявляється висока чутливість до зовнішніх факторів – радісних, негативних або сумних подій. У дитячому підлітковому віці вони уникають великих компаній, активних та рухливих ігор. Із сторонніми особами вони сором'язливі та замкнені, часто виникають проблеми з адаптацією. З близьким оточенням та товаришами більш активні, у родині слухняні, люблять своїх батьків. До себе вимогливі, мають розвинуте відчуття відповідальності. Посидючі, полюбляють складні види діяльності.

Шизоїдний тип – такі особи замкнені, з однолітками спілкуються мало, віддаючи перевагу перебуванню на самоті, або спілкуванню з старшими за себе. У них вкрай мало розвинута здатність до емпатії, часто не розуміють переживань оточуючих, не виявляють до них співчуття. Власні емоції намагаються не проявляти.

Істероїдний тип – переважно відрізняється примхливістю, пустотливістю, егоцентричністю, демонстративністю, люблять перебувати у центрі уваги, важко переживають ситуації, коли увага або похвала направлена на когось іншого. Бажають бути лідером, але не здатні на це й не добиваються авторитету. Частіше є ініціаторами різних заходів, але неспроможні організувати оточуючих. Акцентуанти такого типу часто обирають професії, що пов'язані з перебуванням на публіці, акторською діяльністю та інше.

Конформний тип – такі особи за часту безініціативні, пасивні, не мають власної думки, схильні до підкорюваності більш авторитетній особі, або групі осіб. При цьому вони консервативні, не люблять змін. Заради захисту своїх інтересів можуть піти на непристойні вчинки, і кожного такого вчинку знаходять собі виправдання.

Психастенічний тип – характеризується схильність до роздумування, самоаналізу, аналізу поведінки оточуючих. У їх характері поєднуються такі риси як нерішучість та самовпевненість. Їх судження та умозаключення безапеляційні, погано піддаються корекції. У співвідношеннях з оточуючими деспотичні. Такі особи схильні до імпульсивних вчинків. Вони мало змінюються з віком. Схильні до obsesій, що у них є засобом подолання тривоги, або вживання психоактивних речовин.

Паранойяльний тип – такий тип акцентуації розвивається пізніше, у зрілих осіб, у віці 30-40 років, у дітей та юнаків до цього віку переважають епілептоїдні або шизоїдні риси. Головна характеристика таких осіб – завищена самооцінка, схильність до надцінних ідей про свою винятковість, особливість.

Нестійкий тип – у дитячому та підлітковому віці схильні до бездіяльності та розваг, не мають життєвих цілей, планів на майбутнє.

Емоційно-лабільний тип – непередбачувані, з нестійкими емоціями та настроєм, який схильний до різких коливань та перепадів навіть з дріб'язкових причин.

Епілептоїдний тип – у молодшому дитячому віці плаксиві. У більш старшому – жорстокі, особливо до тих, хто не може постояти за себе (мучать тварин, молодших братів та сестер, однолітків), самолюбиві, вимагають строгого виконання заведених ними порядків, підтримання суворої дисципліни та підпорядкування.

Змішані типи. Крім явних акцентуацій зустрічаються випадки одночасного загострення двох та більше рис. Це так називані змішані типи, що складають половину випадків явних акцентуацій.

Існує багато різноманітних методик для визначення особистості, типу темпераменту і характерологічних відхилень нижче перераховані деякі з них.

– Опитувальник визначення акцентуацій характеру Леонгарда – Шмішика;

– Опитувальник Айзенка для визначення типу темпераменту;

– Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (MMPI) (шкали якого включають зони акцентуованих і патологічних проявів характеру);

– Патохарактерологічний діагностичний опитувальник розроблений Н. Я. Івановим і А. Є. Лічко – призначений для дослідження характерологічних відхилень у підлітків при психопатіях і акцентуація характеру;

– “Шкала темпераментів” Л. Терстоуна;

– Опитувальник Стреляу для визначення типів темпераменту;

– Дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейн;

– 16 факторний опитувальник Кеттелла та інші.

Інтелект, здібності, природа здібностей

Здібності – це своєрідні властивості людини, її інтелекту, що виявляються в навчальній, трудовій, особливо науковій та іншій діяльності і є необхідною умовою її успіху.

Основою формування здібностей є **задатки** – це вроджені (залежать від генотипу) анатомо-фізіологічні особливості нервової системи, мозку, органів почуттів і руху. При наявності одних й тих самих задатків можуть розвиватись різні здібності. Також наявність задатків, не означає, що вони розвинулись в здібності, це залежить від середовища у якому перебуває особа та її виховання.

Можна виділити такі види здібностей:

- загальні, що пов'язані з темпераментом і виявляються в загальній працездатності, активності, типах саморегуляції (розумові здібності, розвинута пам'ять, досконала мова тощо).

- спеціальні (музичні, літературні, математичні, спортивні тощо).

За типом активності півкуль:

- «правопівкульні» характеризуються більшою активністю, сильною нервовою системою, високою лабільністю, високим розвитком невербальних функцій. Такі особи краще навчаються, вирішують задачі в умовах дефіциту часу, вони стійкі до стресу, надають перевагу інтенсивним формам навчання.

- «лівопівкульні» характеризуються низкою активністю, вони краще навчаються по гуманітарних предметах, краще планують свою діяльність, у них вище точність виконання роботи. Добре розвинута саморегуляція і вербальні функції. У той же час вони характеризуються інертністю і слабкістю нервової системи.

Ще здібності можна поділити на:

- **теоретичні** – визначають схильність людини до абстрактно-логічного мислення;

- **практичні** – зумовлюють успіх у конкретно-практичних діях;

- **репродуктивні** – забезпечують здатність засвоювати знання, уміння, навички і механічно відтворювати їх;

- **творчі** – пов'язані з процесом створення нових оригінальних ідей, здобутків матеріальної і духовної культури;

- **спілкування** – взаємодія з людьми, що забезпечують можливість входження в контакт із різними людьми, викликати їх позитивне ставлення до себе.

За рівнем розвитку:

Обдарованість – сукупність здібностей від залежить можливість досягнення більшого успіху у виконанні тієї чи іншої діяльності.

Талант – високий рівень розвитку здібностей до певної діяльності, сукупність яких призводить до утворення нового, оригінального, якісного та суспільно значимого продукту.

Геніальність – надвисокий ступінь розвитку творчих здібностей, що дозволяє створювати продукт, що має революційне значення для суспільства у тій чи іншій області.

Інтелект (від лат. *intellectus* – розуміння) – сукупність усіх розумових здібностей, що забезпечують людині можливість вирішувати різноманітні задачі. Загалом інтелект це система всіх пізнавальних здібностей людини: відчуття, сприйняття, пам'яті, уявлення, уяви і мислення.

У 1912 р. В. Штерн ввів поняття коефіцієнт інтелектуальності (IQ) – це відношення розумового віку до хронологічного. Наприклад дитина, у

якої розумовий вік відповідає хронологічному, береться за одиницю відліку її інтелект прирівнюється 100 балам.

Можна виділити два види інтелекту – **поточний і кристалізований**. Поточний інтелект відповідає за здатність навчання людини чомусь новому, а кристалізований – приходить з досвідом і освітою.

Інтелектуальні здібності можуть піддаватись патологічним змінам. Так вроджений недорозвиток інтелекту внаслідок спадкових, перинатальних факторів, або захворювань у ранньому дитячому віці називається розумовою відсталістю. Розумова відсталість діагностується при IQ нижче 70 балів. Деменцією називають прогресуючу, незворотну, деградацію когнітивних здібностей людини.

Способи вимірювання рівня інтелекту:

- шкала вимірювання інтелекту Векслера;
- тест Равена (прогресивні матриці);
- інтелектуальні тести Айзенка;
- тест інтелекту Кеттелла (культурно-вільний тест інтелекту CFIT);
- тест інтелекту Амтхауера та інші.

Рекомендована література

1. Вітенко, І., & Вітенко, Т. (2007). *Основи психології* (2-е вид.). Вінниця : Нова книга.
2. Ждан, В., Скрипніков, А., Животовська, Л., Сонник, Г., & Денеко, М. (2014). *Основи медичної психології*. Полтава : ТОВ-«АСМІ».
3. Михайлов, Б., Сердюк, О., Чугунов, В., Курило, В., Андрух, П., Заседа, Ю. (2014). *Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині*. Харків : ХМАПО.
4. Моргун, В., & Тітов, І. (2013). *Основи психологічної діагностики: навч. посіб.* (3-є вид.). Київ : Видавничий Дім «Слово».
5. Спіріна, І., & Вітенко, І. (2008). *Медична психологія (практикум)*. Дніпропетровськ.
6. Спіріна, І., Вітенко, І., Напрєєнко, О., Пшук, Н., Кожина, Г., & Вербенко, В. et al. (2012). *Медична психологія: державний національний підручник*. Дніпропетровськ : ЧП «Ліра» ЛТД.
7. Leonhard, K. (1976). *Akzentuierte Persönlichkeiten*. Stuttgart, New York: Fischer.

ПСИХОЛОГІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Лікар – особа, яка отримала вищу освіту за спеціальністю та присвячує свої знання і вміння профілактиці, діагностиці, лікуванню захворювань та травм, збереженню та зміцненню здоров'я людини. Це досягається шляхом постійного вдосконалення медичних пізнань і лікарської майстерності.

За для виконання таких функцій лікар повинен володіти рисами характеру та морально-вольовими якостями такими як спостережливість, рішучість, принциповість, делікатність, тактовність, працьовитість, сумлінність, відповідальність, відданість професійному обов'язку, неконфліктність, дисциплінованість, самостійність.

Під час діагностики та лікування психологічні особливості пацієнта тісно контактують з психологічними особливостями медичних працівників. У зв'язку з цим, виділяють первинні цілі медичних служб до яких відносять втручання, що направлені на допомогу пацієнтам та вторинні цілі – міри, спрямовані на забезпечення потреб медичного персоналу. Якісне лікування пацієнтів можливе тільки за реалізації цих двох цілей.

З кожним роком особистості медичного працівника приділяється все більше уваги в сучасній медицині. Нові лікувальні та реабілітаційні технології з необхідністю втручання у лікувальний процес мультидисциплінарних команд вимагає від спеціалістів володіння певними особистісними якостями та здатності до сумісної напруженої роботи з колегами, представниками соціальних організацій, пацієнтами та їх родичами. Тобто психологічні особливості членів мультидисциплінарних бригад є вагомими та дієвими факторами терапевтичного середовища. А вивчення психологічних особливостей пацієнтів, медичних працівників та динаміки їх взаємодій є необхідною передумовою для створення ефективного лікувально-діагностичного процесу.

З перших днів навчання та виховання майбутнім лікарям прищеплюються основи лікарської етики і деонтології, навіюється необхідність поважного відношення до хворого, доброзичливість та почуття відповідальності за свою працю. Лікарем у повному розумінні може бути тільки людина, яка наділена не тільки знаннями, а й здатністю до милосердя. Людина, що присвячує себе професії лікаря, повинна мати здібність допомагати та співчувати іншим, тобто мати почуття гуманізму. Майбутній лікар повинен бути витриманою людиною, яка володіє собою у несприятливих та надзвичайних умовах. У цьому велике значення мають формування та удосконалення професійних навичок та вмінь, переймання досвіду у більш кваліфікованих колег, спілкування під час проведення

консиліумів, засідань медичних товариств, клінічних розборів, конференцій та ін.

Мотиви вибору професії медичного працівника

А. П. Василькова виділила наступні мотиви вибору медичної професії (Василькова, 1998): бажання лікувати людей; бажання полегшити страждання важкохворих, старих, дітей; можливість піклуватися про здоров'я близьких; престижність професії та сімейні традиції; бажання вирішувати наукові медичні проблеми; можливість піклуватися про своє здоров'я; можливість здійснювати вплив на інших людей; доступність медикаментів; матеріальна зацікавленість.

В Единбурзькій декларації Всесвітньої федерації медичної освіти зазначено, що у кожного пацієнта повинна бути можливість зустріти в обличчі лікаря людину, підготовлену в якості уважного слухача, ретельного спостерігача, ефективного клініциста, а також людину, яка є високо сприйнятливою в сфері спілкування. Тобто ефективність роботи лікаря залежить не тільки від його кваліфікації, а й від особистісних характеристик, настанов та мотивацій, психоемоційного та фізичного стану. Лікування багатьох захворювань є неможливим без урахування соціально-психологічних особливостей особистості.

Значення професійної орієнтації у виборі професії медика.

Психологічні особливості професійного становлення лікаря

Вкрай важливо для кожної людини правильно підійти до вибору професії. Правильний або невдачний вибір професії оказує вплив на все подальше життя, обумовлює професійний ріст або розчарування. Тому так важлива професійна орієнтація та остаточне визначення свого покликання. Особливий зміст та значення професійна орієнтація має для майбутнього медичного працівника. Професійна діяльність якого направлена на допомогу людям та полегшення їхніх страждань.

Сучасні дослідники для позначення особистісних змін, які відбуваються в процесі засвоєння і здійснення професійної діяльності і зумовлюються характером цієї діяльності, все ширше використовують поняття "професіогенезу", яке розглядається як цілісний безперервний процес становлення особистості фахівця, який починається з моменту вибору і прийняття майбутньої професії і закінчується, коли людина припиняє активну трудову діяльність (Кокун, 2012).

Професійне становлення – це формування професійної спрямованості, компетентності, соціально значущих та професійно важливих якостей і їх інтеграція, готовність до постійного професійного зростання, пошук оптимальних прийомів якісного і творчого виконання

діяльності у відповідності до індивідуально-психологічних особливостей людини (Кокун, 2012).

Т. Кудрявцев, у своїх роботах виділив чотири етапи професійного ставлення (Кудрявцев, 1985):

- 1) виникнення і формування професійних намірів;
- 2) професійне навчання і підготовку до професійної діяльності;
- 3) входження у професію, активне її освоєння і знаходження себе у виробничому колективі;
- 4) повну реалізацію особистості в професійній діяльності.

Є. Клімов, взявши за основу професійний шлях людини у відповідний віковий період, виділив наступні етапи особистісного становлення фахівця (Клімов, 1996):

- 1) етап вибору професії - 12-17 років;
- 2) етап професійної підготовки - 15-23 роки;
- 3) стадія розвитку професіонала - 16-23 роки і до пенсійного віку.

Виділяють наступні етапи професійного становлення лікаря:

1. Етап формування професійних намірів - у 15-17 років виникає необхідність визначити основний напрямок своєї подальшої діяльності та обрання тієї чи іншої професії. Перед молодістю людиною в цей період гостро постають питання власної ідентичності, оцінки своїх бажань та здібностей. На цьому етапі може виникати перша криза професійного становлення.

2. Етап базової професійної освіти (17-25 років) під час отримання базової медичної освіти пере студентами стає питання з подальшим визначенням та вибором конкретної спеціальності. У цей період часто виникає криза професійного вибору, яка може призвести до дезадаптації, незначних емоційно-вольових та когнітивних порушень, вегетативними дисфункціями.

3. Етап професійної діяльності (26 - 64 років). Під час цього етапу у людини на перший план виступають потреби в самоповазі, самоактуалізації, самовдосконаленні. Умовно цей етап можна розбити на 3 стадії:

1) Стадія професійного становлення (перші 4-5 років) під час цієї стадії лікар набуває професійну ідентичність та визначає свою професійну роль. На молодих фахівців великий вплив мають вчителі серед більш досвідчених колег. В цей період можуть виникати кризи професійної ідентичності у разі виникнення проблем з пацієнтами або їх родичами, та криза професійного росту – у разі відсутності перспектив росту та вдосконалення.

2) Стадія професійного росту (5-14 років). Протягом цього проміжку професійної діяльності лікарі досягають професійного зростання, набувають професійних знань та підвищують свою самооцінку.

Протиріччя між бажаним кар'єрним ростом та реальними перспективами можуть призвести до кризи професійної кар'єри.

3) Стадія професійної майстерності (14-20 років) з початку трудової діяльності. Лікар досягає поваги серед колег, має велику кількість професійних стратегій, сам стає вчителем для молодших колег. Поступово нереалізована потреба в професійній самоактуалізації може призвести до кризи нереалізованих можливостей, що веде до невдоволення собою, оточуючими, обставинами життя та професією.

4. Етап професійної реадаптації - настає після досягнення пенсійного віку та супроводжується кризою втрати професії. (Любан-Плоцца, 2001; Зеер, 2008)

Професійні якості лікаря

Кваліфікація, досвід, властивості особистості спеціаліста лежать у основі довіри пацієнта лікарю. Медичний працівник також викликає довіру до себе, якщо він є спокійною та гармонійною особистістю та проявляє делікатність під час спілкування з пацієнтами.

Лікарський обов'язок – це комплекс потреб та вимог, що регулюють відношення лікар-хворий, лікарів поміж собою, лікарів та суспільства.

Деонтологія має більш вузьке значення на відмінність від поняття лікарського обов'язку. Основний принцип лікарської моралі – гуманізм. Англійський філософ Бентам (1748-1832) вперше запропонував для цього термін «деонтологія» (від «деон» – необхідність, обов'язок і «логос» – вчення). Цим поняттям позначають науку про борг, моральний обов'язок, професійну етику (Лакосина & Ушаков, 1984).

Поняття лікарського обов'язку є найважливішою частиною лікарської етики. Лікар нікому не повинен відмовляти в медичній допомозі, ніколи і не повинен брати участь у діях, які спрямовані проти фізичного і психічного здоров'я людей або загрожують їх життю. Під час виконання своїх професійних обов'язків лікар не повинен звертати увагу на національність, расову належність, стать, політичні і релігійні переконання. (Вітенко, 1994; Вітенко, Чабан, & Бусло, 2002).

Поняття «лікарська таємниця»

Лікарська таємниця це – інформація про стан здоров'я, або про факт звернення за медичною допомогою, що стала відома про особу лікарю або, обслуговуючому персоналу, посадовим особам та службовому персоналу медичної установи під час здійснення ними своїх професійних обов'язків.

У Міжнародному кодексі медичної етики, який був прийнятий 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації у жовтні 1949 року у Лондоні зазначено, що «лікар повинен зберігати в абсолютній

таємниці все, що він знає про свого пацієнта, навіть після смерті останнього».

Конституцією України (ст. 31, 32) та чинним законодавством України покладено обов'язок на лікаря зберігати лікарську таємницю. У Цивільному Кодексі України (ч. 1 ст. 286) зазначено: «Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні». У Кримінальному кодексі України статтею 145 передбачено покарання за незаконне розголошення лікарської таємниці «умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, – карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років.»

Закон України «Про інформацію», Закон України «Про захист персональних даних» своїми приписами забороняють поширення інформації про пацієнтів та забезпечують захист їх персональних даних.

У Законі України від 19.11.1992 року «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено: «медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. Відповідно до ст. 40 Закону «при використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта».

Окрім цього тотожні поняття містить ст. 6 Закону України Про психіатричну допомогу від 22.02.2000 р., ч.3. ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991 р., ч. 2 ст. 26 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р.

Лікарські помилки, причини і види

До 14% пацієнтів у світі страждає від лікарських помилок. За статистичними даними у Сполучених Штатах щороку реєструють півтори тисячі смертей, пов'язаних з лікарськими помилками. В Україні офіційної статистики надання некваліфікованої допомоги медиками не існує.

Можна припустити, що «лікарські помилки» з'явилися майже одночасно з професією лікаря. За невідале лікування лікарі несли покарання ще з давніх-давен, про що згадувалося ще у перших відомих джерелах права – Законах вавилонського царя Хамурапі та Законах XII таблиць Стародавнього Рима. Тобто суспільство вже у той час прагнуло винайти адекватний спосіб реагування на цю проблему. В епоху античності лікарям, що були винні у спричиненні шкоди пацієнтам навіть відтавали кисті рук або виганяли з міста. Але найбільш поширеним покаранням в ті часи було застосування штрафів. У період Середньовіччя професійні помилки лікарів суворо наказувались. Таких лікарів позбавляли практики, а деяких навіть спалювали на вогні, як «пособників диявола». У часи наукової та виробничої революції почали визначати відповідну правову регламентацію медичної практики. Корпоративні об'єднання лікарів європейських країн домоглися закріплення за собою права самим карати лікарів, які припустилися помилки.

Термін «лікарська помилка» вперше використав видатний хірург М. І. Пирогов. Він не тільки виклав своє бачення сутності цієї проблеми, а ще й запропонував класифікацію лікарських помилок з урахуванням етапів чи особливостей медичного процесу, яка не втратила актуальності у сьогоденні – діагностичні, тактичні, технічні, деонтологічні тощо.

Ю. Т. Коморовський (1976) дав таке визначення поняття лікарської помилки: лікарська помилка – це неправильні, суперечливі науковим, моральним і юридичним нормам професійні дії чи бездіяльність лікаря, які ненавмисно могли заподіяти чи заподіяли шкоду хворому чи суспільству (Комаровский, 1976).

На думку Н. Давидовського, «...основними критеріями лікарської помилки є хибні думки, що походять з певних об'єктивних умов, засновані або на недосконалому сучасному стану медичної науки та її методів дослідження, або на особливому перебігу захворювання в конкретного хворого, через брак знань і досвіду лікаря без елементів неохайності, недбалості, професійного неуцтва» (Давыдовский, 1941).

Дії лікарів, пов'язані з несприятливими наслідками для хворого, поділяються на три групи:

- лікарські помилки;
- нещасні випадки;
- кримінально карані недогляди і професійні злочини.

Існують кілька класифікацій лікарських помилок. Юрист І. Крилов, виходячи з причин їхнього виникнення розділив лікарські помилки наступним чином:

- діагностичні лікарські помилки – нерозпізнані чи помилково розпізнані хвороби;

- тактичні лікарські помилки – неправильно визначені показання до операції, помилковий вибір часу її проведення, обсяг і т. ін.;
- технічні лікарські помилки – неправильно використана медична техніка, діагностичні засоби тощо (Акопов, Маслов, 2002; Вітенко, 2007).

Необхідно зазначити, що додатково виділяють ще деонтологічні, організаційні помилки та помилки у заповненні медичної документації. Деонтологічні помилки - помилки в поведінці лікаря, його спілкуванні з хворими та їхніми родичами, колегами, медичними сестрами, молодшим медичним персоналом.

Причини лікарських помилок можуть носити відповідно об'єктивний і суб'єктивний характер.

Об'єктивні причини лікарських помилок:

- Відсутність належних умов, необхідних для проведення повноцінного лікування. Однією з причин, що призводять до погіршення умов надання меддопомоги можуть стати раптові соціальні заворушення, війни, стихійні лиха, що призвели до руйнування мережі медичних закладів.

- Недосконале вивчення медичною наукою причин виникнення захворювання та ланок його перебігу.

- Недосконалість способів лікування захворювання.

- Індивідуальні особливості організму пацієнта та важкість його стану. До цього пункту відносять індивідуальні особливості будови органів пацієнта чи вроджені вади розвитку. Крім того, на перебіг захворювання можуть несподівано вплинути індивідуальні реакції організму пацієнта (алергічні, токсичні, психологічні) на введення препаратів, проведення діагностичних процедур.

До суб'єктивних причин лікарських помилок юристи відносять:

- недостатньо високий рівень підготовки конкретного медичного працівника;

- неправильне трактування ним результатів проведених діагностичних процедур;

- недооцінка чи переоцінка лікарем рекомендацій фахівців інших спеціальностей, запрошених для консультації (Давыдовский, 1941).

У медичних закладах лікарські помилки повинні реєструватися у Журналі реєстрації та розгляду лікарських помилок, пильно вивчатися, розслідуватися та розбиратися на лікарських конференціях.

У профілактиці лікарських помилок необхідно зіставляти конкретні реалії медико-біологічного факту з абстрактним характером етико-юридичних норм і принципів.

Юридична відповідальність лікаря за його професійні правопорушення – поняття надзвичайно широке, до нього входить

кримінальна, цивільно-правова, матеріальна та адміністративна відповідальність.

Медичний працівник несе відповідальність перед законом за:

- заняття медичною та фармацевтичною діяльністю без наявності відповідної ліцензії (ст. 17 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»);

- несвоєчасне та неякісне надання медичної допомоги (відповідають органи влади і лікувально-профілактичні заклади, а не медичні працівники як фізичні особи);

- ненадання медичної допомоги (ст. 39);

- порушення лікарської таємниці (ст. 40);

- порушення умов медичного втручання (ст.42 - 43)

- схиляння до здачі крові (ст. 46).

Нещасні випадки в медичній практиці

Іноді несприятливий результат від того чи іншого лікарського втручання відбувається випадково, і лікар не в змозі запобігти негативному наслідку. Під нещасним випадком у медичній практиці слід розуміти несприятливий результат лікарського втручання, пов'язаний з випадковими обставинами, які лікар не може передбачити та запобігти, хоча діє правильно і вчасно, у повній відповідності з прийнятими в медицині методами лікування. Медична діяльність завжди пов'язана з певним ризиком для здоров'я і життя хворого, ступінь же професійного ризику може бути різним.

Характеризуючи приклади нещасних випадків у медичній практиці, можна зазначити найбільш типові. До них належать: – незвична анатомічна будова або вроджені аномалії будови того або іншого органу (важливий чинник при проведенні інвазивних діагностичних досліджень, що супроводжуються проникненням крізь тілесну оболонку людини); – атипове протікання захворювання у пацієнта, пов'язане з індивідуальними особливостями організму; – алергічні і токсичні реакції на діагностичні маніпуляції і введення лікарських засобів; – раптові зміни показників артеріального тиску (шок, колапс) в результаті індивідуальної психологічної або емоційної реакції на оперативне втручання (маніпуляцію) тощо (Давыдовский, 1941).

Професійні злочини

В основі професійних злочинів медичних працівників лежить недобросовісність.

До таких порушень прийнято відносити:

- ненадання допомоги хворому;
- незаконне здійснення абортів;

- незаконне лікування;
- неохайне, недбале ставлення до своїх обов'язків;
- порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил;
- складання і видача підроблених медичних документів;
- недопустимі експерименти на людях;
- вимагання й одержання хабара;
- порушення правил виробництва, збереження, відпуску, обліку, перевозу і пересилання сильнодіючих і наркотичних речовин (Спіріна та ін., 2012).

В основі професійних злочинів лежить недбалість, що часто пов'язана із низьким моральним рівнем фахівця, діяльність котрого йде врозріз із прийнятими в медицині правилами. Правильність чи неправильність лікарських дій встановлюється відповідними відомчими комісіями і судово-медичною експертизою.

Психологічні типи лікарів. Взаємовідносини «лікар-пацієнт»

Виділяють наступні характеристики, за допомогою яких можна виділити типи лікарів: співчутливий та емоційно-нейтральний, директивний та недирективний (Спіріна & Вітенко, 2002).

Співчутливий тип лікаря – має такі риси та якості особистості, що дозволяють глибоко зрозуміти проблеми пацієнта, співпереживати разом з пацієнтом.

Емоційно-нейтральний тип лікаря – внаслідок емоційної відгородженості від пацієнта та його глибинних проблем не надає підтримки пацієнту в його переживаннях, у своїй діяльності орієнтується на симптоми та на їх подолання.

Директивний психологічний тип лікаря – самостійно приймає рішення, повністю домінує під час бесід з пацієнтом і бере на себе відповідальність його за одужання. Такий стиль домінує у роботі з пацієнтами закладів з надання психіатричної допомоги, у терапії станів, що загрожують життю пацієнта.

Недирективний психологічний тип лікаря – під час взаємовідносин орієнтований на партнерську взаємодію з пацієнтом, розглядає та приймає до уваги точку зору пацієнта на діагностику та тактику лікування (Спіріна & Вітенко, 2002).

Представлені пари якостей лікаря можуть становити чотири типи:

- співчутливий недирективний;
- співчутливий директивний;
- емоційно-нейтральний недирективний;
- емоційно-нейтральний директивний.

Професіограма

Професіограма (від лат. Professio – спеціальність + Gramma – запис) – опис особливостей конкретної професії, що включає вимоги (головним чином, психологічні характеристики), що пред'являються до фахівця, який реалізує себе в даній області. Професіограма медичного працівника включає в себе психологічні характеристики, яким повинен відповідати робітник сфери медицини.

М. С. Клищевська (1999) виділила наступні необхідні індивідуально-особистісні якості для лікаря:

- вміння встановлювати контакт з людьми;
- вміння контролювати свої почуття та емоції;
- рішучість, оптимізм, обережність, активність, впевненість в собі;
- високі морально-етичні стандарти по відношенню до пацієнтів та оточуючих;
- низька конфліктність та адекватні емоційні прояви;
- низький рівень агресивності та ворожості;
- відсутність антисоціальних тенденцій;
- низький рівень тривожності, холоднокривність, вміння швидко приймати складні рішення;
- відповідальність;
- терпимість, професійна мужність, вміння співпереживати, стати на позицію іншого (здатність до емпатії), бажання допомогти.

Професіограма лікаря включає наступні властивості:

- високий рівень розвитку довільної уваги;
- здатність аналізувати та зіставляти факти;
- схильність до раціонального логічного аналізу;
- добре розвинена словесно-логічна довготривала пам'ять;
- психоемоційна стабільність і здатність переносити великі фізичні навантаження;
- вправність при проведенні різних лікувальних процедур;
- швидкість реакції;
- уміння переконувати;
- вербальні здібності;
- спілкування і взаємодія з людьми, уміння встановлювати контакти (О. Л. Романова, 2003).

Якості, що перешкоджають ефективній професійній діяльності: безвідповідальність; неухважність; жорстокість; бридливність; егоїстичність; нетерпимість; емоційна нестриманість.

Переваги професії - різноманітність варіантів спеціалізації, з яких можна вибрати область, найбільш близьку за інтересами; самостійність у прийнятті рішень, соціальна значущість професії.

Обмеження професії - високий рівень відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів; необхідність постійно розвивати свої навички та вміння, опановувати нові засоби праці, нові прийоми і методи роботи (Спіріна та ін., 2012).

Взаємовідношення медична сестра - пацієнт

Важливе значення має роль медичної сестри. Медична сестра під час стаціонарного лікування пацієнта контактує з ним значно більше часу, ніж лікар.

I. Харді в залежності від характеру і відношення до роботи виділив наступні типи медичних сестер (Харди, 1988):

1. Практичний тип – медсестри відрізняються строгістю до пацієнта та точністю та сумлінністю виконання усіх призначень, забуваючи про людську сторону хворого.

2. Артистичний тип – така медична сестра старається без почуття міри справити враження на хворого, старається бути поважною та турботливою, але нещирість її поведінки призводить до відсутності довіри і, як наслідок, ускладнення відносин з пацієнтом.

3. Нервовий тип – медична сестра такого типу за часту знервується, постійно роздратована, вважає, що її недооцінюють, намагається уникнути виконання деяких обов'язків, пацієнти біля неї себе спокійно не почувують.

4. Чоловічий тип медичної сестри – рішуча, послідовна, енергійна, самовпевнена, з міцною тіло будовою її модно порівняти з солдатом. Не рідко стає хорошим організатором і успішно виховує молодих медичних сестер. У супротивному випадку - примітивна, зла, жорстока, деспотична.

5. Материнський тип медичної сестри – доброзичлива, дбайлива, з пацієнтами має хороші взаємовідносини, часто пікнічної будови тіла, благодушна.

6. Сестри-спеціалістки – що виконують більш вузький спектр діяльності, наприклад працюючі на електрокардіографі. Таки сестри нерідко мають завищену самооцінку та зверхньо поведуться з іншими медичним які працюють у відділеннях, що призводить до напружених відносин з колегами (Михайлова, Спринц & Шатова, 2005).

Професійна деформація

У США в середині 60-х років було введено поняття «професійної деформації». Такий психологічний стан поступово формується на фоні адаптації лікаря в умовах специфічних умов праці та у зв'язку з некерованим впливом на інших. Бо лікар під час своєї професійної діяльності має такий вплив, на пацієнта від якого залежить його фізичне,

психічне здоров'я, психологічний стан і навіть життя. В результаті діяльності лікаря, через значне психоемоційне напруження та велику відповідальність, виникає поступове зниження емоційного співчуття хворому, що є способом психологічного захисту. Тому дуже важливо, щоб лікар використовував норми деонтології та лікарської етики. Сприймання пацієнта як носія симптому чи синдрому, у якості «цікавого випадку» саме й є проявами професійної деформації. Подібне явище відноситься до багатьох лікарських спеціальностей, наприклад: терапія, наркологія, психіатрія, гастроентерологія у цих спеціальностях частіше на позначення стану пацієнта навішується ярлик. Пацієнтами такого роду висловлювання сприймаються негативні й можуть мати психотравмуючий ефект.

Деформація особистості професійна – деструктивна зміна якостей особистості, які наступають під впливом тривалого виконання професійної діяльності, в результаті чого формується професійний тип особистості.

Найбільш часто професійна деформація зустрічається серед професій, які пов'язані з некерованим впливом на інших людей (чиновники, керівники, лікарі, військовослужбовці, працівники поліції, працівники по кадрах, педагоги, психологи).

Синдром емоційного вигорання медичних працівників

Синдром вигорання (за ВООЗ) – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, підвищеною чутливістю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних засобів з метою отримати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності та суїцидальної поведінки (в багатьох випадках).

І. Харді під час вивчення взаємодії в тріаді «лікар-сестра-хворий», описував специфічні стани, характерні для медичних працівників, - «отруєння людьми». Він характеризував їх емоційною напругою, дратівливістю, холодністю та байдужістю до пацієнтів (Михайлова, Спринц & Шатова, 2005).

Американським психологом Х. Фрейденбергом у 1974 було введено поняття - синдром «емоційного вигорання» «вигорання» означає протистояння свого емоційного «Я» виснаженню від переживань, що виникають під час виконання роботи, внаслідок чого поступово й формується синдром. Цей стан більш притаманний фахівцям з великим творчим потенціалом, гуманістичним відношенням та надзвичайно люблячих свою справу. Синдром вигорання Х. Фрейденберг визначав як «ураження, виснаження або знос, що відбувається в організмі людини внаслідок різко підвищених вимог до власних ресурсів та сил».

Фактори ризику виникнення синдрому вигоряння:

- щільний робочий графік (більше 45 годин на тиждень), або нестабільний робочий графік;
- напружена психоемоційна діяльність;
- низька підтримка колективу та керівництва;
- велика кількість зайвої «паперової роботи»;
- низька зарплата, яка не відповідає вкладеним зусиллям;
- висока невизначеність в оцінці роботи (один і той же результат може бути оцінений по-різному в залежності від ситуації);
- неможливість впливати на результат роботи (хворий може померти незалежно від того, наскільки кваліфікований лікар; фактори, які від лікаря не залежать (зламане застаріле обладнання, відсутність ліків);
- двозначні та суперечливі вимоги до роботи;
- робота під постійною загрозою санкцій;
- одноманітна, монотонна, безперспективна робота;
- необхідність зовнішнього прояву емоцій, які не відповідають внутрішньому змісту;
- брак особистого часу, потреба займатися професійною діяльністю та інтересами у вільний від роботи час;
- постійна негативна оцінка праці;
- хаотична організація робочого часу;
- існування нездорової «конкуренції» на робочому місці.

Особистісні якості, що підвищують схильність до виникнення синдрому вигоряння: емоційність та чутливість до проблем інших; невміння планувати свій час; високий самоконтроль; схильність до самопожертви; висока особистісна відповідальність і високі особистісні стандарти; низька самооцінка; придушення негативних емоцій і раціоналізація власної поведінки; схильність до тривожних реакцій, особливо якщо щось йде не так, або ситуації не відповідають «особистісним стандартам» та запитам оточуючих (Спіріна та ін., 2012).

Особи, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я (психіатри, психотерапевти, медичні психологи, логопеди, педагоги дефектологи, соціальні робітники, середній та молодший медичний персонал), в найбільшій ступені підтверджені професійному вигорянню, так як їх професійна діяльність пов'язана не тільки з великою кількістю контактів з людьми, а й з особливістю цих контактів та відношень (Юрьєва, 2004). Також високий рівень наявності синдрому відмічається у маючих справу з хронічними, або перспективно невиліковними хворими (наприклад лікарів онкологів, анестезіологів-реаніматологів). Більш низький ризик до професійної деформації та синдрому вигоряння мають особи, які працюють з більш «перспективними», в плані одужання пацієнтами - акушерство, гінекологія, офтальмологія. Наприклад лікарі-

спеціалісти з терапії та стоматології мають середній рівень ризику виникнення синдрому вигоряння.

C. Maslache, Jacson S. E. (1986) виділили наступні ознаки «синдрому вигоряння»:

1. Зміни в поведінці медичного працівника (небажання працювати, спілкуватися з хворими, втрата навичок відновлення здоров'я за рахунок розваг;

2. Зміни почуттів. Втрата почуття гумору, або навпаки, поява «чорного гумору», наявність переживань невдачі та провини;

3. Зміни в мисленні. Поява думок про необхідність залишити роботу;

4. Зміни у стані здоров'я. Інверсія ритму сон-неспанья, загальне зниження імунітету, виснажливості .

Симптоми синдрому вигоряння можна розподілити на п'ять груп:

1. Фізичні симптоми: фізичне виснаження, хронічна втома, підвищення або зниження ваги, дисомнічні розлади, безсоння, соматичні симптоми такі як утруднене дихання, ядуха, нудота, запаморочення, пітливість, тремтіння, підвищення артеріального тиску, захворювання шлунково кишкового тракту, хвороби серцево-судинної системи тощо;

2. Емоційні симптоми: емоційна тьмяність, холодність, відсутність емпатії песимістичне бачення майбутнього, цинізм, нечутливість у роботі й особистому житті, байдужість до пацієнтів та близьких, відчуття безпорадності, запальність, агресивність, дратівливість, тривога, нездатність зосередитися, депресія, почуття провини, істеричні реакції, втрата надій або професійних перспектив.

3. Поведінкові симптоми: тривалий робочий час - більше 45 годин на тиждень, з'являється хронічна втома і бажання відпочити, байдужість до їжі, підвищення вживання тютюну, алкоголю, ліків, можливі нещасні, імпульсивна та психопатоподібна поведінка;

4. Інтелектуальний стан: відчуття туги, апатії, агедонія, падіння та поступова втрата інтересу до життя. зниження інтересу до роботи, відсутність бажання до пошуку альтернативних підходів у вирішенні професійних проблем та творчому підходу, нудьга, надання переваги стандартним шаблонам, цинізм або байдужість до нововведень, та подальшого навчання новому;

5. Соціальні симптоми: низька соціальна активність, падіння інтересу до дозвілля, відсутність хобі, захоплень, звуження кола соціальних контактів, які по мірі прогресування синдрому вигоряння обмежуються роботою, уникання контактів з колегами, відчуття ізоляції, нерозуміння оточуючими, занурення у внутрішній світ (Спіріна та ін., 2012).

Теорія стресу Г. Сельє також пояснює виникнення синдрому вигоряння. За Г. Сельє стрес – це неспецифічна відповідь організму на будь-яку вимогу до нього. За своєю фізіологічною суттю стрес є адаптаційним процесом метою якого є збереження морфофункціональної єдності організму та забезпечення оптимальних можливостей для задоволення потреб (Selye, 1976).

Виділяється три основні стадії розвитку стресу:

- перша стадія – аларм-стадія, або стадія тривоги;
- друга стадія – стадія резистентності, або опору;
- третя стадія – стадія виснаження.

Виходячи цієї теорії синдром вигоряння власне є третьою стадією - стадією виснаження.

Ключові ознаки синдрому емоційного вигоряння: граничне виснаження; відгородженість від клієнтів (пацієнтів, учнів) та від роботи; відчуття неефективності й недостатності своїх досягнень. (Selye, 1952).

Р. Смирнов та Д. Гоулд виділили етапи формування синдрому вигоряння :

1. Деперсоналізація, або втрата індивідуальності – лікар у такий період стає відчуженим, намагається уникнути емоційних контактів, відгороджується від контактів з колегами;

2. Недооцінка особистісного вкладу у спільну справу – під час цього етапу медичний працівник втрачає здатність отримувати задоволення від виконаної роботи;

3. Ізоляція – спостерігається добровільна ізоляція від колег, така особа ухиляється від виконання доручених їй обов'язків, намагаючись пояснити таке «поважними» причинами;

4. Зростання фізичної виснажливості – на цьому етапі людина суб'єктивно відчуває себе спустошеною емоційно та фізично та неможливість продовжувати повноцінно працювати. (Смирнов & Гоулд, 1998, pp. 40–56)

Дж. Грінберг пропонує розглядати емоційне вигорання як п'ятисходнковий прогресуючий процес (Грінберг, 2002).

1. Перша стадія емоційного вигорання («медовий місяць»). Працівник почуває себе добре як у фізичному так і у фізіологічному плані, зазвичай задоволений роботою і завданнями до яких відноситься з ентузіазмом. Поступово, по мірі зростання кількості стресів та фруструючих факторів професійна діяльність приносить менше задоволення, працівник стає менш активним під час виконання завдань та професійних обов'язків.

2. Друга стадія («недолік палива») – на цій стадії стають помітними апатія, наростає втома, часто виникають дисомнічні розлади. За відсутності додаткової мотивації медичний працівник втрачає інтерес до

виконання своєї роботи. Зникає бажання працювати саме в цій організації, можливі дисциплінарні порушення та проступки, що призводять до дисциплінарних стягнень. У разі його стимуляції, або високої мотивації працівник може продовжувати горіти, користуючись внутрішніми ресурсами, але в збиток своєму психічному та фізичному здоров'ю.

3. Третя стадія ("хронічні симптоми") - надмірна робота без відпочинку, приводить до виснаги і схильності до частих захворювань. А також до змін у психологічній сфері, що проявляється частою дратівливістю, злобністю, пригніченістю, «чорним гумором», холодністю та відсутністю емпатії. Постійне переживання браку часу - синдром менеджера.

4. Четверта стадія (криза) – під час цієї стадії у людини розвиваються хронічні захворювання, втрачається працездатність. І, як наслідок, підсилюються психологічні розлади та незадоволеність власним життям.

5. П'ята стадія емоційного вигорання («пробиття стіни») – проблеми з фізичним та психічним здоров'ям підсилюються й за часту призводять до виникнення небезпечних захворювань, що загрожують життю людини, можливі суїциди, зловживання алкоголем або наркотичними речовинами. Кар'єра працівника неухильно котиться під гору.

Профілактика та корекція професійного вигорання

З синдромом вигорання може зіткнутися кожен спеціаліст, що працює в медицині. Тому первинна профілактика синдрому вигорання повинна починатися вже у період навчання у вищому навчальному закладі. Під час вивчення клінічних дисциплін студент може ознайомитись з професіограмою, тобто вимогами до фізичних та психологічних якостей, необхідних майбутньому лікарю у тій чи іншій спеціальності (хірургії, педіатрії, психіатрії тощо). Доцільним є набуття студентами та інтернами навичок професійної комунікації, тренування контролю власного часу, впевненості в собі, підвищення переносимості професійного стресу.

Профілактика синдрому вигорання (ВООЗ, 1998):

- запобігання занадто високим вимогам до осіб, що надають допомогу іншим людям;
- забезпечення рівномірного розподілу завдань між співробітниками;
- навчання співробітників розподілу часу та технікам релаксації;
- модифікація робіт, що викликають занадто сильний стрес;
- формування груп підтримки;
- наявність можливості працювати на частину ставки;

- заохочення співробітників до участі в прийнятті рішень, що вплинуть на умови роботи (Спіріна & Вітенко, 2002)

Виділяють такі основні стратегії профілактики та корекції синдрому вигоряння:

- проведення занять та бесід з співробітниками які тільки влаштовуються на роботу для ознайомлення з труднощами і фруструючими ситуаціями, що можуть виникнути під час виконання ними своїх професійних обов'язків, надання практичних рекомендацій з метою вирішення типових конфліктних ситуацій;

- регулярне проведення зборів та конференцій з персоналом з метою обговорювання алгоритму дій при кризових ситуаціях, специфіки роботи з контингентом хворих;

- проведення психологічних тренінгів з персоналом для напрацювання комунікативних навичок, навичок контролю власного часу, підвищення самооцінки, впевненості в собі, усвідомлення емоцій, релаксації;

- професійний розвиток, самовдосконалення, відхід від непотрібної конкуренції;

- навчання навичкам емоційно-орієнтованого подолання стресу таким як дихальна гімнастика та релаксація, регуляції емоційного стану;

- періодичне добровільне обстеження співробітників для виявлення синдрому вигоряння;

- створення груп взаємодопомоги серед людей, що виконують схожу роботу та мають однотипні проблеми;

- надання можливості для неструктурованого спілкування під час обідньої перерви або колективного відпочинку;

- організація супервізійних та балінтовських груп, на яких можливе обговорення проблем персоналу, що виникають при спілкуванні з пацієнтами та колегами, емоційних реакцій та психологічних захистів, альтернативних планів ведення пацієнтів;

- проведення дебрифінгу – обговорення випадків травматичних подій та ситуацій (смерть пацієнта, випадки суїциду, робота з родичами важкохворих, повідомлення фатального діагнозу), під час яких працівники можуть виразити свої думки, почуття, асоціації; що дозволяє зменшити імовірність неадекватних реакцій та полегшити переживання про те, що сталося;

- зміна стилю ведення лікувального процесу від суто біологічного до введення реабілітаційних підходів;

- корекція медичної субкультури, в якій прийнято заперечувати власні проблеми зі здоров'ям. Чітке розділення між роботою та особистим життям;

- налагодження взаємодії між співробітниками та адміністрацією з наданням можливості для працівників впливати на організацію робочого процесу;
- постійний моніторинг робочого клімату у відділенні та негайне вирішення поточних проблем;
- структурування обов'язків співробітників для рівномірного розподілу рутинних обов'язків;
- надання можливості співробітникам надавати свої пропозиції задля покращення трудового процесу та впроваджувати їх.
- задля психологічного благополуччя персоналу обмежити його працю робочим часом та не поширювати на домашнє життя (Юрьєва, 2004).

Рекомендована література

- Цивільний Кодекс України (2003). *Відомості Верховної Ради України*. 40-44, 356. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
- Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1993). *Відомості Верховної Ради України*. № 4. 19. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
- Вітенко, І. С. (1994). Загальна та медична психологія. Київ : Здоров'я.
- Вітенко, І. С. (Ed.). (2007). Медична психологія : підруч. Київ : Здоров'я.
- Вітенко, І. С., Чабан, О. О., & Бусло, О. О. (2002). Сімейна медицина. Психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих. Тернопіль : Укрмедкнига.
- Кокур, О. М. (2012). Психологія професійного становлення сучасного фахівця : монограф. Київ : ДП "Інформ.-аналіт. агенство."
- Любан-Плоцца, Б. (2001). Терапевтический союз врача и пациента. Киев: АДЕФ-Украина.
- Смирнов, Р., & Гоулд, Д. (1998). *Основы психологии спорта и физической культуры* (pp. 40–56). Київ : Олимп. лит.
- Спіріна, І. Д., & Вітенко, І. С. (Eds.). (2002). Загальна та медична психологія : практикум. Дніпропетровськ : АРТ ПРЕС.
- Спіріна, І., Вітенко, І., Напрєєнко, О., Пшук, Н., Кожина, Г., & Вєрбенко, В. et al. (2012). Медична психологія : підруч. Дніпропетровськ : ЧП «Ліра» ЛТД.
- Харди, І. (1988). *Врач, сестра, больной. Психология работы с больными*. Будапешт : Akadémiai Kiadó.
- Юрьєва, Л. Н. (2004). *Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция*. Киев : «Сфера».
- Maslach, С., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA Consulting Psychologists Press.
- Selye H. (1976) *Stress without Distress*. In: Serban G. (eds) *Psychopathology of Human Adaptation*. Springer, Boston, MA.
- Selye, H. (1952). *The story of the adaptation syndrome (Told in the form of informal, illustrated lectures)/ by Hans Selye*. Montreal: Acta Med. Publ.

ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

У сучасному мінливому та динамічному світі спостерігаються тенденції до зміни характеру соціальних відносин у сфері професійної діяльності лікаря, розробка нових нормативно-правових і етичних положень, гуманізація його практичної діяльності. Прогрес, який відбувається зараз у медичній галузі, потребує від сучасного фахівця цієї галузі оволодіння високим рівнем комунікативної культури, від якої залежить оцінка його як висококваліфікованого спеціаліста. У зв'язку з цим особливу актуальність набувають проблеми пошуку шляхів вдосконалення професійної підготовки майбутнього медичного працівника в контексті формування його фахової та загальнокультурної компетентності.

Комунікативна культура майбутнього лікаря є складним, багатоаспектним та інтегративним утворенням, яке складається із взаємопов'язаних компонентів і потребує системного підходу до її формування. Цей доволі динамічний процес відбувається в рамках системи професійної підготовки майбутніх фахівців, включений у загальну структуру фахової підготовки студентів у вищих медичних навчальних закладах.

Спираючись на результати досліджень науковців Курінної А. Ф. (2012), М'ясоїд Г. І. (2013), Уваркіної О. (2012), Шепеленко Т. (2017) в поняття «комунікативна культура» входять такі поняття як: гуманність, толерантність, чуйність, емпатія, атракція, взаєморозуміння, людинолюбство. Також визначено, що комунікативну культуру майбутніх лікарів характеризують наступні показники – вміння слухати, наявність соціально-перцептивної, рефлексивної та емпатійної здатності, здатність ясно мислити в умовах стресової ситуації, особиста проникливість, спостережливість, творче натхнення, наполегливість у досягненні мети, націленість на самоосвіту, вміння переконувати, а також органічна міміка, жести, зовнішній вигляд, загальне враження, здатність до взаєморозуміння в різних умовах обміну інформацією (Кравченко Е. В., 2004).

Необхідно виокремити структуру комунікативної культури майбутнього лікаря, спираючись на наукові доробки Зязюна І. (2004), який включає такі основні складові:

1) *індивідуально-особистісну*, компонентами якої є індивідуальні особливості особистості (темперамент, характер, здібності, інтелектуально-пізнавальна сфера, екстравертованість/інтровертованість та ін.) та її прижиттєві надбання (ідеали, установки, цінності, моральні якості, етичні норми);

2) *мотиваційно-вольову*, яка охоплює потребово-мотиваційний (потреби в пізнанні й самопізнанні, в оцінці інших людей, у спілкуванні,

самоствердженні, самовдосконаленні, самовираженні; мотивація досягнення успіху й уникнення невдач; спрямованість особистості на своє «Я», на комунікативний контакт, на справу) та емоційно-вольовий компоненти (самоконтроль, емоційна стійкість, емоційна культура (культура прояву емоцій), уміння уникати конфлікту або ефективно виходити з нього);

3) *соціально-комунікативну*, яка включає соціально-психологічний (емпатія, сприйняття себе та інших, уміння бути потрібним, рефлексивність, усвідомлення соціальної ролі й манери поведінки, узгодженої з цією роллю) та індивідуально-комунікативний компоненти (взаємозв'язок, взаєморозуміння; уміння встановлювати й підтримувати контакт, зворотній зв'язок; мовна компетентність, культура мислення і мови, мовленнєва активність; комунікативні знання, уміння та навички).

Таким чином, зазначені складові структури взаємодоповнюють одна одну та впливають на якість комунікативної культури майбутнього фахівця.

Психологічні основи спілкування в лікувальному процесі

Спілкування відіграє важливу роль у житті й діяльності кожної людини. Завдяки спілкуванню утворюються товариства людей, в яких налагоджується взаємодія і виробляються соціальні норми поведінки та єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини. Знання сутності спілкування, його закономірностей, функцій, взаємного обміну й проблем є підґрунтям для реалізації та поліпшення стосунків з іншими людьми та задоволення вищих потреб особистості. Без спілкування особистість не може повноцінно розвиватися.

В історичному аспекті спілкування виникло як складова сумісної діяльності людей та відіграло організуючу та супроводжуючу функцію. В подальшому при ускладненні діяльності спілкування стає самостійним та починає виконувати більш фундаментальну функцію – передача наступним покоління культурних напрацювань і досвіду попередніх поколінь. Маленька дитина, опановуючи мову, спілкуючись з оточуючими, починає засвоювати культуру та норми суспільства, будує та усвідомлює картину світу та свого «Я», як складової цього світу. Спілкування має багаторівневу структуру, основу якій будують мотиваційні складові особистості, а саме потреба у визнанні, психологічному комфорті та безпеці, духовному та емоційному контакті, в пізнанні та самопізнанні та інше, і саме задоволення цих потреб є головною метою спілкування. Через спілкування людина відчуває себе індивідом, який прагне бути особистістю, професіоналом своєї справи, громадянином, складовою суспільства. В той же час, спілкування може мати більш селективну спрямованість, переходити в категорію

професійного, як, наприклад, лікувальна діяльність, де спілкування важливий інструмент впливу на особистість.

Низка експериментів, коли людина не мала можливості спілкуватись, а також випадки, коли діти виростили серед тварин, переконливо свідчать, що для повноцінного та гармонійного психічного розвитку та функціонування особистості необхідне спілкування. На думку відомого філософа Григорія Сковороди, «людина, спілкуючись, реалізує свої природні обдарування, які можна реалізувати тільки через освіту та самопізнання. Пізнати в собі справжню людину – в цьому щастя, а корінь нещастя – в неправильному розумінні своїх здібностей, самого себе».

У процесі спілкування можна виділити такі аспекти, як зміст, мета і засоби.

Зміст спілкування – інформація, яка передається від однієї людини іншій під час міжособистісних контактів. Це може бути опис внутрішнього (емоційного) стану співрозмовника, або відомості про наукові та побутові знання, навички та уміння, про саму людину (її зовнішній вигляд, характерологічні особливості, манера поведінки тощо).

Мета спілкування – це обмін думками, інформацією та індивідуальним досвідом.

Засоби спілкування – це шляхи передачі інформації (через органи чуття, мову, інші знакові системи).

Вербальне (словесне) спілкування – один з основних засобів спілкування між людьми та реалізується за допомогою мови (усної чи письмової).

Невербальне спілкування відбувається мимовільно, через міміку, жести, позу та інтонацію. Цей засіб передачі інформації людина засвоює раніше, ніж вербальний. Прикладом цього може бути спілкування з маленькою дитиною, яка жваво реагує на жести, вираз обличчя або інтонацію дорослих (Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В., 2011).

Поняття про комунікативну компетентність

Комунікація (лат. communico – спілкуюсь з кимось) – це взаємодія між людьми, під час якої відбувається обмін думками, інформацією, формується ставлення до отриманої інформації, що, в цілому, сприяє взаєморозумінню. Основним видом комунікації в медичному середовищі є **ділове спілкування** – це спілкування на офіційному рівні, яке забезпечує досягнення конкретних цілей виробничого характеру. Від правильної організації ділового спілкування фахівців залежить результативність їхньої діяльності, ступінь взаєморозуміння з колегами, пацієнтами та співробітниками. Ділове спілкування напряму пов'язане з рівнем комунікативної компетентності індивідів.

Комунікативну компетентність розглядають і як характеристику особистості, і як сукупність комунікативних, конструктивних, організаторських умінь особистості, тобто розуміють під компетентністю здатність не тільки володіти знаннями, але й потенційно бути готовим їх застосовувати у нових ситуаціях (Симоненко Л. О., 2005).

Поняття комунікативної компетентності включає володіння певними нормами спілкування, поведінку, як результат засвоєння етнічних і соціально психологічних еталонів, поведінкових стереотипів, стандартів. Таким чином, у процесі оволодіння основами комунікативної компетентності людина запозичує з культурної сфери засоби аналізу комунікативних ситуацій у вигляді мовних та візуальних форм.

Виділяють компоненти комунікативної компетентності (Бондаревская Е. В., 2000):

- *когнітивний компонент* характеризує діяльність із забезпечення майбутніх фахівців системою професійних комунікативних знань, він реалізується через насичення освітнього процесу комунікативним змістом, через цілеспрямовану організацію позааудиторної навчальної діяльності, орієнтовану на самостійне здобуття і поглиблення комунікативних знань на основі самоосвіти;

- *практичний компонент* відображає діяльність з розвитку професійних комунікативних умінь і ґрунтується на забезпеченні студентів комунікативним досвідом, організації різної за видами, формами і змістом цілеспрямованої самостійної діяльності;

- *ціннісно мотиваційний компонент* характеризує діяльність із формування ціннісного відношення до майбутнього професійного функціонування, установки на розвиток професійної комунікативної компетентності і участь в професійному спілкуванні.

Структурні складові комунікативної компетентності

Згідно концепції соціальної психології прийнята наступна структура спілкування, що включає *перцептивний, комунікативний та інтерактивний* аспекти, то з цієї позиції комунікативну компетентність можна розглядати як складову спілкування. Виходячи з цього комунікативний процес слід розглядати як «процес між людьми, як активними суб'єктами, з урахуванням відносин між партнерами». Тобто, виникає «вузьке» розуміння «комунікації». Однак доволі часто «комунікацію» розуміють як синонім спілкування, роблячи акцент на тому, що «комунікативний» вплив є варіантом психологічного впливу одного комуніканта на іншого з метою зміни його поведінки. Це означає, що відбувається активна зміна самого типу відносин, який склався між учасниками комунікацій. Однак є й широке розуміння «комунікації», яке

застосовується у зв'язку з розвитком та удосконаленням системи масових комунікацій в суспільстві.

Виділяють наступні складові комунікативної компетентності:

- орієнтованість в різних ситуаціях спілкування, заснована на знаннях і життєвому досвіді індивіда;
- здатність ефективно взаємодіяти з оточенням, завдяки розумінню себе та інших, при постійному видозміні психічних станів, міжособистісних відносин і умов соціального середовища;
- адекватна орієнтація людини в самому собі – власному психологічному потенціалі, в потенціалі партнера, в ситуації;
- готовність і вміння будувати контакт з людьми;
- внутрішні засоби регуляції комунікативних дій;
- знання, вміння та навички конструктивного спілкування;
- внутрішні ресурси, необхідні для побудови ефективної комунікативної дії в певному колі ситуацій міжособистісної взаємодії.

Таким чином, комунікативна компетентність виступає як структурний феномен, що містить такі складові, як цінності, мотиви, установки, соціально-психологічні стереотипи, знання, вміння, навички.

Важливо зауважити, що для якісного розвитку професійної комунікативної компетентності важлива сукупність загальних принципів цілісного педагогічного процесу, таких як міждисциплінарна координація, особово-орієнтована спрямованість вчення, свідомість і активність студентів.

Комунікативна компетентність майбутнього лікаря передбачає засвоєння ним правил і норм усної і писемної мови, уміння користуватись ними в різних життєво-професійних ситуаціях. Крім того, вона передбачає і включення системи психологічних умінь, що забезпечують ефективну комунікацію (знання типів поведінки, темпераменту людей, варіантів механізмів психологічного захисту тощо), а рівень сформованості комунікативної компетентності є своєрідним індикатором комунікативної культури особистості в цілому.

Основними показниками та критеріями саме комунікативної компетентності студентів-майбутніх лікарів (Юсефа Ю.В., 2013) є:

- мовна компетенція (знання мови; володіння мовними вміннями й навичками);
- мовленєва компетенція (уміння використовувати мовні засоби, адекватні меті спілкування), тобто володіння мовленєвими вміннями й навичками;
- предметна компетенція стосується вмінь відтворювати у свідомості картину світу – предмети, явища й взаємозв'язок між ними на основі активного володіння загальною лексикою;

- прагматична компетенція виявляється в здатності до здійснення мовленнєвої діяльності, зумовленої комунікативною метою до свідомого вибору необхідних форм, типів мовлення, врахування ознак функціонально-стильових різновидів мовлення (опису, роздуму, розповіді).

Крім того, слід погодитись з точкою зору Вороненко Ю. В. (2007), що комунікативна компетентність лікаря передбачає наявність у нього таких основних комунікативних умінь або здатностей:

- установити контакт зі співрозмовником;
- підтримувати розмову;
- будувати висловлювання в різних стилях та жанрах мовлення;
- уміння переконувати, доводити, захоплювати ідеями, задумами;
- вести бесіду, розповідати;
- знання медичної термінології;
- внутрішня настанова на виявлення та виправлення помилок різних типів у власному мовленні;
- внутрішня настанова на аналіз змістової правильності мовлення;
- здійснення професійної комунікації за допомогою відповідних вербальних і невербальних мовних засобів;
- уміння редагувати власне мовлення;
- нормативно та відповідно до ситуації спілкування послуговуватися фактичними жанрами мовлення;
- продукувати професійно орієнтований текст.

В рамках проблематики підвищення ефективності комунікації доцільно згадати про таке явище в людській взаємодії, як роль. Роль – є фіксацією певного положення, яке займає той чи інший індивід у системі міжособистісних відносин. Оскільки праця лікаря – суспільне явище, тому лікар у ній займає відповідну соціальну позицію і виконує властиву їй роль. Роль лікаря – це детермінована поведінка, яку він виконує при реалізації професійних функцій.

У психології виділяють формальні, внутрішньо групові, міжособистісні та індивідуальні ролі.

Формальна роль – це поведінка, яка будується відповідно до засвоєними очікуваннями з боку оточення, пов'язаними з виконанням тієї чи іншої соціальної функції (лікар, медична сестра, учень, педагог, підлеглий, керівник і т.і.).

Внутрішньо групова роль – це поведінка, що вимагає обліку очікувань, запропонованих учасниками групи на основі сформованих стосунків.

Міжособистісні ролі – це поведінка, яка передбачає врахування очікувань, запропонованих іншою людиною на основі сформованих відносин.

Існують і інші класифікації ролей: *активні ролі*, що виконуються в даний момент і *латентні ролі*, які не виявляються в даний ситуації; *інституціолізовані*, пов'язані з офіційними вимогами організації, і *стихійні*, пов'язані зі стихійно виникаючими відносинами.

Таким чином, можна зазначити, що комунікативна компетентність включає не тільки особистісні властивості індивіда, але і певним чином організовані пізнавальні процеси і емоційну сферу.

Функції спілкування

Спілкування є багатоплановим процесом, який виконує низку функцій. Функціональні можливості спілкування реалізуються на різних рівнях в залежності від ситуацій, змісту і мети спілкування. Більшість класифікацій функцій спілкування пов'язана з обміном інформацією, взаємодією та сприйняттям людьми одне одного.

Функції спілкування (за Б. Ломовим, 1984):

- *інформаційно-комунікативна* – охоплює всі процеси обміну інформацією – формування, передача та приймання інформації;
- *регуляційно-комунікативна* – полягає в регуляції поведінки й спільної діяльності у процесі взаємодії – людина при спілкуванні регулює не лише свою поведінку, але й поведінку інших людей, тобто відбувається процес взаємного узгодження дій;
- *афективно-комунікативна* – регуляція емоційної сфери людини – через емоції виявляється ставлення індивіда до навколишнього середовища, в тому числі і соціального.

Функції спілкування (за С. Д. Максименком, 2000):

- *комунікативна* – це різні форми та засоби обміну і передачі інформації, завдяки яким стають можливими збагачення дій та взаєморозуміння людей, є важливою умовою наступності і розвитку, соціального та наукового прогресу людства та індивідуального розвитку особистості;
- *інтерактивна* – це взаємодія між індивідуумами для обміну знаннями, ідеями, а також впливом, взаємними намаганнями, діями тощо;
- *перцептивна* – це процес сприйняття партнерами один одного, їх взаємного пізнання як основи для взаєморозуміння (визначення контексту зустрічі, розуміння настрою партнера за його вербальною та невербальною поведінкою, врахування «психологічних ефектів» сприйняття під час аналізу комунікативної ситуації тощо).

Однією з особливостей спілкування є формування міжособистісних відносин. Виходячи з названих вище функцій, Г. Андрєєва (2001) виділяє три сторони спілкування: *комунікативну* (обмін інформацією), *інтерактивну* (взаємодія) і *перцептивну* (розуміння людини людиною).

Роль психологічних особливостей лікаря, поняття «ідеальний лікар»

Підготовка майбутніх медичних спеціалістів є складовою професійної освіти і спрямована на забезпечення фахівців певним рівнем професійної майстерності, формування в них відповідних якостей з конкретної професіограми з одночасним розвитком психологічної культури особистості в загальному розумінні.

У науковій літературі окреслені теоретико-методологічні основи медичної освіти, які полягають у розробленні нових методів медичного пізнання, дослідженні та методологічному обґрунтуванні їхньої відповідності кваліфікаційним вимогам, що визначаються для фахівців медичного профілю; визначенні специфіки професійної діяльності медиків; розробленні структури та процедур професійної медичної освіти (Колісник-Гуменюк Ю. І., 2013).

В той же час, особливості особистості виступають, за Л. Корнеєвою (2007), найважливішими детермінантами професійного навчання: від них багато в чому залежить якість підготовки і швидкість набуття професійної майстерності. Ефективність лікарської діяльності детермінується розвитком особистості лікаря, наявністю тих особистісно й професійно значущих складових, які наповнюють лікувально-профілактичну діяльність емпатійністю, чуйністю, гуманістичною спрямованістю, піклуванням про хворого, всебічним виконанням лікарського обов'язку.

Професійно-психологічна культура лікаря залежить від низки факторів: досвіду роботи, рівня знань, ставлення до своєї професії, а також від матеріального та морального компонентів професійних уявлень, які виступають регуляторами професійної діяльності спеціаліста. Те, який соціально-психологічний портрет пацієнта постає перед медиком при інтерпретації своїх професійних завдань, і те, як вони бачать себе при взаємодії з пацієнтами, є важливим фактором, що дозволяє встановити оптимальну модель співпраці всіх учасників лікувально-діагностичного процесу. Ще до початку взаємодії майбутні учасники уявляють різні бажані та небажані прояви якостей і поведінки один одного. На процес взаємодії лікаря і пацієнта, крім власне кваліфікації фахівця, також впливають такі чинники, як соціально-демографічні та культуральні особливості, очікування певного стилю спілкування та поведінки спеціаліста (наприклад, директивний або демократичний лікар). Все це сприяє виділенню понять «ідеального» і «реального» лікаря.

До якостей і властивостей, які характеризують «ідеального лікаря», відносять його статевовікові, характерологічні і особистісні особливості, стиль міжособистісної взаємодії, рівень кваліфікованість. Найчастіше пацієнт уявляє «ідеального лікаря» як особу однієї з ним статі, сексуальної орієнтації і більш старшого за віком (Ж. Лакан (1995), В. Д. Менделевич (2008)). Врахування такого фактору як стать особливо яскраво

проявляється в сексологічній, урологічній, шкірно-венерологічній, проктологічній та інших медичних областях, що, з психологічної точки зору, пов'язане з більш глибоким рівнем інтимності взаємодії між лікарем та пацієнтом. Простежується тенденція приписування якостей «ідеального лікаря» чоловікам в хірургічних спеціальностях і жінкам в терапії. Встановлено, що в таких медичних областях як психіатрія, психотерапія, неврологія та інші велику роль відіграють здатність до ґрунтовного і неквапливого аналізу стану пацієнта, ведення стриманої, зваженої розмови, високий рівень досвідченості, великий запас знань і практичних навичок.

З особистісних і характерологічних особливостей лікаря пацієнти віддають перевагу таким, як шанобливість, уважність до пацієнтів, любов до своєї професії, доброта, ввічливість, душевність. В. А. Ташликов (1984) в експериментально-психологічному дослідженні визначив, що пацієнти з розладами невротичного спектру в образ «ідеального лікаря» з найбільшою частотою включають якості в наступній послідовності за значимістю: розум - 74%, уважність – 57%, захопленість роботою – 52%, чуйність – 49%, тактовність – 49%, терплячість – 49%, почуття обов'язку – 45%, спокій – 40%, серйозність – 38%, почуття гумору – 38%. Еталон лікаря змінювався в залежності від клінічної форми неврозу, статі і віку хворих.

Важливо зазначити, що іншою професійно значущою якістю медичного працівника є комунікативна толерантність – терпимість, поблажливість та ін. Комунікативна толерантність вказує, в якому ступені лікар переносить суб'єктивно небажані, неприйнятні для нього індивідуальні особливості пацієнтів, негативні якості, осуджені вчинки, звички, чужі стилі поведінки і стереотипи мислення. Кожен хворий може викликати різні відчуття, подобатися або не подобатися, може бути приємним або неприємним для лікаря, але в будь-якому випадку психологічна підготовка медика повинна допомогти впоратися з ситуацією, запобігти конфлікту або виникненню неформальних відносин (Філоненко М. М., 2012).

Останнім часом у зв'язку з загостренням міжнаціональних відносин у світі важливим при взаємодії лікаря і пацієнта стає їх національна приналежність. Вагомою стає така якість як національна толерантність, відсутність національних упереджень. Релігійний фактор в останні роки стає все більш значущим як у зв'язку з ростом числа віруючих, так і в зв'язку з певними вимогами особистої гігієни та поведінки в разі хвороби, що існують в різних конфесіях. Є точка зору про те, що звернення за медичною допомогою до лікаря іншої релігії може вважатися порушенням з позиції віри. Це особливо яскраво проявляється по відношенню до жінок-мусульманок.

Сексуальна орієнтація людини (гетеросексуальність або гомосексуальність) виявилася достатньо істотним фактором для налагодження психологічного контакту між лікарем і пацієнтом відносно нещодавно. У переважній більшості гетеросексуалів до однієї з важливих властивостей «ідеального лікаря» беззастережно відноситься і параметр сексуальної орієнтації. Для пацієнтів гомосексуальної орієнтації, в більшій мірі, важлива не сексуальна орієнтація лікаря, а толерантне ставлення до людей з відмінною від його власної сексуальною орієнтацією (Тихоненко В. А., 1996).

Для прояву довіри має також значення і перше враження, яке виникає у хворого при зустрічі з лікарем, його актуальна міміка, жестикуляція, тон голосу, вираз обличчя, які витікають з попередньої ситуації і не призначені для хворого, а також і зовнішній вигляд: якщо хворий бачить лікаря неохайного, невиспаного з якої-небудь, що не відноситься до роботи причини, то він втрачає віру вважаючи, що людина не здатна турбуватися про себе, не може турбуватися і про інших і бути надійною в своїй роботі. Таким чином, велику роль відіграє зовнішній вигляд: охайність у всьому, що стосується і одягу, і зачіски, і робочого місця. Хворий зазвичай схильний вважати, що хороший лікар має цілком віддавати себе своїй професії, і у нього немає ні часу, ні зацікавленості стежити за новинками моди. Лікар, на його думку, повинен бути одягнений скромно і просто. Різні відхилення в зовнішніх проявах і у зовнішньому вигляді хворі скоріше схильні пробачити тим медичним працівникам, яких вони уже знають і до яких уже відчують довіру.

Підготовка лікаря відрізняється від фахової підготовки спеціалістів з інших галузей особливостями формуванням у них психологічних процесів – зокрема, професійного мислення. Поняття «професійного мислення» використовують в різних галузях наук по-різному і має різне смислове навантаження. Виділяють різні типи професійного мислення: технічне, педагогічне, художнє, математичне, машинне, клінічне та ін. Проте, коли хочуть підкреслити високий професійний рівень спеціаліста в галузі, то мова йде про особливості мислення, які виражають його «якісний» аспект. Коли говориться про професійне мислення, мається на увазі високий рівень кваліфікації фахівця, обумовлений характером професійної діяльності (Абаєв Ю.К., 2010). Якщо йдеться про студентів медичних вузів, то метою розвитку професійного мислення є розвиток клінічного мислення, що дозволяє йому не тільки виконувати професійні завдання на високому рівні, але і шукати вихід з нестандартних ситуацій у своїй галузі діяльності.

В працях Абаєва Ю. К. (2010), Білібіна О. Ф. (2010), Андропова В. П. (2014) робиться акцент на формуванню у студентів-медиків клінічного мислення і є важливим у їх практичній підготовці. На думку О.Ф. Білібіна

(1973), «клінічне мислення – це та інтелектуальна, логічна діяльність, завдяки якій лікар знаходить особливості, характерні для даного патологічного процесу в даній конкретній особистості. Лікар, що опанував клінічним мисленням, вміє аналізувати свої особисті, суб'єктивні враження, знаходити в них загальнозначуще, об'єктивне, він також вміє дати своїм уявленням адекватне клінічне тлумачення».

Клінічна діяльність лікаря вважається різновидом мистецтва (*ars medica*), тобто сплавом знань, досвіду, мислення й інтуїції. Ще у 460–370 рр. до н.е. Гіппократ послуговувався інтуїцією, хоча й відчував її недостатність у порівнянні з логічним “вивідним” мисленням. За твердженням Захаріна Г. (1829–1897), інтуїтивна діагностика базується на медичній ерудиції, досвіді та пам'яті. Однак у його діяльності вагому роль виконували система опитування хворого, спілкування, лаконічність мови і мовлення. Для розвитку лікарської інтуїції важливо розвивати спостережливість і спостереження, вміння помічати найменші зрушення у зовнішньому і внутрішньому вигляді хворого. Інтуїція не є вродженим даром, вона приходить з роками наполегливої праці. Тому за роки навчання студента у вищому медичному навчальному закладі необхідно акцентувати увагу на її розвитку, вчити майбутнього лікаря довіряти своїй інтуїції, а потім її вдосконалювати.

Психологічні особливості лікувально-діагностичного процесу.

Хвороба – це специфічний біологічний процес, що виникає в організмі людини в результаті її взаємодії з навколишнім середовищем і призводить до порушення або повного припинення її життєдіяльності. Хвороба може стати перешкодою для реалізації життєвих планів, обмежуючи сферу діяльності, коло інтересів, змінюючи характер і зміст спілкування, впливаючи на спрямованість і ціннісні орієнтації особистості. На початковому етапі захворювання людина, як правило, знаходиться у стані розгубленості і стурбованості, не розуміє, що з нею відбувається та серйозність ситуації, а також до яких наслідків це може привести. Даний емоційний стан заважає планувати подальше життя, людина втрачає контроль над ситуацією. Поступово, після встановлення діагнозу захворювання та початку лікування розгубленість і страх замінюються неспокійним очікуванням змін. Якщо покращення стану не настає швидко, людина починає сумніватися у правильності діагнозу та адекватності призначеної терапії. В такій ситуації можливе зниження довіри до лікаря, хворий починає вимагати пояснення та більш точного прогнозу на майбутнє. Однак в більшості випадків лікар такий прогноз надати не може і хворий продовжує знаходитись в стані невизначеності та очікування та відчуває занепокоєння та тривогу. Особливо тривога підсилюється коли пацієнт відчуває навіть незначне погіршення свого

самопочуття, або зміни, що пов'язані з побічною дією ліків чи зміною погодних умов (при наявності метеозалежності), чи з природними фізіологічними процесами у організмі людини (наприклад, менструальні цикли у жінок). Таким чином, хворий опиняється в ситуації невизначеності та тривожного очікування з дефіцитом інформації, яка вважається однією з найскладніших в лікувально-діагностичному процесі. У такі періоди для хворого вкрай важлива тверда позиція лікаря, його впевненість і оптимізм, а також прості і логічні пояснення. Лікар виступає як своєрідна «психологічна опора». Якщо хворий відчуває назмінну зацікавленість, уважність та емпатію, він заспокоюється.

У випадках, коли хвороба набуває хронічного перебігу, періоди невпевненості та занепокоєння будуть з'являтися частіше та створювати своєрідний негативний психологічний вплив на емоційні реакції та поведінку хворого. В той же час, хронічне соматичне захворювання може розглядатися як самостійна психічна травма та призводити до емоційних порушень і формуванню невротичних симптомів, які нашаровуються на основне захворювання.

На якість лікувально-діагностичного процесу можуть впливати такі психологічні чинники (Лакосіна Н. Д., Ушаков Г. К., 1976; Карвасарський Б. Д., 2002):

З боку хворого:

1. Особливості особистості хворого в преморбідний період: в залежності від сили, рухливості, врівноваженості процесів вищої нервової діяльності, характеру та інших функцій психіки необхідно по-різному проводити опитування хворого, прогнозувати динаміку хвороби, призначати лікування.

2. Актуальний емоційний стан хворого: побоювання, фантазії, надцінні реакції, проекції і інші підсвідомі захисні механізми можуть не тільки спотворювати картину захворювання, а й бути головними в клінічній картині.

3. Усвідомлення хворим факту свого захворювання, реакції особистості, які формуються під час захворювання, внутрішня картина хвороби.

4. Врахування анамнестичних відомостей («фактори минулого впливають на теперішнє»). Цікавлячись історією життя і хвороби, лікар визначає вплив мікросоціальних, психогенних, спадкових факторів, прагне виявити основні і другорядні передумови патології, з'ясувати обставини, які призвели до переходу фактора в хворобу. Великий вплив має минулий досвід хворого – позитивний або негативний (що хворий побачив, почув і прочитав про захворювання).

5. Взаємовідносини психосоматичного і соматопсихічних компонентів. Серед складових синдромальних картин хвороби ознаки

соматичного здоров'я постійно співіснують з симптомами зміненої психіки. Кожна окрема хвороба, крім типових для неї клінічних проявів, завжди супроводжується більш-менш вираженими порушеннями психіки хворого, що пояснюється універсальними механізмами порушення вісцеро-церебральної (соматопсихічної) рівноваги. Факт зміненої психіки хворого, в порівнянні зі здоровими, завжди слід враховувати лікарю, від початку першого контакту з хворим на амбулаторному прийомі і протягом всього лікувально-діагностичного процесу.

6. Симуляція та дисимуляція.

Симуляція – уявна поведінка, за допомогою якої прагнуть створити враження про наявність захворювання і його ознак. Найчастіше до цього схильні примітивні особистості, у яких її можна відносно легко виявити. Симулянт завжди прагне до певної користі, яку рано чи пізно виявляють (вихід з неприємної ситуації, отримання співчуття і покращеного обстеження, отримання матеріальної вигоди тощо) (Спіріна І.Д., Вітенко І.С., 2008).

Найчастіше зустрічається агравація – перебільшення ознак захворювання і суб'єктивних скарг. Таке перебільшення може бути повністю свідомим, але швидше зумовлено емоційними мотивами більш глибокого походження, наприклад, підсвідомим страхом, недовірою, відчуттям, що доктор йому не вірить і т. ін.

Дисимуляція – свідоме приховування хвороби і її ознак. Зазвичай зустрічається в психіатрії, а також при захворюваннях, наслідки яких небажані для хворого (наприклад, тривале перебування в лікарні при туберкульозі, повідомлення про захворювання на сифіліс, можливість оперативного втручання в хірургії).

З боку лікаря:

1. Повноцінне фізичне і психічне здоров'я.

2. Висока культура: поєднання більш повної, поглибленої і досконалої освіти, постійного самовиховання з прагненням до активної, продуктивної і корисної діяльності. Для досягнення максимального ефекту своєї діяльності лікар повинен поглиблювати свої знання та вдосконалювати моральні звички, які повинні перевершувати аналогічні якості його хворих.

3. Високий рівень професійної підготовки: сумлінний лікар все життя удосконалює оперативні навички, поглиблює свої знання з діагностики, фармакології та лікування. Важливим є принцип колегіальності, який відображає необхідність і цінність співвідношення свого досвіду і знань з досвідом колег.

4. Характер контакту з хворим: враховуючи діагностичні особливості хворого, слід досягти максимальної довіри до себе, від якої буде залежати кількість і об'єктивність скарг і симптомів.

Обстановка у лікувальних установах має спонукати хворих до відвертості, душевної бесіди, викликати в них впевненість в одужання. Починаючи з реєстратури, хворі повинні розуміти, що все в поліклініці направлено на надання їм допомоги, зменшенню їхніх страждань. Необхідно заспокоїти хворого, допомогти сформувати почуття впевненості. Наочна агітація в поліклініці (стенди, плакати) не повинна викликати у хворих почуття страху і настороги, знижувати віру в зцілення. В поліклінічному відділенні має бути чисто та затишно. Кабінети слід розташовувати з урахуванням зручності для хворих. У стаціонарному відділенні велике значення має створення лікувально-охоронного режиму. Настрій хворого істотно впливає на перебіг хвороби і має контролюватися і спрямовуватися медперсоналом. Наприклад, несприятлива подія, смерть іншого хворого, можуть змінити настрій, похитнути віру в одужання. Отже, тяжкохворих і тих хто видужує треба розміщувати в різних палатах.

Обходи у відділеннях необхідно проводити регулярно і бажано в той самий час. Під час них лікар не повинен випитувати інтимні подробиці, пов'язані з життям чи захворюванням пацієнта, в присутності інших хворих, для цього доцільно запросити пацієнта до свого кабінета окремо та уточнити всі деталі. Усі пацієнти потребують співчуття, але лікар повинен переконати хворого в одужанні та при цьому не потрібно занижувати серйозність захворювання. Вважається, що стан хворого має покращувати сам факт відвідування лікаря.

Поняття медичної етики та деонтології

Лікарська етика інтегрально входить в медичну деонтологію. Медична етика, з точки зору Г. І. Царегородцева (1970), – як один з різновидів професійної етики являє собою сукупність принципів регулювання і норм поведінки медиків, зумовлених специфікою їх діяльності та тією роллю і становищем, які вони займають в суспільстві.

Під лікарською етикою слід розуміти розділ науки про етику, пов'язаний з заломленням загальних принципів моралі на конкретному історичному етапі її розвитку в спеціальній області лікарської діяльності з узагальненням особливих норм і категорій моральних і етичних відносин лікаря і хворого, лікарів між собою, лікаря і близьких хворого, лікаря і суспільства і т. і. Лікарська етика – це вчення про громадські обов'язки лікаря, про соціальну сутність з закономірностями розвитку і формування лікарської моралі, про місце і роль її серед інших суспільних явищ, про ставлення до загальних норм і принципів моралі суспільства (Федотов В. П., 2010).

Найважливіші етичні категорії: обов'язок, совість, честь, гідність, мораль, такт, право.

Згідно сучасних уявлень, медична етика складається з двох основних аспектів:

- науковий – розділ медичної науки, що вивчає етичні та моральні аспекти діяльності медичних працівників;
- практичний – область медичної практики, завданням якої є формування та застосування етичних норм і правил в професійній медичній діяльності.

Відомі такі старовинні джерела медичної етики і деонтології як, наприклад, «Закони Хаммурапі» (закони Древнього Вавілону, XVIII століття до н.е.), «Про лікаря», «Клятва» й «Закон» Гіппократа (V-IV століття до н.е.), індійська «Книга життя» – «Аюрведа» (V-IV століття до н.е.). Термін «етика» як «уявлення про людську мораль і моральність» запропонував Аристотель (384-322 рр. до н.е.). Ієремія Бентам (англійський філософ, правознавець, священик; 1748-1832 рр.) ввів поняття деонтології як «... вчення про належну поведінку людини для досягнення своєї мети...» (XVIII століття). У 1947 р. створена Всесвітня медична асоціація. Її основні декларації – «Женевська декларація» – присяга лікаря (1948), «Міжнародний кодекс медичної етики» (1949), «Гельсінська декларація прав людини» (1964), «Гельсінська-Токійська декларація» (1975), «Міжнародна декларація про права людини» (1983).

Термін «деонтологія» (від грец. *déon* – належне + *lógos* – вчення) введений на початку XIX століття англійським філософом Бентамом як найменування науки про професійну поведінку людини. Частиною загальної деонтології є медична деонтологія, що вивчає принципи поведінки медичного персоналу, спрямовані на максимальне підвищення користі лікування і виключення несприятливого впливу прогалин в медичній діяльності. У поняття медичної деонтології входить і система взаємин, яка встановлюється в процесі лікування між лікарем і хворим. Деонтологію називають вченням про належну поведінку медичного персоналу.

Ще в часи зародження медицини велику увагу звертали як на психологічні особливості лікаря, так і хворого, їх взаємовідносини, а також на переважання в практичній діяльності фахівця філософсько-етичних мотивів. Так, відомий лікар і хімік Парацельс Т. писав: «Сила лікаря – в його серці, робота його повинна керуватися Богом і висвітлюватися природним світлом і досвідченістю, найважливіша основа ліків – любов...». Декарт Р. вважав, що «тільки медицина може вирішити проблеми, які найбільше стосуються величі і щастя людства».

В практику вітчизняної охорони здоров'я вперше ввів термін «медична деонтологія» та розкрив його зміст Пірогов М.І. (1885). Він визначив медичну деонтологію як «...вчення про принципи поведінки лікаря не тільки для досягнення індивідуального благополуччя і почестей,

але і для максимального підвищення суми суспільної корисності і максимального усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної роботи».

Великий внесок в теоретичні аспекти медичної деонтології зробив І. П. Павлов, який науковим об'єктивним методом довів вплив слова як умовного подразника на виникнення, перебіг та завершення «...всякого роду хворобливих станів». В працях Бехтерева В.М. (1908), Платонова К.І. (1957), велике значення приділялось виробленню оптимальних взаємин медперсоналу з хворими, було обґрунтоване використання різних видів психотерапії, що сприяло розвитку вчення про ятрогенії.

В процесі розробки практичних аспектів медичної деонтології з'явилася необхідність їх розробки для окремих медичних спеціальностей – в акушерстві, гінекології, психіатрії, фтизіатрії, травматології, хірургії, венерології, офтальмології, онкології, рентгенології та інших областях клінічної медицини.

Права пацієнта, як і професійна відповідальність лікаря, докладно регламентуються в багатьох документах, починаючи з клятви Гіппократа, яку дає кожен випускник медичного вузу, і закінчуючи деклараціями, рекомендаціями, положеннями і резолюціями Всесвітньої медичної асоціації, ООН, Ради Європи та, в решті решт, ВООЗ. В основу всіх документів закладена повага прав людини, визнання людського життя як найбільшої цінності в будь-якій діяльності і переконаність у виключно гуманному призначенні медичної професії. Положення документів передбачають юридичну (кримінальну) відповідальність за недотримання принципів деонтології медичним працівником.

Деонтологічні особливості взаємовідносин лікаря з хворими та їх родичами

Взаємні стосунки лікаря і хворого в кожному конкретному випадку формуються індивідуально, враховуючи особливості стану, нозологічної приналежності і особистості хворого, а також індивідуально-психологічні особливості лікаря. На формування взаємовідносин також впливають статеві і вікові відмінності, рівень освіти, соціальний статус тощо.

Відомий американський психолог у галузі психології професійної діяльності Р.Віч (1972) виділяє такі моделі взаємодії лікаря та пацієнта:

1. Модель технічного типу. Пацієнт є несправним механізмом, який потребує вдосконалення. У даній моделі взаємовідносин кожна сторона виконує свої функції, які визначені певним кодексом (клятвою Гіппократа тощо). Лікар поводить себе як вчений-прикладник, який має діяти неупереджено, не враховуючи індивідуальних особливостей кожної ситуації.

2. Модель сакрального типу, коли авторитет лікаря впливає на пацієнта, навіть пригнічує його; за Нельсоном-Джоунсом Р. (2000), кабінет лікаря несе для пацієнта деяку ауру святості, а пацієнт сприймає лікаря як чарівника, турботливого батька і навіть Бога, який за своїм розсудом керує життям пацієнта. Пацієнт виступає в ролі дитини, сліпо й беззастережно довіряє лікарю і не несе ніякої відповідальності за власне здоров'я. Гарантом безпеки для пацієнта в цій моделі виступають деонтологічні принципи, закріплені в Клятві лікаря. І якщо не буде цих гарантій, пацієнт просто ніколи не ризикне звернутися до лікаря. Тому основний моральний принцип, який висловлює традицію сакрального типу, говорить: «Надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди». Однак патерналістська модель відносин в медицині в сучасному суспільстві стрімко втрачає свої позиції (Родиков М.В., Кочеткова Л.В., Пахомова Р.А., 2016).

3. Модель колегіального типу характеризується співпрацею лікаря та пацієнта як двох повноцінних партнерів. Дана модель вважається найперспективнішою і відповідає європейським критеріям. Власне сама назва говорить за себе: пацієнт та лікар є «колегами», але це не означає, що пацієнт наділяється повноваженнями медичного персоналу, проте обумовлює рівність лікаря та пацієнта в правах, взаємну повагу лікаря та пацієнта один до одного, а також співпрацю двох сторін. Взаємодія лікаря та пацієнта спрямована на досягнення єдиної мети – діагностування захворювання, лікування пацієнта та його одужання (Лимар Л. В., 2010).

4. Модель контрактного типу побудована на угоді між двома сторонами, в якій оговорюється, які функції, права та обов'язки несе кожна із сторін. Пацієнт є проінформованим про всі етапи свого лікування.

При переході пацієнт-орієнтованої системи відносин в охороні здоров'я (Єфименко С., 2007) постає необхідність активізувати позитивну функцію конфлікту на основі колегіальної моделі відносин лікаря-пацієнта. Інші моделі (контрактна, технічна та сакральна) мають ризик негативного розвитку конфлікту.

В останні роки все більший інтерес приділяють такому важливому фактору впливу на взаємовідносини медичних працівників і пацієнтів, як родичам та близьким людям тих, хто потребує медичної допомоги. Родичі пацієнтів стали активно впливати на лікувальний процес. Родичі пацієнта – це ті, хто найчастіше надає йому першу допомогу і контактує з лікарем протягом усього процесу лікування. Вони доглядають за своїми рідними, але, найчастіше, дають їм некомпетентні поради з приводу лікування. У багатьох випадках родичі пацієнта фінансують його лікування. Вони ж, як правило, беруть на себе відповідальність в реабілітаційний період. Англомовні соціологи (Brown V. P., 2013, Monterio L. A., 1973, Suchman E.

А., 1965 и др.) вважають, що дослідження поведінки родичів пацієнта, особливостей їх відносин з соціальними працівниками та медичним персоналом лікарень, їх медична компетентність повинні бути ретельно вивчені і враховані, при розробці програм медичної допомоги.

Проводячи бесіду з родичами пацієнта, необхідно надати їм повну інформацію про стан хворого, але при цьому необхідно залишити яку-небудь, навіть найменшу надію, наприклад, на лікарську помилку, від якої справді ніхто не застережений. В таких ситуаціях фахівцю доцільно використати тактику «просування вперед за допомогою малих перемог», тобто поступово розкривати правду про хворобу близької людини, особливо якщо час дозволяє діяти таким чином. Деякі пацієнти не завжди можуть повідомити вичерпну інформацію для історії хвороби (наприклад, про свою поведінку під час судомного нападу), інші можуть надати лише деякі відомості. В таких випадках лікарю слід знайти третю особу, яка б доповнила анамнестичні відомості. Інколи лікар думає, що володіє вичерпною інформацією про хворого, але часом інші ж джерела можуть надати йому несподівані й важливі дані. Бажаючи поспілкуватись з третьою особою, лікарю варто отримати на це згоду пацієнта. Ця вимога стосується всіх медичних працівників, що мають доступ до медичної документації. Потрібно запевнити хворого, що лікар збереже у таємниці повідомлене ним або слід отримати від пацієнта дозволу розголосити деякі відомості. Лікар, що отримує інформацію від інших осіб, зобов'язаний також зберігати це в таємниці.

«Інформована згода» та її роль в діагностичному процесі

Оскільки пацієнт став грати все більш активну роль в лікувальному процесі, маючи, зокрема, права на участь у прийнятті рішень про вибір методів лікування і/або обстеження аж до відмови від лікування, то це передбачає його інформативність. Відповідно, зростає роль медичної інформативності пацієнта (в першу чергу про своє захворювання/своїх захворюваннях), яка є результатом взаємодії, одержуваної ним з різних соціально легітимізованих каналів – від медичних працівників, із засобів масової інформації, від своїх рідних і знайомих, науково-популярної літератури та інших джерел (Родиков М. В., Кочеткова Л. В., Пахомова Р. А., 2016).

Останнім часом кількість судових позовів, пов'язаних з незадоволеністю якістю надання медичної допомоги, з несприятливим результатом медичного втручання або з дефектом надання медичної послуги, неухильно зростає. Таким чином, все більш затребуваною стає сучасна модель взаємовідносин «лікар-пацієнт», яка отримала назву «інформована згода». Відповідно до цієї моделі, лікар повинен дотримуватися принципу свободи вибору пацієнта і обов'язковості

надання добровільної інформованої згоди самому пацієнту або його законним представникам, як на окреме медичне втручання, так і на комплекс медичних заходів. Так, відповідно до ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», – лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я. У ст. 43 цього ж Закону стверджується, що у невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна. Якщо ж відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання – засвідчити відмову відповідним документом у присутності свідків (Болотіна Н. Б., 2001).

С. Г. Стеценко (2004) формулює основні організаційно-правові принципи інформованої згоди. До них відносяться: 1) інформована згода – це право пацієнта та обов'язок медичного працівника, що здійснює медичне втручання; 2) інформовану згоду необхідно одержувати на будь-який варіант медичного втручання; 3) одержання інформованої згоди свідчить про повагу до прав і законних інтересів пацієнта; 4) інформована згода обумовлює активну участь самого хворого в процесі лікування; 5) завдяки інформованій згоді підвищується ступінь відповідальності лікаря при наданні медичних послуг.

Медичні послуги, перш за все, стосуються найважливіших цінностей – життя і здоров'я людини, з іншого боку, включають фактор обгрунтованого ризику з боку лікаря і в той же час, не гарантують певних кінцевих результатів медичного втручання. У зв'язку з цим, принцип інформованої згоди розглядається як форма правової захищеності лікаря, яки й незастрахований від так званих «лікарських помилок». Відомий патологоанатом, академік Давидовський І. В., писав, що «...до лікарських помилок слід відносити лише добросовісну помилку лікаря, яка базується на недосконалому сучасному стану медичної науки та її методів дослідження чи викликана особливостями перебігу захворювання окремого хворого, або ту, що пояснюється нестачею знань чи досвіду лікаря» (Рудий В. М., 2005). У цих умовах принцип інформованої добровільної згоди пацієнта виступає як правова основа взаємин «лікар-пацієнт», роблячи лікаря більш захищеним при позовній заяві пацієнта.

Можна стверджувати, що «інформована згода» стає формою забезпечення правової захищеності лікаря, значно послаблюючи при цьому правові позиції пацієнта. Дійсно, модель «інформована згода» не

забезпечує повною мірою правовий захист хворого. Будь яке дослідження або лікування, проведене без підписання інформованої згоди, автоматично в юридичному аспекті оцінюється як протиправне, і якщо воно призвело до шкоди пацієнта, то питання щодо отримання відшкодування вирішується однозначно. Але коли при дотриманні процедури надання пацієнту необхідної інформації та при отриманні його згоди шкода все ж настає, то в даній ситуації позивач-пацієнт встає перед завданням, довести зв'язок між лікуванням і шкодою, яка настала поза інформованої згоди, або перед завданням розкриття «недоброякісності», «недостатності», «неповноти інформації», і в цьому випадку його згода, виражена і в усній і в письмовій формі, втрачає своє значення (Спіріна І. Д., Вітенко І. С., 2008).

Проте принцип «інформована згода» слід розглядати і як безпосередня форма захисту прав пацієнта. Перш за все, хворому надається повна інформації стосовно його захворювання, він має право на самовизначення та самозатвердження методу медичного втручання на основі його розуміння та уявлень. Обов'язок лікаря – реалізувати вибір хворого, та в подальшому послідовно інформувати його про хід та результати лікувально-діагностичного процесу.

До позитивних моментів оформлення інформованої згоди пацієнтів у письмовій формі Гудушина О. Ю. та Тарасова Ю. І. (2004) відносять такі: підвищення рівня відповідальності лікаря, підхід лікаря до виконання своїх обов'язків, у тому числі й суто лікарських, стає більш серйозним; письмова форма згоди пацієнта на медичне втручання – це не тільки доказ у суді проти необґрунтованих позовів про відшкодування шкоди здоров'ю, але й своєрідна профілактика таких позовів: інформований пацієнт не відчувається обманути. Серед негативних моментів вищевказані автори відзначають, що найчастіше підхід до оформлення згоди пацієнта є формальним: після прийому або перед дослідженням лікар просить пацієнта розписатися, а він навіть не розуміє, за що.

Таким чином, сучасна ситуація одночасно ускладнює і збагачує взаємини «лікар-пацієнт». Вони набувають етико-правовий характер в повній мірі, відображаючи не тільки процеси в суспільстві і культурі, а й об'єктивні тенденції розвитку сучасної біомедичної професійної етики.

Принципи встановлення діагнозу. Інформування хворого про діагноз

Диагноз – это врачебное заключение о сущности болезни и состоянии больного, отражающееся в общепринятой медицинской терминологии и основывающееся на разностороннем систематическом изучении больного. Современный диагноз должен соответствовать целому ряду требований. Прежде всего он должен быть общепонятным и, в то же время, индивидуальным в каждом конкретном случае, отражать

особенности течения заболевания и особенности личности больного. Он должен быть сформулирован так, чтобы его структура содержала указание на прогноз заболевания и отвечала требованиям врачебной экспертизы (Спіріна І. Д., Вітенко І. С., 2008).

Діагностика захворювань – складний, багатогранний процес. По-перше, він вимагає високої кваліфікації лікаря і такого рівня знань, який дає йому можливість серед великої кількості захворювань з різнобічною симптоматикою вибрати саме ту патологію, яка визначила стан пацієнта. Правильне діагностування є найбільшою цінністю в роботі лікаря, а також активним пізнавальним, цілеспрямованим, творчим процесом. Саме в цьому полягає сутність поняття «клінічне мислення», добре розвинуте клінічне мислення досвідченого фахівця є одним з найважливіших компонентів поняття «лікарська майстерність». Прагнення виявити і проаналізувати всі отримані від пацієнта відомості, вибрати з них важливі і суттєві для побудови логічно обґрунтованої діагностичної схеми, враховуючи при цьому індивідуальні особливості хворого, його історію і умови життя, в найкоротший термін виробити на цій основі план подальшої лікувально-діагностичної тактики – вся ця складна інтелектуальна робота є творчою основою лікарської діяльності.

Під час спілкування лікаря і пацієнта між ними виникає своєрідний контакт, причому цей процес не односторонній, в ньому беруть участь обидві сторони. Бесіда для лікаря відіграє провідну роль у встановленні типології особистості хворого, характеру реакцій на психологічні стреси, ставлення до захворювання. Знання особливостей особистості пацієнта необхідне для лікаря, враховуючи специфіку його професійної діяльності.

Хвороба – це не тільки біологічне, а й соціальне явище, не тільки фізичне, а й психічне страждання. Що означає для людини хвороба? Безумовно, це больові відчуття і страждання, обмеження фізичних можливостей, залежність від рідних і обслуговуючого персоналу, порушення або втрата звичайного способу життя, зниження розумових здібностей. Чи буде хворий сприяти успіху в боротьбі з патологічними проявами або навпаки – надасть хвороби можливість надавати свою руйнівну дію, залежить від багатьох факторів: ставлення пацієнта до захворювання, його психологічного типу, загального культурного рівня, тяжкості патологічного процесу, професійного рівня лікування.

Хвороба представляє собою динамічне явище і на кожній стадії її розвитку по-різному поєднуються фізіологічні захисні та деструктивні механізми, змінюються особливості регуляторних систем, і тому в клінічній картині можуть зустрічатися симптоми й синдроми більш властиві саме для даної стадії хвороби. Слід пам'ятати, що фінальним етапом в діагностичному процесі є перехід від діагнозу захворювання до діагнозу пацієнта. Так як хвороба у кожної конкретної людини протікає

особливо, часом з ознаками нетиповості, з деякими відхиленнями від усереднених положень, то і діагностична схема повинна мати індивідуальну спрямованість. Для кожної групи захворювань (соматичного, психіатричного чи неврологічного профілю) створені стандартизовані схеми (алгоритми) побудови діагнозу, з якими студенти медичного навчального закладу ознайомлюються на клінічних кафедрах. В той же час неможливо врахувати універсальні психологічні механізми, які або полегшують, або ускладнюють, або викривляють картину взаємодії лікаря і пацієнта.

Важливо, щоб хворий не мав сумнівів стосовно свого діагнозу або компетентності фахівця. Проводити діагностичні та лікувальні заходи має один лікар, тому що це сприятиме більш поглибленому вивченню особливостей захворювання у конкретного хворого, а також зрозуміти його особистісні якості. Даний принцип допоможе сформувати у лікаря єдину систему поглядів на лікування хворого та подальший прогноз захворювання. Саме тому зараз надзвичайно популярна концепція «сімейного лікаря», побудована на довірі до «свого» лікаря через постійний динамічний контакт з ним, що в подальшому трансформується у впевненість в своєму одужанні. З іншого боку постійна недовіра і часта зміна фахівців ілюструє перш за все недовіру до медицини в цілому.

Питання повідомлення хворого діагнозу завжди є досить проблемним і вкрай актуальними для медичної етики. В кожному конкретному випадку воно повинно вирішуватися індивідуально і вимагає від лікаря надзвичайної тактичності і психологічних навичок. В якому об'ємі чи форматі надавати хворому інформацію стосовно його стану здоров'я є найбільш дискусійне питання для медичної деонтології.

«Повідомлення діагнозу» – стресова ситуація, часто викликає не тільки короточасні прояви емоцій, виражені вербальними і невербальними засобами (плач, стогони, зойки, розмахування руками і ін.), а й різкі зміни в функціональних показниках організму, що призводять до тяжких депресивних станів. Однак доведено, що невизначеність ситуації є для пацієнта ще більш стресогенним подією, і понад чверть хворих з важкими захворюваннями відчують полегшення при повідомленні діагнозу (World Health Organization, 1993).

При висвітленні відкритої інформації необхідно дотримуватися принципу правдивості, що повинен діяти у двобічному напрямку: лікар – пацієнт, пацієнт – лікар. Лікар повинен говорити правду тільки тому, хто повинен її знати (збереження лікарської таємниці). Правило правдивості за І. Кантом: «...неправду не можна говорити нікому ніколи, ні за яких умов, навіть заради порятунку життя друга...» У медицині існує інший погляд: іноді не варто говорити всю правду, оскільки це може нашкодити хворому. З іншого боку, у практиці західних країн існує використання

принципів правдивості за такою схемою: громадяни повинен знати все, щоб вчасно вирішити майново-спадкоємні питання і зберегти себе як автономну одиницю, здатну робити вибір своїх вчинків. У рамках дотримання принципу правдивості лікареві необхідно враховувати і психологічний портрет пацієнта, оскільки бажання знати правду може бути негативним для деякої категорії пацієнтів. Правдива інформація, одержувана лікарем від пацієнта — одна з основ адекватності та ефективності лікування. Якщо хворий не інформує лікаря про зміну лікувального режиму або дає неправдиві відомості про зміну самопочуття в ході лікування, то він тим самим змушує лікаря вживати дії, здатні нашкодити здоров'ю пацієнта (Ковальова О. М., Лісовий В. М., Амбросова Т. М., 2007).

Реакція хворого на повідомлення діагнозу може бути такою: а) дійсний спокій; б) уявний спокій; в) страх; г) паніка; д) суїцидальні тенденції або навіть спроби (Спіріна І. Д., Вітенко І. С., 2008).

Розмовляти з пацієнтами потрібно простою зрозумілою йому мовою, уникати вживання специфічної медичної термінології. Також необхідно звертати увагу на те, яке враження на хворого справляють слова лікаря, наскільки він їх розуміє і які почуття вони викликають. Відомий англійський хірург Келан писав: «Будь-яким чином уникайте діагнозів, які залякують. Звичайно, хворий може заявити, що він бажає знати всю правду, але пом'якшити правду милосердям – ось гідна практика». В ситуації, коли потрібно повідомити діагноз, людяність фахівця повинні стояти на першому місці. Замість тромбозу коронарної артерії краще сказати про серцевий напад, не слід казати ракова пухлина, а краще новоутворення, або підвищений тиск замість гіпертонії. Ці слова будуть більш зрозумілими хворому та пом'якшать враження хворого. Повідомлення хворому всієї правди про його хворобу гостро постає коли від відмовляється від операції чи знаходиться у важкому стані. Часто подібні ситуації виникають в хірургічній практиці, коли пацієнта та його родичів доводиться правдиво інформувати та пропонувати термінове оперативне втручання, наприклад, при гангренозному апендициті, перофративній язві шлунку або кишковій непрохідності. Хворому та його близьким пояснюють, що відкладання операції навіть на декілька годин може призвести до смерті. Мотивами відмови у більшості випадків є те, що хворі почувають себе добре, сподіваються на медикаментозні препарати та вважають, що зробити операцію ніколи не пізно.

Лікар повинен бути впевненим в своєму діагнозі, бо якщо він не підтвердиться, то нанесена психологічна травма хворому залишить досить глибокий слід. Не слід робити довгі мовчазні паузи, тому що пацієнт може неправильно трактувати це як небажання лікаря травмувати його поганими новинами. В той же час, коли лікар контактує з родичами

хворого або іншими особами чи організаціями, які можуть бути зацікавлені в інформації щодо діагноза, відомостей про життя чи хворобу пацієнта, необхідно пам'ятати про дотримання лікарської таємниці, про яку прописано у клятві Гіппократа. В такій ситуації потрібно діяти індивідуально та на перший план ставити захист інтересів хворого. Після повідомлення діагнозу обов'язково потрібно дати певні рекомендації про подальший спосіб життя.

Конфлікти в медичному середовищі, їх різновиди. Схема розвитку конфлікту. Способи вирішення та попередження конфліктів

Кожному з нас доводилось зустрічатися з конфліктними ситуаціями. Як зауважив американський психолог Вул Б.: «Життя – процес вирішення великої кількості конфліктів. Людина не може їх уникнути. Вона може вирішувати, брати участь у виробленні рішень чи залишити це іншим».

Конфлікт (від лат. «зіткнення») – у філософії – крайнє загострення протиріч; в психології – зіткнення особистостей, їх ідей, інтересів, потреб, оцінок, рівня прагнень, домагань і т.і. У будь-якому міжособистісному спілкуванні можна зустріти конфліктні ситуації, структурними компонентами яких є: об'єкт і предмет, особистості опонентів – активних учасників конфлікту, місця проживання, умови роботи і життя, обстановка соціальної взаємодії, цілі діяльності, стратегії і тактики протидії, потреб і інтересів. У сучасному світі конфлікти зустрічаються майже на кожному кроці і, на жаль, є нормою життя (Родиков М. В., Кочеткова Л. В., Пахомова Р. А., 2016).

У конфліктах беруть участь як окремі особи, так і групи людей. Стан конфлікту характеризується гострими негативними емоційними переживаннями його учасників, яких називають опонентами, суперниками тощо.

Основними складовими конфлікту є: учасники конфлікту; причини його виникнення; сприйняття конфлікту одним одним в ситуації, що виникла; спрямованість і емоційна виразність дій конфліктуючих сторін.

Конфлікти завжди мають між особовий характер і починаються з виникнення конфліктної ситуації.

Конфліктна ситуація – це об'єктивна основа конфлікту, яка фіксує виникнення реального протиріччя в інтересах і потребах сторін. Конфліктна ситуація є основною умовою виникнення конфлікту на підставі порушення балансу інтересів учасників взаємодії (Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В., 2011).

Конфлікти мають різні причини. Причини конфліктів є тим пунктом, навколо якого розвертається конфліктна ситуація.

Основні причини конфліктів (Ємельянов С. М., 2000): розподіл ресурсів; різниця у цілях; взаємозалежність у досягненні результату;

різниця в уяві та цінностях (відсутність об'єктивної оцінки ситуації); незадовільні комунікації; різниця у досвіді та манері поведінки; різниця в рівні освіти, недостатній рівень професійної підготовки; різка зміна подій чи умов; недостатність доброзичливості в процесі спілкування тощо.

Вивчаючи різні аспекти конфлікту, дослідники виділяють декілька класифікацій. Тому немає однієї універсальної класифікації, з іншого боку вона є недоцільною.

Л. Козер (1957) розділяє конфлікти на реалістичні (предметні) і нереалістичні (безпредметні). **Реалістичні конфлікти** викликані незадоволенням вимог і очікувань учасників, а також несправедливим, на їхню думку, розподілом яких-небудь обов'язків, переваг і направлені на досягнення конкретних результатів. **Нереалістичні конфлікти** мають на меті відкриті виявлення накопичених негативних емоцій, образ, ворожості, коли гостра конфліктна взаємодія стає не засобом досягнення конкретного результату, а самоціллю. Перший тип конфлікту часто пов'язаний з розбіжністю очікувань пацієнта з реальністю. Приводом може служити невідповідне поводження медичного персоналу (грубість, некоректність), невірне проведення процедур (нерегулярність, непунктуальність, недбалість), неналежні санітарно-гігієнічні умови перебування в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильна діагностика або невірне призначення терапії. Другий конфлікт нерідко зумовлений упередженим ставленням пацієнта до медичної служби в цілому або до окремого лікаря.

Суттєвою ознакою для класифікації конфліктів за М. Deutsch (2006) стало співвідношення між об'єктивним станом справ, і тим станом, який реально склався у конфлікуючих. Таким чином, було виділено 6 типів конфлікту:

1) «реальний» конфлікт – це конфлікт, який об'єктивно існує і адекватно сприймається;

2) «випадковий або умовний» конфлікт – залежить від обставин, які можуть змінюватися, але ці обставини не усвідомлюються сторонами конфлікуючих;

3) «зміщений» конфлікт – реальний конфлікт, за яким ховається інший, який є реальним чинником конфліктної ситуації, яка склалася;

4) «помилково дописаний» конфлікт – конфлікт, який помилково тлумачиться;

5) «латентний» конфлікт – конфлікт назріває, але не виникає, оскільки з тих чи інших причин він не усвідомлюється сторонами;

6) «помилковий» конфлікт – реальних підстав для конфлікту немає, проте він виникає у свідомості конфлікуючих через помилкове розуміння ситуації.

Конфлікти можна розглядати і у зв'язку з особливостями трудової діяльності. Так, вивчаючи виробничі конфлікти, Гришина Н.В. (2008) виділила такі з них:

- ті, що виникають як реакція на перешкоду до досягнення основних цілей трудової діяльності;
- ті, що виникають як реакція на перешкоду до досягнення особистих цілей у спільній роботі;
- ті, що виникають як реакція на поведінку, що не відповідає прийнятним нормам відносин людей у спільній трудовій діяльності, що не відповідає їхнім очікуванням;
- обумовлені особистими особливостями членів трудового колективу;
- горизонтальні і вертикальні (від низу до верху і зверху вниз в залежності від службової субординації конфліктуючих).

Ложкін Г. В., Пов'якель Н. І. (2007) виділяють такі базові підстави класифікації й типології конфліктів:

- за складом і кількістю конфліктуючих сторін або учасників конфліктів (внутрішньоособистісні конфлікти, міжособистісні, особистісно-групові, міжгрупові, міждержавні, міжпартійні, міжнаціональні та ін.);
- за проблемно-діяльнісною ознакою (управлінські конфлікти, сімейні, педагогічні, політичні, економічні, творчі, медичні та ін.);
- за часом протікання конфліктів (гострі й хронічні конфлікти; швидкоплинні й довготривалі та ін.);
- за змістом конфліктів (змістовні або проблемні та «комунальні» або беззмістовні);
- за тенденцією до перетворень і варіативністю (конструктивні й деструктивні або неконструктивні конфлікти);
- за ступенем гостроти суперечностей (незадоволеність, розбіжність, протидія, розбрат, ворожнеча, війна та ін.);
- за ступенем інтенсивності конфліктів (основні й неосновні, реалістичні й нереалістичні та ін.).

Ліксон Ч. (1997) виділяє такі найважливіші види конфліктів за змішаними підставами (кількість учасників конфлікту, спрямованість, і особливості зв'язаних із ними переживань):

- внутрішні (проблему переживаємо тільки ми) і зовнішні (проблему переживаємо ми і, принаймні, ще одна людина);
- прямі (направлені на нас) і непрямі (не направлені безпосередньо на нас);
- індивідуальні (внутрішньоособистісні й міжособистісні) та колективні (беруть участь три та більше учасників).

Види конфліктів (Ложкін Г. В., Пов'якель Н. І., 2007):

1. **Внутрішньоособистісний конфлікт.** Учасниками цього конфлікту виступають не люди, а психологічні фактори внутрішнього світу особистості – потреби, мотиви, цінності, почуття і т.і. Цей вид конфліктів може мати форму «рольового», коли різні ролі людини пред'являють до нього протилежні вимоги. Внутрішні конфлікти можуть виникати на виробництві, в результаті надмірного навантаження, або через відсутність роботи, при необхідності знаходитися на робочому місці.

2. **Міжособистісний конфлікт.** В організаціях він проявляється по-різному. В основі такого конфлікту лежать об'єктивні причини. Найчастіше – це боротьба за обмежені ресурси: матеріальні засоби, виробничі площі, час використання обладнання. Конфлікти виникають між керівником і підлеглим, коли підлеглий, наприклад, упевнений, що керівник пред'являє до нього непомірні вимоги, а керівник вважає, що підлеглий не бажає працювати в повну силу.

3. **Конфлікт між особистістю і групою.** Неформальні групи встановлюють свої норми поведінки, спілкування. Кожен член такої групи повинен їх дотримуватися. Відступ від прийнятих норм група розглядає як негативне явище і виникає конфлікт між особистістю і групою. Другий поширений конфлікт – між групою і керівником.

4. **Груповий конфлікт.** Організації та установи складаються з безлічі формальних і неформальних груп, між якими можуть виникати конфлікти. Наприклад, між керівником і виконавцями, між працівниками різних підрозділів, між неформальними групами внутрішніх підрозділів.

5. **Соціальний конфлікт** – випадок загострення соціальних протиріч, явний або прихований стан протиборства, ситуація взаємодії; зіткнення різних соціальних спільнот – націй, класів, держав; протидіючі сторони переслідують протилежні цілі, інтереси, які суперечать один одному. Сутність конфлікту, або його основа – наявність протиборства сторін зі своїми потребами, інтересами або цілями.

Виділені риси характеру, які сприяють розвитку конфліктів (Спіріна І. Д., Вітенко І. С., 2008):

- невідповідна самооцінка своїх можливостей і здібностей, яка може бути як завищеною, так і заниженою, і суперечити адекватній оцінці навколишніх;
- прагнення домінувати «за всяку ціну»;
- консерватизм мислення, поглядів, переконань, небажання подолати застарілі традиції;
- надмірна принциповість і прямолінійність у висловлюваннях і судженнях, прагнення будь-що-будь сказати «правду в очі»;
- критичний настрій, не завжди обґрунтований;

- певний набір емоційних якостей особистості: агресивність, упертість, дратівливість.

Конфлікти представляють собою не лише морально-етичну, але й значну економічну проблему. Встановлено, що втрати робочого часу від конфліктів і післяконфліктних переживань складають близько 15% робочого часу, а продуктивність праці в післяконфліктний період знижується на 1,2-16%. У конфлікті немає неправих і правих, кожен хоче досягти своєї мети. Конфлікт – це такий вид взаємодії, де результат належить всім сторонам конфлікту, свій внесок в конфлікт робить кожен учасник. Як правило, людина думає: «Я правий, а інший – не має рації». Кожен збирає навколо себе союзників, щоб довести: «Я правий». Так відбувається поширення конфлікту (Райгородський, 2007).

Конфлікт є ілюстрацією загострення протиріч, але, в той же час, він може виступати способом виявлення і переробки протиріч. Проте, по своїй суті, конфлікт несе в собі не тільки негативні компоненти, але також і позитивні надбання. Тобто, виникнення конфлікту може порушити цілісність соціальної системи, яка нормально функціонує, але в ході конфлікту з'являються ресурси, які зможуть повернути цю систему в стан балансу і стабільності.

Функції конфліктів (Голованова І. І., 2010)

Конструктивні (позитивні) функції конфліктів:

- конфлікт висвічує «вузькі місця», невирішені проблеми;
- конфлікт дозволяє більш глибоко оцінити індивідуально-психологічні особливості людей, що беруть участь в ньому;
- конфлікт дозволяє послабити психічне напруження, що є реакцією учасників на конфліктну ситуацію;
- конфліктна взаємодія призводить до подальшого зниження інтенсивності негативних емоцій;
- конфлікт служить джерелом розвитку особистості, міжособистісних відносин;
- конфлікт може поліпшити якість індивідуальної діяльності;
- конфлікт може виступати інструментом превентивного заходу несумлінної поведінки;
- конфлікт часто покращує ефективність спільної діяльності колективу;
- конфлікт зондує громадську думку, колективні настрої, соціальні установки.

Деструктивні (негативні) функції конфліктів:

- більшість конфліктів має виражену негативну дію на психічний стан його учасників;

- конфлікт – це деструкція системи міжособистісних відносин, які склалися між суб'єктами взаємодії до його початку;
- конфлікти негативно відбиваються на ефективності діяльності опонентів. Учасники конфлікту звертають менше уваги на якість роботи;
- конфлікти часто негативно впливають на розвиток особистості; Вони можуть сприяти формуванню у людини зневір'я в перевагу справедливості, переконаності, що керівник завжди правий;
- конфлікт неминуче супроводжується порушенням системи комунікацій, взаємозв'язків в колективі, організації;
- часті конфлікти послаблюють ціннісно-орієнтаційну єдність групи, ведуть до зниження групової згуртованості.

Способи вирішення та попередження конфліктів

Провідні вітчизняні дослідники в галузі регулювання конфліктів Анцупов А. Я. і Шипілов А. І. (2014) називають такі основні принципи управління конфліктом:

- компетентність – втручання в розвиток конфліктної ситуації повинно здійснюватися людьми з необхідною теоретичною підготовкою і відповідним досвідом (психологом, юристом, медіатором);
- радикальність – ступінь втручання фахівця в конфлікт не повинна перевищувати глибини знань питання (такий собі аналог професійної медичної заповіді «не нашкодь»);
- співпраця і компроміс – краще зробити так, щоб способи вирішення спору були найменш конфліктними, такими, що не допускають їх активного протистояння.

Вважається, що останнє положення має особливе значення саме для медицини, оскільки дії лікаря і пацієнта за своєю природою спочатку об'єднані спільною мотивацією – відновлення здоров'я.

До способів регулювання ділових конфліктів відносяться такі, при яких використовуються комунікативні техніки, що знижують внутрішнє напруження конфліктуючих (Голованова І. І., 2010):

Техніка «симетричної відповіді». По суті, даний метод є протиборством в конфлікті і заснований на застосуванні проти партнера його ж засобів поведінки і спілкування. Так, якщо партнер реалізує в конфлікті певні силові тактики, демонстрація або застосування цих же тактик може бути ефективною, для того щоб він оцінив аналітичні й комунікативні можливості свого супротивника.

Техніка «нульової реакції». У деяких випадках, особливо з непередбачуваним і неврівноваженим партнером, ефективно не проявляти ніякої відповідної емоційної реакції, а підкреслено демонструвати спокій і непорушність. Така поведінка може показати конфліктуючому партнеру

марність його зусиль і налаштувати його на обговорення змістовного аспекту конфлікту.

Техніка «виявлення прихованих контекстів». Часто атакуючий партнер застосовує різні засоби тиску і управління, припускаючи, що його суперник психологічно не готовий до протистояння. Для того щоб показати свою готовність до відсічі, досить показати своє розуміння ситуації і дії партнера, а також чітко і ясно проговорити свої наміри. Дана тактика може бути ефективною також в тому випадку, якщо між партнерами виникає непорозуміння, переоцінка або недооцінка можливостей один одного. Нерідко досить з'ясувати загальні аспекти позицій, щоб протиріччя з обох сторін були зняті.

Техніка перерви («випустити пару»). У багатьох випадках з конфліктним і запальним партнером має сенс формулювати такі фрази: «Коли ви заспокоїтесь, ми повернемося до обговорення цієї проблеми», «Я можу обговорювати цю проблему, але без крику», «Я почекаю, поки ви зможете себе контролювати».

Техніка комунікативної перерви в ході ділових взаємодій може бути ефективною після «спалаху» конфлікту, коли учасники конфліктної ситуації знаходяться в розпаленому і «вибухонебезпечному» стані. Якщо керівник продовжує обговорення проблемних моментів конфлікту, за якийсь час може виникнути небезпека повного розриву відносин. Тому відкладання складного обговорення на прийнятний часовий період, з тим щоб люди заспокоїлись і стали здатними до розумного прийняття рішень, може бути дуже ефективним.

Техніка утримання своєї мети (за формулою «Кожну хвилину пам'ятай про свою мету»). У ситуації конфлікту агресивний партнер нерідко направляє свої дії на те, щоб його суперник злякався, втратив впевненість в собі і, як наслідок, відмовився від своїх цілей. Саме тому важливо відстоювати свої цілі, використовуючи слабкі сторони противника і умови ситуації.

Техніка «заїждженої платівки». У ряді випадків партнер або реально не розуміє позицію свого суперника, або зовні демонструє нерозуміння з метою психологічного тиску. У цих випадках рекомендується постійно промовляти свою позицію, щоб показати серйозність і стійкість своїх намірів.

Метод відмови від другорядних деталей з метою збереження головного. З сильним суперником рекомендується застосовувати комбіновану тактику компромісу по відношенню до другорядних моментів і протистояння і наполегливого відстоювання важливих, ключових аспектів своєї позиції.

Комунікативний прийом згладжування проявляється в тому, що керівник прагне не потрапляти в напружену ситуацію конфлікту,

дотримуючись наступних позицій: «Конфлікт може негативно позначитися на ефективності спільної роботи» або «Треба вміти працювати без конфліктів». У разі згладжування конфлікту керівник або підлеглий намагаються виступити миротворцями, декларуючи наступні принципи: «Ми всі виконуємо спільну роботу», «Це не має БІЛЬШОГО значення», «Давайте не сваритися», «Будемо прагнути до конструктивних взаємодій».

Пригнічений, невиявлений і психологічно або змістовно не пропрацьований конфлікт спалахує і розвивається ще більш інтенсивно. Досить часто відрегулювати такий конфлікт стає надзвичайно важко.

Параметри справжнього вирішення конфлікту (Голованова І. І., 2010):

- завершеність – розбіжності в конфлікті зникли або перестали бути важливими;
- прийнятність – результат є прийнятним для всіх сторін, а не тільки для однієї або для еліт;
- самодостатність – немає необхідності в санкціях третьої боку для підтримки угоди;
- задовільність – всі сторони вважають, що результат задовольняє їх системі цінностей;
- безкомпромісність – ніякі цілі не були принесені в жертву в результаті компромісного рішення;
- новаторство – дозвіл встановлює нові, позитивні і легітимні відносини між сторонами;
- відсутність примусу (добровільність) – угода було досягнуто без застосування сили ззовні.

Рекомендована література

1. Болотіна, Н. (2001). *Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів* (412 с.). Київ : Видавничий Дім “Ін Юре”.
2. Витенко, І. (2002). *Психологические основы лечебно-профилактической деятельности и подготовки врача общей практики – семейного врача* (392 с.), Харьков : Золотые страницы.
3. Вітенко, І. та Чабан, О. (2003). *Основи загальної та медичної психології (практикум)* (344 с.), Тернопіль : Укрмедкнига.
4. Вороненко, Ю., Сердюк, А., Мінцер, О., Краснов, В., Коблянська, А. та Бабінцева, Л. (2007). Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів. *Україна. Здоров'я нації*, 1, 118-123.
5. Зязюн, І., Крамущенко, Л. and Кривонос, І. (2004). *Педагогічна майстерність: підруч., 2-ге вид., доп. і переробл.* (422с.), Київ : Вища школа.
6. Кайдалова, Л. та Пляка, Л. (2011). *Психологія спілкування: навч. посіб.* (132 с.). Харків : НФаУ.

7. Колісник-Гуменюк, Ю. (2013). *Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах: монографія* (296 с.), Львів : Край.
8. Курінна, А. (2012). Словоцентрична робота в основній школі: психолінгвістичний аспект. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*, 24 (259), 22-31.
9. Лимар, Л. (2010). Модель конструктивної взаємодії в системі відносин «Лікар – пацієнт». *Вісник післядипломної освіти*, 1, 225-231.
10. Лихтенштейн, Е. (1974). *Пособие по медицинской деонтологии* (139с.), Київ : Вища школа.
11. Ложкін, Г., Пов'якель, Н. (2006). *Психологія конфлікту: теорія і сучасна практика* : навч. посіб. (416 с.), Київ : ВД Професіонал.
12. Максименко, С., Соловієнко, В. (2000). *Загальна психологія* : навч. посіб. (256 с.), Київ : МАУП.
13. Рудий, В. (2005) *Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні* (272 с.), Київ : Сфера.
14. Симоненко, Л. (2005). *Українська термінологія і сучасність* : Зб. наук. пр. Вип. VI (448 с.), Київ : КНЕУ.
15. Спіріна, І., Вітенко, І. (2008). *Медична психологія* : практикум, Дніпропетровськ.
16. Філоненко, М. (2012). *Психологія спілкування* (240 с.), Київ : Центр учбової літератури.
17. Шепеленко, Т. (2017). Теоретичні засади проблеми пізнавальної активності і самостійності студентів. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія*, 2, 109-115.
18. Юсеф, Ю. (2013). Теоретичні засади формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів. *Педагогічний процес : теорія і практика*, 3, 187-194.
19. Brown, P. (2013). Integrating Medical and Environmental Sociology with Environmental Health: Crossing Boundaries and Building Connections through Advocacy. *Journal of Health and Social Behavior*, 54, 144-163.
20. Communicating Bad News. Behavioral Science Learning Modules. Division of Mental Health Organization. World Health Organization. (1993). Geneva, p.23.
21. Coser, A. (1957). Social Conflict and the Theory of Social Change. *The British Journal of Sociology*, 8, 3, 197-207.
22. Deutsch, M., Coleman, P. and Marcus, E. (2006). *The handbook of conflict resolution: Theory and Practice. 2nd ed.* (1264p.), San Francisco, CA: Jossey-Bass.
23. Monterio, L. (1973). Expense Is No Object...Income and Physician Visits Reconsidered. *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 99-115.
24. Suchman, E. (1965). Social Patterns of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6, 2-16.
25. Veatch, R. (1972). Modells for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *The Hastings Center Report*, 2, 3, 5-7.

АДАПТАЦІЯ, ТЕОРІЯ СТРЕСУ ТА ПСИХІЧНИЙ СТРЕС

Поняття психічного або емоційного стресу, насамперед, пов'язано з теорією адаптації, яку науковці з різних сфер біологічних знань розробляли на протязі останніх двох століть (Анохин, 1968; Аршавский, 1982; Березин, 1988; Батуев, 1991; Сельє, 1992; Северцов, 2005; Cannon, 1963).

Початком наукового дослідження феномену адаптації, її механізмів і процесів можна вважати роботи Рене Декарта, що описали систему рефлекторної дуги: подразник – реакція. Саме поняття «адаптація» пов'язують із ім'ям Клода Бернара і його концепції про сталість внутрішнього середовища організму, котре отримало розвиток у роботах Уолтера Кэннона (Павлов, 2000). Найбільша увага вивченню концепції адаптації людини й тварин було приділено фізіологами XIX – XX століть. Зокрема, пріоритет гіпотези системної регуляції й саморегуляції організму як прообразу адаптаційної моделі належить Іванові Петровичу Павлову. Істотне значення у розумінні механізмів адаптації мало відкриття процесу центрального гальмування Іваном Михайловичем Сеченовим, а також дослідження захисно-приспосувальних реакцій організму, котрі представлені в роботах Олексія Олексійовича Ухтомського, Миколи Олександровича Бернштейна, Леона Абгаровича Орбелі та інших радянських фізіологів. Важливо підкреслити, що теорія адаптації є однією з основних складових біо-психо-соціальної парадигми, котра виступає як в останні десятиліття є основною концепцією в природознавстві та науках про людину.

Адаптація (лат.: *adapto* – пристосовуюсь) – це здатність будь-якої біологічної системи, в тому числі людини, одержувати та засвоювати нову інформацію з метою наближення до найбільш оптимального рівня своєї функціональної структури й поведінки (Березин, 1988). Система є адаптивною, якщо при зміні умов навколишнього середовища та/або внутрішнього стану та зниження її функціональної ефективності, вона здатна реагувати й трансформувати свій власний стан або навколишнє оточення так, щоб її ефективність посилилася відповідно змінам, що відбулися. Важливо розуміти, що поняття «адаптація» та «адаптивність» не є тотожними. Тому що адаптація – це процес, тоді як адаптивність – властивість, здатність біологічної системи (людини) до пристосування. Адаптивність організму можна розглядати як його властивість пристосовуватися до можливих змін у функціонуванні (властивість адаптивності організму); як процес пристосування (адаптування організму); і спосіб обробки вступник інформації, спрямований на досягнення оптимізації функціонування організму (механізми адаптування).

Таким чином, *біологічна адаптація* – це процес морфологічних і функціональних перетворень в живому організмі (зокрема, в людині), у результаті яких вплив факторів зовнішнього середовища послабляє або зовсім припиняє свій вплив не тому, що він усунутий, а тому, що організм уже не сприймає цей фактор як щось небезпечне або несприятливе, тобто стимул до пристосувальних перетворень. У результаті адаптації в організмі з'являється (підвищується) здатність ефективно функціонувати в нових для нього умовах при збереженні найважливіших параметрів його внутрішнього гомеостазу й ефективної працездатності.

Однак в житті людини важливе значення має не тільки біологічна, але й психічна адаптація. *Психічна адаптація* – процес встановлення оптимальної відповідності особистісних установок (потреб та мотивцій) до впливу навколишнього середовища в ході здійснення властивої людині діяльності, що дозволяє особистості задовольняти актуальні потреби та реалізувати пов'язані з ними значущі цілі при збереженні фізичного і психічного здоров'я, забезпечуючи, в той же час, відповідність психічного стану, поведінки та діяльності людини вимогам середовища (Березин, 1988).

Психічна адаптація включає наступні закономірності:

- вона є цілісним, системним процесом, що характеризує взаємодію людини із природним і соціальним середовищем;
- її системоутворюючим фактором, що регулює й організує процес пристосування, є мета, пов'язана з домінуючою мотиваційною потребою;
- їй властиве певне діалектичне протиріччя щодо мети діяльності людини на різних рівнях ієрархії (а саме, між біологічними та соціальними потребами власне особистості в протиставленні до адаптивних потреб виду та/або популяції, етносу та/або людства в цілому);
- її процес визначається генетичними, фізіологічними та психологічними властивостями людини, включаючи особливості механізмів психофізичної регуляції;
- до її критеріїв відносяться загальний рівень психофізичного здоров'я людини, а також здатність особистості розвиватися відповідно до індивідуального потенціалу життєдіяльності у відповідності до існуючих соціально-етичних, культурних норм і традицій, а також знаходження свого місця в соціально-ієрархічній структурі популяції (родини, роду, професійного колективу);
- її процес, котрий відбувається в умовах, що постійно змінюються, має свою тимчасову динаміку, етапи якої відповідають онтогенезу людини і пов'язаними з цим певними та неминучими психофізичними (морфо-функціональними) змінами в організмі та поведінці індивіду.

Внаслідок складності підтримки балансу в такій ієрархічно, функціонально та структурно складній психо-біологічній системі, як

людина, адаптація може бути як оптимальною, так і неоптимальною або патологічною, викликаючи істотні порушення життєдіяльності організму людини. Саме ці процеси називаються *дезадаптацією*.

Але, адаптація, як захист організму від екстремальних зовнішніх впливів і процес пристосування до них, не втрачає цього змісту і в дезадаптації – навіть у тих випадках, коли патологічна адаптаційна реакція містить у собі ефект, що суттєво ушкоджує організму людини чи загрожує життю (Давыдовский, 1962; Гаркави, 1979; Аршавский, 1982; Павлов, 2000). Процес патологічних психофізичних змін в організмі, психічній діяльності і поведінці людини у стані дезадаптації супроводжується критичним режимом гомеостатичного неврівноваження зі спробою втримання функціонального балансу на максимально можливому рівні виживання та розвитку. Саме такі стани і процеси описані у теорії стресу Ганса Сельє (Сельє, 1992).

Стрес (англ.: stress – тиск, навантаження, напруга) – це сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих, неспецифічних реакцій організму людини (у тому числі, з боку психічної діяльності), які викликаються будь-якими сильними або екстремальними впливами на нього та супроводжуються якісною перебудовою функціональної активності різних систем організму шляхом реалізації необхідних адаптивних процесів (Сельє, 1992). Вперше у фізіології термін «стрес» ввів У. Кэннон, однак, саме Г. Сельє своїми дослідженнями надав цьому поняттю дорогу до сталого використання у біології, фізіології, психології, медицині та інших сферах природознавства.

Вивчаючи стрес в експериментах на тваринах, Г. Сельє виявив, що він викликається різними факторами, які, впливаючи на різні системи організму, здатні ініціювати в них загальні неспецифічні системні механізми захисту у вигляді впорядкованих, взаємозалежних функціональних, тобто адаптивних змін. Г. Сельє назвав комплекс таких неспецифічних реакцій систем організму на стресовий вплив «загальним адаптаційним синдромом», яке стало основним положенням теорії стресу. *Загальний адаптаційний синдром* має три стадії розвитку, розгортання яких відбувається послідовно як «ешелонована наступальна оборона» організму в подоланні стресового впливу (Сельє, 1992). А саме, він має три послідовних етапа:

1. Реакція тривоги (аларм-реакція) – це процес мобілізації захисних сил організму, біологічний зміст якої полягає в одержанні у найкоротший термін додаткової енергії для адаптування. Цю енергію можна вважати «тактичною», бо вона виробляється в результаті метаболізму систем і органів, але не клітин. Цей процес забезпечує відновлення максимально оптимального рівня функціональної активності, необхідного для подолання екстремального стресового впливу та запобігання розвитку

наступних стадій адаптаційного синдрому. Для організму така «мобілізація» вкрай енергозатратна, тому має винятково короткочасний період реалізації.

2. Стадія резистентності (стійкості) – це повна адаптація організму до впливу екстремального стресору. Вона супроводжується зменшенням обсягу загальних енерговитрат стосовно першої стадії (реакції тривоги). Організм досягає гомеостатичної рівноваги на якісно новому рівні функціонування, тому може перебувати в стані резистентності досить довго. Але при критичному збільшенні тривалості або сили впливу стресору настає поступова нестача «тактичного» запасу енергії в ході подолання стресу, та організм переходить до наступної стадії – виснаження.

3. Стадія виснаження настає неминуче при надмірній силі та/або тривалості дії стресора, оскільки енергія для пристосування організму завжди має лише певний, кінцевий обсяг. У результаті стійкість організму до зовнішнього впливу різко знижується, що стає основою для розвитку незворотніх морфо-функціональних, патологічних змін в організмі, тому що для подолання стресового впливу він починає використовувати «стратегічний» енергетичний запас – клітинний метаболізм. Коли, при досягненні стадії виснаження, відбуваються незворотні морфо-функціональні зміни в роботі систем і органів організму, повернення до рівня норми – стану, що передувало початку стресу – є неможливими. У результаті розгортання стадії виснаження адаптаційного синдрому ушкодження в різних системах організму можуть привести до смерті. Проте, ця стадія може стати стадією відновлення, якщо при своєчасному припиненні зовнішнього стресового впливу або ефективному адаптивному подоланні такого впливу організм буде здатний повернутися до оптимального рівня функціонування без його незворотніх морфо-функціональних ушкоджень.

Власне виділення стадій розгортання адаптаційного синдрому навело Г. Сельє на думку щодо визначення різних варіантів відповіді організму на стресовий вплив. Так, у своїх подальших дослідженнях він увів поняття еустресу та дистресу як специфічних і якісно відмінних форм адаптації: перша є пристосувально-розвиваючою, а друга – демонструє процес патологічних ушкоджень організму різного ступеню тяжкості.

Еустрес (грец.: добре, благо; істинно, правильно) – це форма адаптування до стресору при такому зовнішньому впливі, що є незначним для патологічних функціональних перетворень, коли організм перебуває в сприятливих для себе умовах. При еустресі по мірі формування адаптаційних змін загальний адаптаційний синдром зникає в організмі та формується якісно новий стан гомеостатичної рівноваги до нових умов існування. Стресорний вплив – без надмірних енерговитрат та

незворотних ушкоджень – потенціє мобілізацію відновлювальних механізмів організму, що дозволяє йому не тільки швидко і повністю усунути наслідки функціональної нестійкості, але й виробити навички подолання подібних впливів у майбутньому. Таким чином організм може «натренуватися» до дії подібних стресорів. Саме тому пристосувальний еустрес є життєво необхідним в онтогенезі людини.

При надмірному, екстремальному рівні зовнішніх впливів, особливо, якщо він збігається із внутрішніми процесами гомеостатичної нестійкості (наприклад, у період пубертатного кризу або при патології, що виникла раніше), стрес трансформується в стан дистресу. *Дистресс* (лат.: двічі, «подвоєний» стрес) – процес адаптування організму при переході його систем до функціонування в патологічному режимі. Морфо-функціональні перетворення в системах організму (ушкодження), що виникають при дистресі, можуть викликати загибель організму.

Між еустресом та дистресом є «коридор» умовних величин, при набуті якісні морфо-функціональні зміни в організмі приводять епігенетичної модуляції геному людини. Якщо ушкодження організму не настільки значні, індивід здатний передати свій «трансформований» генотип потомству – із уже сформованими механізмами адаптації до певних зовнішніх впливів. У такий спосіб адаптаційні механізми включаються в процес філогенетичної еволюції: відбір і мінливість.

Зафіксоване науковцями різноманіття варіантів адаптивного реагування людини привело до того, що за десятиліття розвитку теорії стресу термін «стрес» став уживатися в розширених рамках – в різних сферах природознавства та наук про людину. У багатьох випадках це жодним чином не відповідає тим механізмам загального адаптаційного синдрому, про які писав Г. Сельє. Так результати досліджень адаптації та теорії стресу в другій половині ХХ століття стали активно застосовуватися в психології (зокрема, у психології емоцій і поведінки). Психічний компонент стрес-синдрому був названий психічним (психологічний) або емоційним стресом (Китаєв-Смык, 1983; Lazarus & Folkman, 1984).

Психічний (емоційний) стрес – це виражені патопсихологічні реакції, які виникають при надмірних за інтенсивністю та тривалістю психологічних впливах (психотравмах) і розглядаються як прояви загального адаптаційного синдрому щодо психіки людини (її нервово-психічної діяльності, емоційно-когнітивного реагування та поведінки). Поняття психічного (емоційного, психологічного) стресу сформувалося завдяки виявленню системного взаємообумовлення фізичних і психічних змін у стані стресу (Соколова й ін., 1996). Але, якщо фізіологічний стрес виникає у зв'язку з безпосереднім зовнішнім фізичним або біотичним впливом, то психологічний стрес формується під впливом психічних

стресорів – абіотичних факторів або *стресогенної, психотравмуючої ситуації*. Будь-яка ситуація є стресогенною, тобто такою, яка потенціє розвиток психічного стресу, якщо при її психологічній переробці виявляється очевидна невідповідність між вимогами середовища та індивідуальними потребами (чи мета-потребами) і психофізичними ресурсами людини, що необхідні для задоволення цих потреб. Така невідповідність, що дорівнює ймовірності розвитку психічного стресу прямо корелює з рівнем *фрустрації* – суб'єктивного переживання незадоволеності базисних фізичних (вітальних) потреб і психологічних мета-потреб. Високий рівень фрустрації істотно підвищує ступінь *стресуразливості особистості* – комплексу психофізичних реакцій організму при відсутності особистісних ресурсів, необхідних для протистояння стресогенним ситуаціям. Тоді як *особистісна стійкість* – мається на увазі властивості психологічної витривалості та здатності до активного й адаптивного подолання труднощів – сприяє адекватному та ефективному подоланню індивідом психотравмуючих впливів шляхом закріплення адаптивного реагування при повторюваному стані еустресу (Maddi & Kobasa, 1984). Ефективність подолання стресогенної ситуації, як і суб'єктивне відношення до неї, залежить від особистісних настанов, характеру емоційно-когнітивних процесів, психічного стану та індивідуального досвіду, що багато в чому пов'язане з подіями та переживаннями її раннього дитинства.

Виділяють чотири етапи емоційного стресу, що проявляються в умовах стресогенної ситуації, позначивши їх як психічний субсиндром загального адаптаційного синдрому (Китаєв-Смик Л.О., 1983):

- емоційно-поведінковий (посилення або зменшення емоційно-рухової, поведінкової активності);
- вегетативний (зазвичай підвищення, посилення вегетативної активності);
- когнітивний (вибірковість уваги, зміна розумової активності та викривлення в тестуванні реальності);
- соціально-психологічний (ситуативно обумовлена вибірковість спілкування, викривлення контактування).

Рівень стрес-стійкості, як і ресурсів особистості, у значній мірі визначається здатністю до активації пошукової активності, використання копінг-стратегій та напрацювання інтегрованої поведінки – конструктивному плануванню й адекватному прогнозуванню своїй діяльності. Це дозволяє людині ефективно адаптуватися, бути результативним при мінімальних енерговитратах і, навіть в умовах стресогенної психотравмуючої ситуації при інтенсивній фрустраційній напрузі, зберегти здатність до послідовного цілеспрямованого поведіння, адекватного порівняння власних потреб та вимог

середовища, а також співвідношення безпосередніх результатів і відтермінованих, відставлених наслідків власної діяльності та конкретних вчинків.

У протиставленні до високого ступіня стрес-стійкості стан дистресу в обов'язковому порядку супроводжується підвищенням рівня стрес-вразливості, а також девіантною поведінкою зі зниженою здатністю до інтеграції конструктивного поведіння й успішного подолання стресогенних ситуацій. При цьому характер функціонування психічної діяльності істотно порушується у всіх компонентах психічної та поведінкової активності (когнітивному, емоційному, вольовому).

Рекомендована література

1. Соколова, Е., Березин, Ф. & Барлас, Т. (1996). Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия. *Materiamedica*, (1), 5-25.
2. Селье Г. (1992) *Стресс без дистресса*. Рига : Виєда.
3. Cannon, W. B. (1967). *The wisdom of the body*. New York: W. W. Norton & Company.
4. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
5. Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

РЕАКЦІЯ ОСОБИСТОСТІ НА ХВОРОБУ. НОЗОГЕНІЇ

Реакція особистості на хворобу знаходиться в прямій залежності від багатьох факторів: від характеру захворювання, його гостроти і темпу розвитку; уявлення про це захворювання у самого хворого; характеру лікування та психотерапевтичної обстановки; особистості хворого; ставлення до хвороби родичів, товаришів по службі, знайомих, друзів.

Виділяють кілька типів реакції особистості на хворобу:

- астенічний;
- депресивний;
- іпохондричний;
- анозогностичний.

Астенічна реакція: пацієнти, схильні до астенічного типу реакції, швидко втомлюються, стають млявими. При мінімальних відчуттях болю і дискомфорту або інших симптомах, втрачають надію на поліпшення стану, стають нестриманими, плаксивими, дратівливими. Їх поріг чутливості вище, ніж при інших типах реакції, вони не здатні боротися за своє одужання. До такої поведінки схильні «тривожні», невпевнені в собі особистості. У взаємодії з такими особами найважливіше – роз'яснювальна робота. Таким людям показаний розмірений розпорядок дня, чіткі правила існування, щадний графік роботи з перервами для відпочинку. Будь-яка стабільність для людини з астенічним типом реакції на хворобу – позитивний фактор. Близькі люди повинні розуміти, що зауваження по несуттєвих приводах, глузування, зневага страждань хворого призводять до погіршення його психічного стану. Доброзичлива і спокійна обстановка, навпаки, допоможе в подоланні хвороби.

Депресивна реакція: цей тип реакції характеризується наростаючою тривогою, пригніченим настроєм, тугою, песимістичним поглядом як на майбутнє, так і на минуле, очікуванням погіршення стану в майбутньому. Такі хворі прагнуть до усамітнення. Люди, які страждають депресією, особливо, при середньому і тяжкому ступені вираженості, потребують допомоги психіатра, психотерапевта, оскільки, ймовірно трагічний розвиток подій: на висоті відчуття безвиходності людина може вдатися до спроб суїциду.

Іпохондрична реакція: цей тип реагування можна назвати «зануренням у хворобу». Така людина не може переключити свою увагу на щось, що не стосується його хвороби, намагається знайти нові симптоми, перебільшено оцінює вплив хвороби на своє життя. Побоюючись погіршення свого стану, люди з іпохондричним типом реакції на захворювання стають настороженими, винаходять особливий щадний режим, який може не тільки не допомагати, але і шкодити. В

цьому випадку хворому потрібна допомога психотерапевта, оскільки надмірна зосередженість на власному здоров'ї і постійні думки про невиліковність хвороби практично «зводять нанівець» всю призначену терапію. Іпохондрична реакція може бути настільки виявленою, що хворому потрібна консультація у психіатра.

Анозогностична реакція. Деякі люди проявляють анозогностичний тип реагування на наявність захворювання. Такі хворі легковажно ставляться до самого факту хвороби і її проявів, нехтують рекомендаціями лікаря аж до того моменту, коли стан стає загрозливим. В цьому випадку можна говорити про психологічний механізм захисту – заперечення. Людина з анозогностичною реакцією не отримує адекватного лікування, не змінює свого способу життя у зв'язку з наявністю захворювання. В результаті таких дій (точніше – їх відсутності) хвороба протікає важче, і високий ризик серйозних ускладнень.

Типи особистісної реакції на захворювання (Якубов, 1982):

- *Співдружня* реакція: характерна для осіб з розвиненим інтелектом. Зазвичай вони допомагають лікарю у лікуванні, демонструючи не просто слухняність, але й рідкісну пунктуальність, увагу, доброзичливість. Вони безмежно довіряють своєму лікарю і вдячні йому за допомогу;

- *Спокійна* реакція: характерна для осіб зі стійкими емоційно-вольовими процесами. Вони пунктуальні, адекватно реагують на всі вказівки лікаря, точно виконують лікувально-оздоровчі заходи. Вони легко вступають в контакт з медичним персоналом.

- *Неусвідомлювана* реакція: маючи патологічну основу, виконує в ряді випадків роль психологічного захисту, і її не завжди слід усувати, особливо при важких захворюваннях з несприятливим результатом;

- *Слідова* реакція: незважаючи на те, що захворювання закінчується благополучно, хворі знаходяться у владі хворобливих сумнівів, в очікуванні рецидиву захворювання. Після хвороби астенозовані, пригноблені, навіть депресивні, схильні до іпохондричних реакцій, продовжують відвідувати лікувальну установу і вважають, що стали хронічними, невиліковними хворими;

- *Негативна* реакція: хворі знаходяться у владі упереджень. Вони підозрілі, недовірливі, насилу вступають в контакт з лікарем, не надають серйозного значення його вказівкам та порадам. У них часто виникають конфлікти з медичним персоналом. Незважаючи на психічне здоров'я, вони демонструють часом так зване подвійне орієнтування;

- *Панічна* реакція: хворі знаходяться у владі страху, легкої сугестивності, часто непослідовні, лікуються одночасно в різних лікувальних установах, як би перевіряючи одного лікаря іншим лікарем.

Часто лікуються у знахарів. Їхні дії неадекватні, помилкові, характерна афективна нестійкість;

- *Руйнівна* реакція: хворі поводяться неадекватно, необережно, ігноруючи вказівки лікаря, не бажаючи змінювати звичний спосіб життя, професійне навантаження, відмовляючись від прийому ліків і стаціонарного лікування. Наслідки такої реакції бувають часто несприятливими.

Типи ставлення до хвороби (Barker, 1946):

- Уникнення дискомфорту з аутизацією (пацієнти з невисоким інтелектом);
- Заміщення із знаходженням нових засобів досягнення життєвих цілей (пацієнти з високим інтелектом);
- Ігноруюча поведінка з витісненням визнання дефекту (у осіб з середнім інтелектом, але високим освітнім рівнем);
- Компенсаторна поведінка (тенденції агресивного перенесення неадекватних переживань на оточуючих);
- Невротичні реакції.

Типологія реагування на захворювання створена А.Є. Лічко і Н.Я. Івановим на основі оцінки впливу трьох факторів: природи соматичного захворювання, типу особистості, в якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру, ставлення до даного захворювання в референтній для хворого групі. Ці типи об'єднані по блоках.

Перший блок включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація істотно не порушується – це гармонійний, ергопатичний і анозогнозичний типи.

У другий і третій блок включаються типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку із захворюванням.

Другий блок включає типи реагування переважно з інтропсихічною спрямованістю, тобто це тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний і апатичний тип. Емоційно-афективна сфера відносин у хворих з цими типами реагування клінічно проявляється у дезадаптивній поведінці і реакціях за типом дратівливої слабкості, а також в тривожному, пригніченому стані. Характеризується «відходом у хворобу», відмовою від боротьби за здоров'я, одужання.

Третій блок це реагування з інтерпсихічною спрямованістю. Включає типи з сенсibiliзованим ставленням до хвороби. Воно більшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості хворих – це сензитивний, егоцентричний, паранойяльний і дисфоричний. Пацієнти з цими типами ставлення до хвороби при різних емоційно-афективних

реакціях на хворобу характеризуються дезадаптивною поведінкою, що може призводити до порушення їх соціального функціонування.

Типи ставлення до хвороби (Личко & Иванов, 1980):

Гармонійний – правильна, твереза оцінка стану, небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою;

Ергопатичний – "відхід від хвороби в роботу", бажання зберегти працездатність;

Анізогнозичний – активне відкидання думки про хворобу;

Тривожний – безперервне занепокоєння і недовірливість, віра в прикмети і ритуали;

Іпохондричний – крайня зосередженість на суб'єктивних відчуттях і перебільшення їх значення, боязливість побічної дії ліків, процедур;

Неврастенічний – поведінка за типом "дратівливою слабкості". Нетерплячість і спалахи роздратування на оточуючих (особливо при болях), потім – жаль аж до сліз і каяття;

Меланхолійний – невіра в одужання, пригнічений хворобою, депресивний настрій (аж до загрози суїциду);

Апатичний – повна байдужість до своєї долі, пасивне підпорядкування процедурам та лікуванню;

Сенситивний – чутливість до міжособистісних відносин, побоювання, що оточуючі його уникають через хворобу, боязливість стати тягарем для близьких. Висока заклопотаність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки, несприятливі відомості про причини і природу його хвороби.

Егоцентричний – "відхід у хворобу" з виставленням напоказ своїх страждань, вимога до себе особливого ставлення. Розмови оточуючих швидко переводяться на себе, свої страждання. В інших людях, також вимагають уваги і турботи, бачать лише деяких конкурентів, ставляться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе положення, винятковість у хворобі.

Паранойяльний – упевненість, що хвороба є результатом злого наміру, а госпіталізація є результатом недбалості медичного персоналу;

Дисфоричний – домінує похмуро-озлоблений настрій, заздрість і ненависть до здорових людей. Характерні спалахи гніву з вимогою від близьких підпорядкування і догоди у всьому.

Обсесивно-фобічний – характерна тривожна недовірливість, насамперед, що стосується побоювань нереальних, малоімовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих, але малообґрунтованих невдач в житті, роботі, сімейної ситуації у зв'язку з

хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більш, ніж реальні. Захистом від тривог часто стають прикмети та ритуали.

Реакції особистості на соматичну хворобу у хворих можуть носити патологічний характер і виявлятися у вигляді психогенних невротичних тривожно-депресивних реакцій. У інших хворих ці реакції виражаються психологічно адекватними переживаннями факту хвороби. Нервово-психічні порушення при соматичних захворюваннях звичайно складаються з психічних соматогенних розладів і з реакції особистості на хворобу. У складній структурі психічних порушень вираженість цих факторів різна. Наприклад, при судинних захворюваннях, особливо при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі, ендокринних захворюваннях, вирішальна роль належить саме соматогеним факторам. При інших захворюваннях головна роль належить особистісним реакціям, це такі хвороби і наслідки їх як спотворюючі операції, дефекти особи, втрата зору, слуху тощо.

Класифікація реакції на захворювання в залежності від особистісних особливостей (Л. Л. Рохлін).

➤ **Депресивно-астенічний (астено-депресивний):** найбільш частий, так як астенизація супроводжує більшість існуючих захворювань. Вона проявляється в ослабленні спонукань до діяльності, емоційній невиносливості, відчутті загальної розбитості, безпредметної пригніченості. Астенизований хворий не може активно боротися зі своєю хворобою, він підвищено чутливий до відчуттів, що йдуть від внутрішніх органів, схильний до смутку і тривалим розслаблюючим роздумам про свої нещастя. Астенизація психіки дуже сприяє формуванню неправильного ставлення до хвороби, а це, в свою чергу, негативно впливає на перебіг захворювання і знижує ефект від лікування.

➤ **Психостенічний:** такі хворі сповнені тривоги і страхів за майбутнє, вони упевнені в її несприятливому результаті, сповнені нав'язливих страхів – фобій, всупереч реально існуючих положень справ і прогнозів лікаря.

➤ **Іпохондричний:** проявляється похмурою заглибленістю в найдрібніші деталі, прояви свого захворювання з вивченням відповідної медичної літератури, а також самостійним тлумаченням своїх «симптомів», наполегливим зверненням за допомогою до лікарів різних спеціальностей і вимогою безперервного лікування.

➤ **Істеричний:** пов'язаний з перебільшеною оцінкою своєї хвороби, прагненням, так би мовити, «жити хворобою», поставити її в центр уваги свого та оточуючих людей. Пов'язаний з вимогою особливої турботи, обуренням «недооцінкою», «непорозумінням» страждань хворого з боку медперсоналу і рідних. Зовнішня поведінка таких хворих

характеризується надмірною емоційністю, театральністю і свехтрагічністю.

➤ **Ейфорично-анозогнозичний.** Хворі ігнорують наявність недуги, не виконують призначень лікаря, грубо порушують режим і часто завдають шкоди своєму здоров'ю.

Кожен хворий по-своєму реагує на наявне у нього захворювання, тому розумно враховувати наступні особливості; психологічний вплив хронічної хвороби, ставлення до діагнозу – визнання або недостатнє розуміння, манеру спілкування і ставлення до лікаря. Ставлення хворих до побічних дій ліків теж широко варіює. Хворі з рецидивуючими або хронічними захворюваннями часто страждають на депресію, нерідко обтяжують клінічну картину страждання за механізмом порочного кола. Поступове наростання ознак фізичного неблагополуччя при хворобі Паркінсона, серцевої недостатності або ревматоїдному артриті викликає депресивну реакцію, ще більше посилює відчуття безнадійності. Тут поліпшення стану істотно налагодять антидепресанти. Особливо важкий підхід до хворих з важкими функціональними дефектами або втратою частин тіла (наприклад, при паралічі, в результаті ампутації або пошкодження спинного мозку). У даному випадку необхідно вловити часто дуже хитку грань між реактивною депресією, коли необхідно традиційне психіатричне лікування, і дисфоричними емоційними реакціями, нехай різко вираженими, але відповідними тяжкості фізичної недуги. Дисфоричні емоційні реакції є розладом настрою, свого роду констеляцією горя, втрати моральних сил і відчуття своєї «вирваності з життя», душевного і фізичного занепаду. Ці реакції погано піддаються лікуванню антидепресантами і психотерапії. Їх динаміка визначається в основному загальним клінічним станом хворого. З часом при успішній реабілітації або звикання хворого до свого зміненого статусу настає поліпшення.

Нозогенія – це реакція хворих на стрес, пов'язаний з розвитком важкого соматичного захворювання і необхідністю тривалої соматотропної терапії. Різні типи нозогеній найчастіше виділяються в рамках різних психічних захворювань, а також як розлади невротичного регістра у пацієнтів без супутньої психічної патології. Нозогенії можуть проявлятися у вигляді атипичних проявів больового синдрому, супроводжуваного сенестопатіями. Іноді спостерігається маревна інтерпретація симптомів соматичного страждання, можливість трансформації тривожно-депресивного афекту в ейфоричний з неадекватним відношенням до соматичного захворювання. Виникнення нозогеній може бути обумовлено не тільки важкістю актуального соматичного захворювання, але і набутою дисгармонією складу особистості, а також супутньою психопатологічною симптоматикою.

При важких соматичних розладах можливий розвиток наступних хворобливих змін емоцій:

- Емоційна лабільність – нестійкість настрою, зміна його під впливом незначних подій.
- Гіпертимія – підвищений, веселий, радісний настрій, що супроводжується припливом бадьорості, гарним фізичним самопочуттям, переоцінкою власних можливостей.
- Ейфорія – пасивний, добросердий, безтурботний настрій, переживання повного задоволення своїм станом.
- Гіпотимія – знижений настрій, переживання пригніченості, тужливості, безвихідності. Увага фіксована тільки на негативних подіях.
- Дисфорія – злобно-тужливий настрій з переживанням невдоволення собою і навколишніми, часто супроводжується агресією.
- Тривога – переживання внутрішнього занепокоєння, чекання неприємності, лиха, катастрофи.
- Хвороблива психічна нечутливість – утрата людських почуттів.
- Апатія – розлад емоційно-вольової сфери, що виявляється байдужністю до себе і подіям, що оточують, відсутністю бажань, спонукань і повною бездіяльністю.

У сфері мислення, крім загальної ідеаторної загальмованості, труднощів у зосередженні і нерішучості, депресію також характеризує песимістична чи критична (негативна) оцінка власної особистості, ідеї самозвинувачення, малоцінності світу, що оточує (усе навколо представляється в темному світлі, люди переслідують тільки свої особисті, корисливі інтереси тощо) і проблисків на поліпшення). У багатьох випадках хворі цілком позбавлені майбутнього (ситуація здається перманентно безнадійною без усяких можливості проектування себе в майбутнє). Внаслідок зміненого відчуття часу в них відсутнє почуття чекання і здатність прогнозувати події. Часто доводиться зустрічатися і з запереченням хворим самого факту хвороби (*анозогнозія*). Заперечення, «витиснення» хвороби найчастіше зустрічається при важких небезпечних захворюваннях, таких як онкологічні захворювання, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, психічні, деякі серцево-судинні захворювання. Такого роду хворі або взагалі ігнорують захворювання, або надають значення менш тяжким симптомам і ними ж пояснюють свій стан. Лікуються від тієї хвороби, якої самі надають значення. Причиною виникнення реакції заперечення хвороби в більшості випадків є психологічна нестерпність реального стану справ, неможливість повірити хворому в важку і небезпечну хворобу. Реакція заперечення хвороби може також спостерігатися у близьких родичів хворого. Сильні, врівноважені, психічно зрілі особистості зазвичай правильно реагують і адекватно

оцінюють захворювання, прагнуть знайти вихід із ситуації, створеної хворобою, подолати її або пристосуватися до неї. Але в цих випадках вирішальна роль належить психотерапевтичним бесідам.

Іноді спостерігається свідоме прагнення людини приховати свої хворобливі розлади (*дисимуляція*). Дисимуляція спостерігається в основному при захворюваннях, які пов'язані для людини з деякими об'єктивно чи суб'єктивно невідповідними ситуаціями. Частіше зустрічається при психозах. Дисимуляція протилежна симуляції – поведінка спрямована на імітацію хвороби або її окремі симптоми. При цьому мотивами можуть бути – досягнення пільг, ухилення від обов'язків, прагнення звернути на себе увагу, потреба в допомозі, опіці. Особистісний сенс симуляції і цілі можуть бути усвідомленими і неусвідомленими. В останньому випадку спостерігається в осіб з істеричними невротами.

Далі слід привести реакції на хворобу, що залежать, скоріше від характеру захворювання ніж від особистості хворої людини.

Трагічне переживання хвороби (*гіпернозогнозія*). Це буває частіше в тих випадках, коли захворювання виникло раптово, різко порушилася працездатність і весь життєвий стереотип, коли відбувається різка зміна в життєвих, суспільних, любовних, професійних і виробничих планах людини. Найчастіше така реакція може спостерігатися у спортсменів або у людей раніше фізично здорових.

Важкі депресивні реакції. Виникають зазвичай у важко хворих людей, соматичні захворювання яких призводять до виражених змін зовнішнього вигляду. Нерідкі суїцидальні думки і навіть спроби. Протягом цих станів велику роль відіграють психотерапевтичні бесіди з роз'ясненням причин стану та перспектив лікування. Такі реакції спостерігаються при пораненнях і опіках, спотворюючих рубцях, при важких екземах, нейродермітах. При цьому у такого роду хворих можуть з'явитися патологічні риси характеру, такі як вибуховість, шизоїдність, вразливість та сензитивність.

Паранояльні переживання (марення). Виникає при значному зниженні слуху, рідше зору. Іпохондрична фіксація на своєму стані і відчуттях, виникає у хворих з затяжними хронічними важкими захворюваннями на тлі астеничних розладів. У них з'являється багато різних скарг, які не відповідають соматическому стражданню. Хворий стає похмурим, депресивно-дратівливим. Часто вид здорових людей, їх посмішки, сміх, турботи викликають у нього роздратування. Такі хворі можуть також вступати в конфлікт з персоналом. Істеричні реакції, проявляються іноді у вищеназваних хворих. Проявляються істеричними формами поведінки, коли своїми скаргами хворі прагнуть привернути увагу оточуючих їх людей. При цьому, розради і переконання в тому, що хвороба безпечна,

легка, нестрашна, нерідко можуть викликати обтяження істеричних реакцій.

Рекомендована література

1. Блейхер, В. М. & Крук, І. В. (1983). Патопсихологічна діагностика. Київ : Здоров'я.
2. Бурлачук, Л.Ф. (1979). Дослідження особистості в клінічній психології. Київ : Медицина.
3. Вітенко, І. С. (1994). Загальна та медична психологія. Київ: Здоров'я.
4. Конечний, Р. М., Боухан, М. В. (1983). Психологія в медицині. Прага : Авиценум.
5. Barker, R. G., Wright, B. A., & Gonick, M. R. (1946). *Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability*. New York, NY, US: Social Science Research Council.

МАСКОВАНІ ДЕПРЕСІЇ

Депресія є одним з найпоширеніших психічних розладів. За даними ВООЗ у світі від депресії страждає понад 300 мільйонів чоловік з усіх вікових груп. Кожен сьомий житель Європи страждає від серйозних розладів настрою в будь-який період свого життя; щорічно близько 7% населення страждають від серйозної депресії. Якщо враховувати тривожні стани і більш легкі форми депресії, ця цифра зростає до 25%.

Депресія (визначення ВООЗ) – це широко поширене психічне порушення, яке характеризується зневірою, втратою інтересу, нездатністю радіти і отримувати задоволення, почуттям провини або низькою самооцінкою, порушеннями сну, апетиту, почуттям втоми і поганою концентрацією.

Депресія часто приводить до погіршення якості життя та соціальної дезадаптації, а в найгіршому випадку до суїциду.

Самогубство становить близько 1% всіх випадків смертей, і майже дві третини від цієї цифри припадає на людей з депресією (Sartorius, 2001). Депресія призводить до більшого в чотири рази ризику самогубства у порівнянні з загальною популяцією, який збільшується майже в 20 разів у найважчих хворих (Bostwick і Pankratz, 2000). Іноді депресія може також призводити до актів насильства щодо інших людей і може навіть включати вбивство. Депресія негативно впливає на шлюбні та сімейні стосунки і депресія у батьків може призвести до ігнорування дітей і значних порушень у дітей (Ramachandani & Stein, 2003).

Масковані (приховані, ларвовані) депресії – атипові депресивні розлади при яких депресивні стани мають нетипову клінічну картину з відсутністю основних симптомів таких як знижений настрій, туга, ідеаторна і моторна загальмованість та наявність великої кількості факультативних – алгій, сенестопатій, парестезій, обесивних, дисомнічних, вегетативних розладів та порушень в сексуальній сфері, вторинної алкоголізації, або інших хімічних та не хімічних адикцій. Такі пацієнти часто звертаються до сімейних лікарів, лікарів неврологів, терапевтів, кардіологів, гастроентерологів та лікарів іншого профілю, але часто депресивні розлади залишаються не діагностованими.

Така невтішна ситуація виникає через те, що основні симптоми депресії відсутні, або виражені у незначній мірі та вбудовуються в клінічну картину соматичного захворювання. Скарги пацієнтів переважно стосуються серцево-судинної, нервової системи, шлунково-кишкового тракту, хронічної втоми. Також вони скаржаться на хронічний біль у різних ділянках тіла та сенестопатичні відчуття, швидку стомлюваність, свербіння шкіри, дисменорею, порушення апетиту як у бік зниження, так і підвищення. Скарги соматичного характеру виступають на перший план

сприймаються пацієнтами та лікарями як первинні та маскують власно депресивні прояви. При ретельному зборі скарг та аналізі анамнестичних даних виявляються й інші прояви захворювання з тривогою, занепокоєнням, порушеннями сну, втратою здатності отримувати задоволення від діяльності, що раніше його приносила, нав'язливістю, фобіями.

До найбільш розповсюджених захворювань та синдромів, під якими може приховуватись депресія, відноситься:

- нейро-дисциркуляторна дистонія;
- артеріальна гіпертензія нез'ясованого генезу;
- мігрень;
- дисменорея неясного генезу;
- остеохондроз;
- тахікардія;
- синдром роздратованого кишківника;
- синдром гіпервентиляції;
- шкірні захворювання.

Варіанти маскованих депресій

1. *Алгічно-сенестопатичний варіант маскованої депресії* – до нього входять численні сомато-вегетативні порушення з переважанням болю різноманітної локалізації (алгії) та/або неприємних відчуттів у різних частинах тала (сенестопатії), про які повідомляють пацієнти, вони зустрічаються приблизно в 50% випадків. Звідси і прийнята в медицині назва варіанту маскованої депресії – алгічно-сенестопатичний. Біль або сенестопатії виникають раптово, за своєю топографією не відповідає зонам іннервації, відсутній ефект від анальгетиків. Пацієнти проходять тривалі й численні обстеження задля визначення причини болю та неприємних відчуттів, а зміни настрою, тривогу, пригніченість, апатію, ангедонію за часту пов'язують з безуспішним обстеженням та лікуванням у лікарів соматологів. Саме відсутність ряду симптомів характерних для клінічної картини конкретного соматичного захворювання і безуспішність призначеного лікування, в таких випадках, служать мотивами для направлення таких хворих до психіатра.

Виділяють наступні види алгічно-сенестопатичного варіанту маскованої депресії:

- *кардіалгічний* (біль в ділянці серця) – імітує хвороби серця. Провідною є наступна симптоматика: скарги на біль, неприємні відчуття в ділянці серця різної інтенсивності: стискаючого, ниючого, щемливого, свердлячого характеру, печіння, спазм, пульсація, горіння, серцебиття, перебої в роботі серця. Такі скарги за часту мають незвичне, вичурне, або яскраве описання своїх відчуттів – «вогняні відчуття в грудях», «шум в серці», «стукіт», «судоми», «розпирання», «спазм за грудиною», «серце

немов голкою коле», «стягування грудної клітини» та не пов'язані з фізичною напругою. Такі скарги супроводжуються страхом смерті, відчуттям нестачі повітря. Окрім болю та неприємних відчуттів, нерідко спостерігаються об'єктивно зареєстровані порушення ритму серцевої діяльності, нормалізація якого настає на фоні лікування антидепресантами, що свідчить про депресивну природу розладів. Разом з тим виявляються і порушення сну, апетиту, схуднення, закрепи або проноси, відчуття внутрішнього дискомфорту, розбитості, м'язового безсилля, невиправдане занепокоєння, хвилювання, неясне почуття тривоги, зниження загального тону, працездатності і активності. Пацієнти викликають «швидку допомогу», госпіталізуються в терапевтичне відділення з підозрою на стенокардію, інфаркт міокарду, пароксизмальну тахікардію, шийний остеохондроз, атеросклероз коронарних артерій з явищами ангіо-неврозу, які при обстеженні відкидаються або ступінь вираженості патологічного процесу не відповідає інтенсивності скарг;

- **цефалгічний** – головний біль, як маска прихованої депресії, домінує у скаргах пацієнтів. Пацієнти не можуть описати особливості головного болю, їх локалізацію, лише наполегливо підкреслюють болісний характер відчуттів, що обтяжують виконання повсякденних справ та відсутність ефекту від анальгетиків. Пацієнти відчувають печіння, розпирання або здавлювання, горіння і тяжкість, пульсацію, стягування і оніміння, нерідко порожнечу, іноді скарги мають незвичайний, дивакуватий характер. Часом їм важко вказати точну локалізацію болю, або вони говорять про їх мігруючий характер: то в лобно-скроневій області, то в потиличній, то в тім'яній. Головний біль і неприємні відчуття топографічно не відповідають зонам іннервації черепа і судинним басейнам, поширюються в окремих випадках і на інші частини тіла;

- **абдомінальний** (біль в животі) – варіант алгічно-сенестопатичної маскованої депресії при якому в скаргах переважають біль, спазми, відчуття печіння, оніміння, поколювання, тиску (парестезії) в області живота. Пацієнти відчувають важкість, «переповнення», «розпирання», «переливання», «вібрацію» шлунка, «здуття» кишечника, нудоту, болісну відрижку. Біль без певної локалізації, тупого характеру, частіше тривалий, постійний, ниючий, розпираючий, клінічна картина не відповідає типовим проявам захворювань шлунково-кишкового тракту. Періодично на цьому тлі можуть виникати короткочасні, сильні болі. Протягом доби болі з'являються періодично, частіше їх найбільша інтенсивність вночі, або рано вранці, вони не пов'язані з прийомом і характером їжі. Як правило, відзначається зниження апетиту, хворі їдять без задоволення, втрачають вагу, страждають закрепами, рідше проносом. Окрім болю, до найбільш

частих скарг відноситься метеоризм – відчуття здуття, переповнення, бурчання кишківника. Такі пацієнти можуть госпіталізуватися у стаціонар з підозрою на загострення хірургічних захворювань шлунково-кишкового тракту, спайкову хворобу або харчове отруєння;

- **артралгічний** (біль в суглобах) – проявляється різноманітними болями в суглобах, хребті та прилеглих до них м'язах. Пацієнти розповідають про їх тягнучий характер, розпирання; відзначають, що під час рухів у суглобах щось давить, що заважає ходьбі, наявне відчуття «здерев'яніння та скутості в суглобах», неможливість згинання або розгинання без побоювання викликати біль. Поява болу супроводжується поколюванням, онімінням, відчуттям жару в шкірі навколо суглобів і по ходу хребта або мурашок. З підозрою на артрити, радикуліти, невралгії, міопатії такі хворі відвідують терапевтів, неврологів, ревматологів. Призначене комплексне медикаментозне лікування у тому числі фізіотерапевтичне та масаж не покращують стану, а в ряді випадків викликають додаткові неприємні відчуття;

- **паналгічний** – у випадках коли має місце мігруючий біль без постійної локалізації, що переміщається з однієї частини тіла в іншу, а іноді захоплює все тіло, можна казати про паналгічний варіант алгічно-сенестопатичної маски. Так, наприклад, виникнувши в області голови, вони переходять в ділянку серця, шлунка, кишківника, або, навпаки, розпочавшись в надчеревній ділянці, поширюються на серце, звідти на шию, стискаючи і перехоплюючи подих, і далі вгору до голови. Такі пацієнти також часто повідомляють про сухість, гіркий присмак в роті, пітливість, поганий апетит, схуднення, а також розлади сну, апатію, безрадісність, зневіру, знижену працездатність;

- **глосалгічний** – під глосалгією прийнято розуміти захворювання язика і слизової оболонки порожнини рота, при яких основними симптомами є печіння, пощипування, поколювання, свербіж, оніміння, нерідко в поєднанні з больовими відчуттями під час мовлення. Скарги на біль і неприємні відчуття часто визивають необґрунтоване занепокоєння з приводу наявності невиліковного важкого захворювання (носять іпохондричний характер), нерідко вони збігаються з протезуванням і лікуванням зубів. Прояви депресивних розладів (пригніченість, пригніченість, поганий настрій, тривога тощо), часто не вважаються лікарям та пацієнтам первинними. Проте багаторазові всебічні обстеження не виявляє об'єктивних змін або результати неадекватні наявним скаргам. Ця обставина має насторожувати. Запізніле розпізнавання депресії призводить до того, що пацієнти піддаються зайвим ортопедичним і стоматологічним втручанням. Саме за наполяганням таких хворих часто відбувається екстракція (видалення) одного або декількох здорових зубів, іноді аж до видалення всіх на верхній і нижній щелепах. Відомі випадки

невиправданого видалення всіх зубів за наполяганням пацієнта, який страждав прихованої депресією. Разом з тим пацієнти часто скаржаться на безсоння, відчуття нудоти, дискомфорт в шлунково-кишковому тракті, відсутність апетиту, біль в різних частинах тіла. Така різноманітність симптомів не вкладається в рамки будь-якого стоматологічного захворювання, а тривалість, завзятість і своєрідність його перебігу дають підставу запідозрити наявність маскованих депресій.

2. **Агривнічний варіант маскованої депресії** – при такому варіанті маскованої депресії дисомнічні розлади є провідними, а іноді і єдиними проявами прихованої депресії. Тривале безсоння (агривнія) проявляється у вигляді в раннього пробудження (як правило, в три-чотири години ранку, що описуються пацієнтами «просинаюсь немов від поштовху»), в скороченні тривалості нічного сну до 4-5 годин, відсутності відчуття відпочинку, також можливі думки песимістичного характеру у ранкові години. Вранці пацієнти відчувають виснаженість, відсутність бадьорості, скаржаться на слабкість, розбитість, невпевненість у своїх силах, важкість в голові, відсутність задоволення від діяльності, яка раніше його приносила. Іноді пацієнти повідомляють, що напади безсоння, чергуються з періодами повного психічного і фізичного здоров'я, нападами головного болю або болями в серці та шлунку. Відзначається від двох до п'яти і більше нападів безсоння тривалістю від одного-двох днів до декількох місяців.

3. **Діенцефальний варіант маскованої депресії** має декілька типів і часто потребує вирішення диференціально-діагностичних питань:

- **вегетативно-вісцеральний** – проявляється періодичною тахікардією, відчуттям жару, нестачі повітря, посиленою перистальтикою кишечника, пацієнти також скаржаться на псевдопозиви на дефекацію. Напади виникають раптово, переважно в ранкові години й закінчуються літично з відчуттям слабкості, розбитості;

- **псевдоастматичний** – пацієнти скаржаться на нападоподібні порушення частоти, ритму і глибини дихання із суб'єктивним відчуттям задухи. Суб'єктивно хворі відчувають болісне, тяжке відчуття задухи, кома в горлі, брак повітря. Їх дихання стає прискореним, поверхневим, відзначаються додаткові вдихи. Напади порушення дихання виникають спонтанно, частіше в ранкові години, в стані спокою. Вони не пов'язані з фізичним навантаженням та емоційним напруженням. Від нападів астми вони відрізняються відсутністю вимушеної пози, зовнішній вигляд хворого не змінюється, вираз його очей, забарвлення шкірних покривів і слизових оболонок звичайні. Ознаки захворювання під час проведення додаткових методів дослідження не виявляються. Напади починаються поступово, без будь-яких провісників. Тривалість світлих проміжків, коли

хворі почуваються цілком здоровими, різна – від декількох місяців до декількох років;

- **вазомоторно-алергічний тип** – характеризується періодично виникаючими сезонними, найчастіше навесні або восени, відчуттями задишки, закладення носових ходів з утрудненням носового дихання, відчуття тяжкості або оніміння в ділянках гайморових пазух. Але при додаткових методах обстеження патологічні зміни верхніх дихальних шляхів не виявляються.

4. **Обсесивний або обсесивно-фобічний варіант маскованої депресії** – характеризується переважно нав'язливими думками або страхами, одночасним усвідомленням їх хворобливості, безпідставності, чужості та з прагненням до їх подолання. У таких пацієнтів виникають нав'язливі безпідставні страхи померти від якоїсь соматичної хвороби, наприклад від інфаркту міокарду, або онкологічного захворювання. Зовні прояви власне депресивних порушень незначні, ця форма характеризується поєднанням нав'язливостей, страхів і депресивної симптоматики.

5. **Наркоманічний варіант маскованої депресії** – найбільш соціально значущий варіант маскованої депресії. Проявляється нападоподібним зловживанням алкоголю, наркотичних речовин або лікарських засобів. Власне маскована депресія є первинною, тобто провокуючою наркотизацію або алкоголізацію. Можна виділити два види наркоманічного варіанту маскованої депресії. Перший характеризується переважанням афективних розладів із психопатоподібними проявами, напруженістю, легкою дратівливістю, образливістю, тугою. Така симптоматика поєднується з розладами сну, легкою втомленістю, порушеннями апетиту, нудотою, поганим самопочуттям. Зловживання психоактивними речовинами відбувається у будь-який час без чіткого причинно-наслідкового зв'язку з поганим самопочуттям. Другий вид відрізняється переважанням скарг соматичного характеру та вегетативної симптоматики, стан хворих гірше вранці, що в свою чергу супроводжується вживанням психоактивних речовин. Такі пацієнти за часту вкрай негативістично та опозиційно налаштовані проти лікарів. Визначається певна закономірність: чим триваліше вживання алкоголю та наркотичних речовин, тим більш виражені специфічні розлади особистості і тим складніше виявити первинну масковану депресію.

6. **Маскована депресія з порушеннями сексуальної сфери.** Найбільш ранніми, та за часту єдиними порушеннями при депресії є статеві порушення. З наростанням депресивних проявів поглиблюються і зміни в сексуальній сфері: в збільшенні тривалості статевого акту, в вираженості і частоті ранкових ерекцій, статевої активності в цілому, притупляється задоволення від статевого акту іноді аж до аноргазмії, знижується лібідо,

частота полюцій. Під час опитування пацієнтів, також можна виявити зниження настрою, тривожність, що частіше лікарями сприймається як реакція на невдачі у сексуальній сфері. Під час аналізу анамнестичних даних вбачається сезонність та періодичність порушень сексуальної сфери, які проходили без відповідного лікування.

Диференційна діагностика

Різноманіття скарг та поліморфізм клінічної картини приводять до труднощів діагностики маскованих депресій. Більшість пацієнтів потрапляють на лікування до лікарів-інтерністів, де тривалий час обстежуються та безрезультативно лікуються.

Для вирішення питань диференційної діагностики потрібно користуватися наступними критеріями:

- скарги пацієнтів мають поліморфний характер і не відповідають клінічній картині та критеріям діагностики певних захворювань;

- під час дослідження відсутні зміни у органах та системах органів, або їх вираженість не відповідає інтенсивності скарг;

- існує сезонна закономірність з переважанням у осінньо-весняний період та хвилеподібність розладів протягом доби ;

- наявність зниження настрою до субдепресивного, пригніченість, відсутність задоволення від виконання видів діяльності, що раніше його приносила, розладів сну та розладів в сексуальній сфері;

- наявність вегетативних проявів, що не вкладаються в клініку певного захворювання, різноманітних алгій, що не відповідають зонам іннервації та розладів обмінних процесів;

- відсутність ефективності від призначення соматичного лікування;

- наявність відповідних змін при застосуванні психометричних досліджень;

- позитивний ефект від застосування антидепресивної терапії.

Задля покращення діагностики маскованих депресій можна використовувати психометричні шкали:

- госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);

- шкала депресії Бека;

- шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS);

- PHQ-9;

- Анкета CES-D для виявлення депресії;

- Опитувальник тривоги Спілбергера, тощо.

Оцінка із допомогою шкал в динаміці також дозволяє відстежувати результативність призначеної терапії.

Для лікування депресивних розладів застосовуються як антидепресанти так і психотерапевтичне втручання. Застосовуються наступні психотерапевтичні методи лікування депресії: когнітивно-поведінкова терапія, поведінкова активація; міжособистісна терапія; терапія вирішення проблем; консультування; короткострокова психодинамічна психотерапія і терапія подружжя. За даними мета-аналізу оглядів літератури когнітивно-біхевіоральна терапія більш ефективна при лікуванні депресії у дорослих і літніх людей, ніж звичайне лікування, і така ж ефективна, як лікування антидепресантами.

Рекомендована література

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії : наказ МОЗ України від 25.12.2014 №1003.
2. Борисенко В. В. Депресивні розлади у загально-медичній практиці : навч.-метод. посіб. Полтава, 2002. 87 с.

ПОНЯТТЯ ПРО “ПСИХОСОМАТИКУ” ТА “ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ”

Соматичне і психічне, хоча і є якісно відмінними явищами, але реально репрезентують лише різні сторони єдиної живої конкретної людини. Відривати ці сторони одна від однієї в дослідженнях проблеми хвороби є принципово невірним. Представники як психології, психіатрії, так і соматичної медицини поділяють думку про те, що при багатьох розладах існує поєднання як психоемоційних, так і соматичних порушень.

Соматичні порушення, виникнення яких пов'язане з психоемоційними порушеннями, уперше назвав «психосоматичними» у 1818 році німецький лікар R.Heinroth. Пізніше Jokobi (1922) вводить термін «соматопсихічне», щоб підкреслити домінування тілесного чинника у виникненні деяких нервово-психічних захворювань (Сидоров & Парняков, 2000).

У найбільш розповсюдженому трактуванні для психосоматичних розладів характерним є визнання значимості психологічних факторів як у виникненні, так і в посиленні чи послабленні соматичного (фізичного) захворювання.

Таким чином, критерієм віднесення специфічного фізичного захворювання до психосоматичних є наявність психологічно значимих подразників, що у часі нерідко пов'язані з виникненням чи загостренням даного фізичного порушення. Таке розуміння психосоматичних розладів вважається широким, тому що до них відносять усі порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких тісно пов'язаний з нервово-психічними факторами, переживанням гострої або хронічної психологічної травми зі специфічними особливостями індивідуально-емоційного реагування людини на навколишнє (Сидоров & Парняков, 2000).

Доцільно розглянути місце психосоматичних розладів у Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) (Милевский, 2003). Термін “психосоматичні” у МКХ-10 не використовується через відмінності в його значенні у різних мовах і різних психіатричних і психотерапевтичних традиціях, а також для того, щоб не вважати, начебто при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їхньому виникненні і розвитку. Розлади, описані в інших класифікаціях як психосоматичні, у МКХ-10 знаходяться в рубриках:

- F45. Соматоформні розлади.
- F50. Розлади прийому їжі.
- F52. Сексуальна дисфункція.

F54. Психологічні і поведінкові фактори, пов'язані з розладами чи захворюваннями, класифікованими в інших розділах (власне психосоматичні захворювання).

Психосоматичні розлади відносяться до рубрики F54, що використовується для реєстрації психологічних чи поведінкових факторів, як основної етіологічної причини соматичних розладів, що класифікуються в інших розділах МКХ-10. Для реєстрації соматичного розладу використовується додатковий код. Прикладом використання даної рубрики є кодування психогенної астми під рубрикою фізичного стану з глави J (Хвороби органів дихання): астма (F54 і J45.) і інші, наприклад: виразка шлунка (F54 і K25.); виразковий коліт (F54 і K54); кропивниця (F54 і L50) (Милевский, 2003).

Вплив психіки припустимий і можливий при будь-яких захворюваннях людини, тому психосоматична медицина ніколи не обмежувалася вивченням тільки психосоматозів. Психосоматичний підхід як принцип лікарської діяльності полягає в як найбільш ретельному вивченні впливу психосоціальних факторів на виникнення і плин будь-яких соматичних хворіб і психотерапевтичному лікуванні хворих з врахуванням цих факторів (Белкин, 1973).

Крім різних короткочасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях (наприклад, серцебиття в закоханого чи втрата апетиту при сумі), що є природним тілесним супроводом негавних емоцій, виділяють ще чотири великі групи розладів іншого гатунку (Сидоров & Парняков, 2000).

1. *Конверсійні симптоми* – (від лат. *conversio* – сходження, перетворення) символічне вираження, трансформація психічного конфлікту в фізичний симптом (синдром). При цьому симптом виражає замаскований мотив задоволеності або виконання бажань, або, що частіше – гальмування мотиву задоволеності чи виконання бажань, або обох одразу. Конверсії виступають як сенсорні порушення (порушення чутливості), можуть виглядати як судомні випадки. Їхніми прикладами також є психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони – первинні психічні феномени без тканинної участі організму. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме, свого роду «перекладом» позасвідомих конфліктів на мову тіла: внутрішньопсихічні конфлікти знаходять таким чином канали відреагування (Абрахам, Гловер, & Ференци, 2009).

Якщо конверсійні симптоми тривають роками, вони можуть трансформуватися в реальні органічні порушення. Наприклад, у людини з "істеричним" паралічем кінцівки може в кінці кінців виникнути важка

атрофія невикористовуваних м'язів або контрактура тих м'язів, які утримують кінцівку в одному і тому ж положенні.

Психоаналітична інтерпретація розладів травлення – це нездатність «переварити життєві обставини». Символічне трактування виразкової хвороби шлунка – соматизовані самозвинувачення, наслідок переживання людиною почуття провини і самопокарання, як би «перетравлення», їм самого себе (в російській мові до цієї ситуації добре підходить образний вислів «самоїдство»). В основі захворювань кишечника також лежить «затриманий» плач (фрейдівське психоаналітичне трактування колітів – ригідність, дріб'язковість, скупість і прагнення контролювати оточуючих, так званий «Анальний характер») (Бройтигам, Кристиан, & Рад, 1999).

Захворювання опорно-рухового апарату (хребет, суглоби) – відображення «пасивної роздратованості» життєвою ситуацією, яку людина, з одного боку, не сприймає (що і служить причиною його роздратування), а з іншого – не вважає для себе можливим вирішити її за допомогою активних власних дій. До цього зазвичай додається переживання відсутності зовнішньої підтримки і опори або відчуття буквально фізичного «тиску» життєвих обставин (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Ще одна проблема, яка давно потрапила в поле зору психоаналізу – різноманітні болі (головні болі, болі в області серця і ін.). Тут можна безпосередньо спостерігати, як тілесні болі є відображенням болю душевного. Останній являє собою, по суті, не що інше, як самопокарання, причиною якого є почуття провини, інтерналізоване жорстким батьківським вихованням в ранньому дитинстві в глибинні шари психіки людини. Нерідко подібні розлади виникають у істероїдних натур, у яких незріла, дитяча частина «Я» прагне вийти з-під контролю більш зрілої частини – Супер-Его. Схильність до розвитку психогенних болів відзначається також у осіб з жорсткою, ригідною (епі-лептоїдною) структурою характеру, з гіпертрофованим Супер-Его (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999; Бежук, Винник, 2010).

За механізмом витіснення («не бачу – тому що не хочу бачити», «не відчуваю – тому що не хочу відчувати»), або само покарання розвиваються і істеричні (конверсійні) порушення рухів, чутливості, зору, мови.

Дані патологічні тілесні феномени представлені в МКХ-10 як дисоціативні (конверсивні) розлади (F44).

2. Психосоматичні функціональні синдроми – виникають частіше при неврозах. Такі “соматизовані” форми неврозів іноді називають «неврозами органів», системними неврозами або вегетоневрозами і відповідають критеріям наступних діагностичних рубрик по МКХ-10:

соматоформні розлади (F45) (Жариков, Перожок, 1986; Кискер, Фрайберг, Розе, Вульф, 1999).

На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій. Психодинамічний конфлікт обумовлює маніфестацію соматовегетативних розладів, формування яких супроводжується персистуючими фізіологічними і емоційними порушеннями. При цьому психогенетичні механізми розглядаються в зв'язаності з фізіологічними і патологічними соматичними процесами. Соматичні симптоми, на відміну від конверсивного неврозу, формуються не як заміщуючий символічний вираз емоцій, що витісняються, а виступають як природний фізіологічний корелят того або іншого емоційного стану. Іншими словами, соматичні симптоми при вегетативному неврозі не усувають суб'єктивно обтяжливий емоційний стан, а супроводжують останній, оскільки є невід'ємною його складовою. Патофізіологічні (природжені або придбані) порушення, які провокуються і підтримуються інтрапсихічними конфліктами за умови тривалої ретенції можуть приводити до реальних морфологічних змін у внутрішніх органах (Бежук, Винник, 2010).

Перш за все до них необхідно віднести різного роду вегетативні дисфункції (F45.3), які можуть зачіпати серцево-судинну (F45.30) або дихальну систему (F45.33), шлунково-кишковий тракт з роздільною зацікавленістю його верхнього (F45.31) або нижнього відділу (F45.32), сечостатеву систему (F45.34) тощо. При домінуванні в клінічній картині афективних проявів – таких, як підвищена тривожність, схильність до депресії – можна говорити про наявність власне соматизованого розладу (F45.0), а в разі надмірної, іпохондричної заклопотаності хворого своїм станом, що супроводжується спробами маніпулювати уявною важкою хворобою – про іпохондричний розлад (F45.2). Вкрай неприємним різновидом психосоматичних порушень є наполегливі психогенні болі (соматоформний больовий розлад, F45.4). Сюди ж відносяться інші соматоформні розлади (F45.8) – такі, як «істеричний ком» в горлі і порушення ковтання, тонічні м'язові спазми (наприклад, кривошия) і свербіж шкіри, психогенні порушення менструального циклу у жінок.

Особливу патогенетичну роль у формуванні даного типу розладів відіграють дифузні страхи, зокрема, страх перед почуттям вини (Буш, 2005).

Слід підкреслити, що згідно як психоаналітичної, так і інших глибинно-психологічних теорій, в основі всіх подібних патогенних комплексів лежить незв'язана, вільноплаваюча тривога (McCahill, 1995). Іншими словами, тривога, яка «виринаючись» з-під контролю механізмів психологічного захисту, здатна привести до стану декомпенсації

(дезадаптації). В загальноприйнятій медичній термінології такий стан називається невротичним. Постійне відчуття і переживання генералізованої, вільноплаваючої тривоги суб'єктивно важко переноситься, а тому вимагає специфічних – невротичних форм психологічного захисту (Macdougall, 1993; Вайсс, 1998; Кернберг, 1998). Найрозповсюдженішим (і найзрозумілішим з побутової точки зору) серед вказаних механізмів захисту є «конвертування» тривоги у тілесноподібні симптоми чи скарги (Macdougall, 1993), що і лежить в основі формування соматоформних розладів: при їх наявності пацієнт отримує можливість виражати позасвідомі комплекси та тривогу у вигляді найбільш конвенційних для медичної практики тілесних скарг (Блум, 1996).

3. *Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози)* – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах.

Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками (Жузжанов, 1985; Антропов & Шевченко, 2000). Після маніфестації захворювання звичайно набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес, іншими словами, етіопатогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх етапах захворювання, пов'язаний із психологічно значимими для особистості подразниками з навколишнього середовища. Однак, функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: 1) есенціальна гіпертонія; 2) бронхіальна астма; 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку; 4) неспецифічний виразковий коліт; 5) нейродерміт; 6) ревматоїдний артрит; 7) гіпертиреоїдний синдром «Чикагська сімка» (Александр, 2004).

4. *Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки* – схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я (Жузжанов, 1985; Фельдман, 1986; Блейхер, Фельдман, 1988; Тихомиров, Титова, Виноградов, 1990; Воробьев, 1993; Ващенко, 1998).

Наприклад, схильність до травм характерна для особистостей із властивостями, що протилежні точності, старанності. Підвищене споживання їжі можна розуміти як індикатор престижу, соціальної позиції чи компенсацією невдоволення.

У деяких психосоматичних хворих можна виявити в завуальованій формі садистські або мазохістські тенденції. Якщо в злитті лібідонозних і агресивних потягів переважає принцип боротьби, то тоді акцент припадає на садистську поведінку. Якщо ж переважає принцип втечі, то тоді ми стикаємося з мазохістським поведінкою, іноді безпосередньо в формі самокатування.

Аналіз основних теоретичних підходів до проблеми психосоматики

Для того, щоб сформулювати адекватний сучасному стану наших знань погляд на взаємини між психікою і тілом, між психічними і соматичними проявами захворювань, необхідно проаналізувати цю проблему в історичному контексті. У давньому суспільстві вважалося, що хворобу викликають духовні сили, а отже, і боротись з нею необхідно духовними засобами. Основні ідеї давньогрецького суспільства про психосоматичні співвідношення можна проілюструвати словами Сократа: «Неправильно лікувати око без голови, голову без тіла, так само як тіло без душі».

Психодинамічні підходи

Концепція істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів (З. Фрейд).

Концепції психосоматики історично пов'язані з теоріями, розробленими S. Freud (Freud, 1948). Автор за допомогою концепцій істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів намагався пояснити виникнення психосоматичних розладів та визначити функцію і значення «патологічних соматичних процесів» у переживаннях і поведінці хворого. Він зараховує конверсію до витіснення, а соматичний еквівалент тривоги – до більш примітивного захисного механізму проекції. *Загальним для обох концепцій є те, що органічна симптоматика розглядається не як просте порушення фізіологічних функціональних зв'язків, а як наслідок розладу переживань і поведінки.* Однак, відмінність полягає в тому, що при конверсійній симптоматичі це порушення є наслідком несвідомого психічного конфлікту між інстинктивним бажанням і захистом Я, у той час як причиною органічної симптоматики актуального неврозу, як припускає З. Фрейд, є *психічний конфлікт, що не відбувся* (Freud, 1948; Александер, 2004). В рамках теорії конверсії невротичні дисфункції внутрішніх органів інтерпретуються як результат «переміщення енергії» недозволеного і суб'єктивно нестерпного емоційного конфлікту в соматичну сферу. Відповідно до оригінальної

інтерпретації автора подібне переміщення може мати двонаправлене значення для суб'єкта – як «задоволення» (зокрема у формі редукції обтяжливої афектної напруги, пов'язаної з психотравмуючою ситуацією), так і «покарання». При цьому слід зазначити, що, не дивлячись на зведення в розділ кута «символічного» механізму вибору органу або системи, в рамках яких локалізуються соматичні розлади, S. Freud також указував на можливість участі і якогось фізичного чинника. Мова йде про т.з. «соматичну готовність», яка обумовлена різними чинниками, включаючи генетичну predisпозицію, «перевантаження» органу, наслідки особливого тілесного досвіду дитячого віку тощо (Freud, 1948).

Психосоматичний симптом як доля інстинкту (П. Федерн)

Перший систематичний виклад психоаналітичного лікування органічного захворювання викладено, на думку Г.Аммона (Аммон, 2000), Паулом Федерном (1913), що у повідомленні про «приклад переміщення лібідо в ході терапії» описував лікування хворого бронхіальною астмою. Він припустив у генезі соматичного симптому лібідинозну фіксацію в ранньому дитинстві на дихальній системі, причому нюхова зона отримала вирішальне значення при переміщенні лібідо як ерогенна (Аммон, 2000).

Під час обговорення повідомлення Федерна, Фрейд сам запропонував ввідмежувати описане захворювання від істеричної конверсії, розуміючи його як «істерію фіксації», при якій специфічна соматична реакція робить органну систему особливо чутливою для фіксації лібідинозного розвитку, визначаючи соматичне вираження виникаючого в результаті цього конфлікту.

Організм як символ (Г. Гродек)

Проти звуження психодинамічного розгляду областю неврозів виступив Георг Гродек (1917), що вважався тоді «дисидентом» психоаналізу, у роботі про «психічну обумовленість і психоаналітичне лікування органічних захворювань». Гродек висунув у цій роботі наступну тезу: «Я вважаю глибокою оманю припускати, що лише істерик володіє даром робити себе хворим з якою-небудь метою; кожна людина має цю здатність, і кожен використовує її в тій мірі, яку ми ще не цілком уявляємо» (Белкин, 1978). За проявами хвороби він бачив «глибоко приховані шифри невідомого Воно, що не має ні визначення, ні пояснення». Це Воно, яким «живе» людина, використовує для своїх цілей і рішень як органічні процеси, так і психічну динаміку. Тому для Гродека не існує кардинальної протилежності між органічним і психічним процесами. Він вказав на подібність динаміки сновидінь і органічної симптоматики і сформулював концепцію подібності генезу органічних симптомів з формуванням сновидінь і невротичних симптомів. Він стверджував, що «органічні симптоми розвиваються так само, як сновидіння і невротичні симптоми, що не існує принципові відмінності

між психічними й органічними процесами, що Воно виявляє себе то психічним, то органічним шляхом» (Белкин, 1978).

Отже, Гродек розширює концепцію істеричної конверсії, бачачи в цьому механізм, властивий взагалі всім життєвим процесам. «Воно» знаходить при цьому символічне вираження як психічних, так і органічних процесів. У цьому сенсі він говорить про «організм як символ».

Гродек бачить, однак, органічне захворювання не тільки як наслідок і символічне вираження «глибоко прихованих рішень невідомого Воно». Він визнає його функцію у взаємодії з навколишнім світом. *Хвороба має задачу захистити хворого*, або ж Воно, яким він «живе», – від нестерпних подразників. Ця думка, як і інші спостереження Гродека, зараз одержує особливу значимість у світлі нових психоаналітичних досліджень психології Я і групи (Белкин, 1978).

Теорія специфічного конфлікту (Ф. Александер)

Справжнім засновником сучасної психосоматичної медицини є Франц Александер (Александер, 2004). Мартін Гротіан (1966) сказав, що якщо Фройд порушив сон світу, то про Александера можна сказати, що він порушив сон психіатрів і психоаналітиків. При цьому він мав на увазі не тільки значний внесок Александера в розвиток «динамічної психіатрії», тобто психіатрії на психоаналітичній основі, але і його психосоматичні дослідження, завдяки яким психоаналітичний інститут у Чикаго під його керівництвом надовго став науковим центром нового напрямку. Александер у 1939 році разом зі своїми співробітниками заснував журнал «Psychosomatic Medicine», створивши необхідний форум для психосоматичних досліджень (Александер, 2004).

Якщо до нього область компетенції психосоматичної медицини найчастіше обмежували впливом психологічних факторів на виникнення і розвиток непсихічних захворювань, тобто лінією, що йде від психогенної концепції, то Александер був прихильником більш широкого підходу, що йде від холистичної концепції. Відповідно до цього підходу, психічне і соматичне нерозривно пов'язане, і розуміння причин хворіб неможливе без спільного аналізу цих двох рівнів.

Найбільш відома концепція Александера – теорія психосоматичної специфічності, чи специфічних конфліктів. Відповідно до неї, тип соматичного захворювання визначається типом неусвідомлюваного емоційного конфлікту. Александер виходить з того, що «кожній емоційній ситуації відповідає специфічний синдром фізичних змін, психосоматичних реакцій, такий, як сміх, плач, почервоніння, зміни в серцевому ритмі, диханні тощо» (Александер, 2004), і, більш того, «емоційні впливи можуть стимулювати чи придушувати роботу будь-якого органу». Психоаналітичні дослідження виявляють в багатьох людей

неусвідомлювану емоційну напругу, що зберігається в продовж тривалого часу. Можна припустити, що в подібних випадках протягом тривалого часу будуть зберігатися і зміни в роботі фізіологічних систем, приводячи до порушення їхньої нормальної роботи і в остаточному підсумку провокуючи розвиток хвороби. Причому, оскільки при різних психічних станах спостерігаються різні фізіологічні зрушення, то і результатом різних несвідомих емоційних станів будуть різні патологічні процеси: підвищений кров'яний тиск – наслідком придушеного гніву, дисфункції шлунково-кишкового тракту – наслідком фрустрації залежних схильностей тощо

За теорією специфічного конфлікту Ф. Александера виділяють 3 аспекти:

1. Специфічний конфлікт призводить до певного захворювання тільки тоді, коли до нього є інші генетичні, біохімічні і фізіологічні фактори.

2. Життєві ситуації, стосовно яких особа є сенсibiliзованою в через свої ключові конфлікти, реактивують і підсилюють ці конфлікти.

3. Сильні емоції супроводжують цей активований конфлікт і на основі автономних гормональних і нервово-м'язових механізмів діють таким чином, що в організмі виникають зміни в тілесній структурі і функціях.

Крім того, є відмінності в автономних реакціях індивідів на різні форми навантажень. Індивідуальні особливості інтенсивності і проявів автономних реакцій можуть пояснити різні прояви психосоматичних захворювань.

Теорія ресоматизації (М. Шур)

Макс Шур (1955) виходить з теорій психології Я, висунутих Хартманом і його співробітниками (Hartmann, 1939, 1948, 1956; Hartmann, Kris, Loewenstein, 1946; Rapaport, 1951) на основі досліджень А. Фройд (1936). У цій концепції опис Я дається переважно в аспекті функцій захисту від інстинктивних імпульсів, що виходять з Воно, і функції адаптації до навколишнього середовища.

М. Шур (1955) висуває концепцію Я як адаптаційного органу, що працює з нейтралізованою інстинктивною енергією. Він вказує на те, що процес нейтралізації інстинктивної енергії пов'язаний із прогресуючою десоматизацією поведінки. Так, наприклад, тривожні реакції в ранньому дитинстві виражаються недиференційованими і некоординованими соматичними процесами і рухами. В міру дозрівання (біологічно мова йде, наприклад, про дозрівання ЦНС, психічно – про формування психічного апарату), первинно-процесуальна поведінка на ранніх ступенях розвитку замінюється вторинно-процесуальною. Остання характеризується зростаючою «десоматизацією» реакцій. Замість дифузних вегетативних і

рухових реакцій скидання напруги на перший план усе більш виступає мислення, замість прямої соматичної дії – десоматизована пошукова поведінка.

Шур приходиться до наступної гіпотези: десоматизована поведінка є результатом панування вторинних процесів, що виявились можливими завдяки нейтралізації інстинктивної енергії.

Психосоматичний симптом виникає, за Шуром, коли при сильному навантаженні психодинамічної рівноваги відбувається раптовий прорив несвідомого матеріалу у формі преімпальних чи едіпальних інстинктивних бажань, і механізми захисту Я не спрацьовують. Наслідком є регрес до рівня афектів, до ранніх стадій інстинктивного життя і захисних механізмів, що виявляються винятково на соматичному рівні [4]. Загальний момент усіх форм психосоматичних розладів Шур бачить у «нарцисичній регресії», що виявляється в органічній симптоматиці. Нарцисична регресія веде до переміщення лібідо з об'єкту на Я.

Теорія морбогенних стосунків матері і дитини (Г.Аммон)

В анамнезі психосоматичних пацієнтів Г. Аммон (Аммон, 2000) часто натрапляв на факт, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини. Безпомічне і тілесно недосконале немовля сприймається матір'ю як тяжка нарцисична образа, особливо якщо його стать не відповідає бажаній. Мати сприймає дитину первинно дефектною, а її соматичні потреби – як чергову образу. Захищаючись від цього, мати нав'язує дитині свої власні несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. На протест дитини проти цього насильства мати реагує нерозумінням і ворожістю. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою. При цьому мати має суперечливу несвідому установку, яку можна сформулювати в такий спосіб: «Я не люблю своєї дитини, тому що вона виявилась недосконалою. Це викликає в мені почуття провини і неповноцінності. Усе змінюється, коли вона занедужує. Тоді мені легко турботою про неї довести самій собі, що я все-таки гарна мати» (Александр, 2004). Очікування матері до дитини амбівалентні. З одного боку, вона повинна вирости сильною, зрілою і самостійною. З іншого боку, усякі прояви самостійності дитини лякають матір, оскільки, як правило, не відповідають її нереалістично завищеному ідеалу. Усвідомити суперечливість цих взаємовиключних установок мати не може, тому з комунікації з дитиною вона виключає усе, що так чи інакше може привести до визнання очевидності її неспроможності як вихователя. У хворобі цей конфлікт дезактуалізується, але видужання знову позбавляє

дитину турботи, оскільки мати повертається до своєї звичної поведінки. Повернути материнську турботу можна, лише знову виявившись хворим (Александр, 2004).

Характерною точкою зору для пізнішого відгалуження психоаналізу, а саме теорії об'єктних стосунків, є бачення причини виникнення патологічних тілесних сенсацій у втраті об'єкту (мається на увазі материнський об'єкт) в ранню, довербальну фазу онтогенетичного розвитку (Magni, de Bertolini, Dodi, & Infantino, 1986).

Тут може йтися як про реальну втрату, так і про символічну у вигляді порушення емпатичного порозуміння в симбіотичній діаді мати-дитина. Така втрата унеможлиблює побудову здорових афективних структур і здатності суб'єкта до розпізнавання власних афектів і, як наслідок, їх вербального вираження. Такі пацієнти нездатні переживати в інтрапсихічній реальності почуття сорому, провини, гніву, страху, тривоги безпосередньо, а переживають переважно ці афекти у вигляді тілесних сенсацій.

Сучасні психодинамічні уявлення про психосоматику

Перегляд поглядів класичного психоаналізу привів до формування уявлень про існування певних типових внутрішніх конфліктів і особистісних рис, що приводять до виникнення психосоматичних захворювань (Любан-Плоцца, Пельдингер, & Креггер, 1996; Любан-Плоцца, 2001). У числі внутрішньо психічних конфліктів при цьому називаються:

- 1) втрата об'єкта;
- 2) нарцисична травма;
- 3) агресивний захист.

Що стосується згаданих психологічних рис, то вони представляють собою результат порушень певних періодів вікового розвитку особистості, в термінах класичного психоаналізу описується як фіксація або «застрявання» на відповідному етапі психологічного розвитку. У сучасному трактуванні вони пов'язані зі схемою «епігенеза ідентичності» по Е. Еріксону.

1. Слабкість «Я», невпевненість, що є наслідком порушеної «базової довіри», що формується в ранньому дитячому віці (стадія формування базової довіри / недовіри до світу, за Е. Еріксоном).

2. Орально-нарцисичні порушення. Їм відповідає так званий оральний характер по З. Фрейду, що характеризується схильністю до тривожності, депресії, непропрацьованих переживань втрати об'єкта (розриву відносин зі значущими, близькими людьми).

3. Захисна поведінка, пов'язана з підсвідомим бажанням відновлення відносин із значущими фігурами в формі залежності від них або

«оволодіння» ними. Цьому відповідає «Анальний характер» по З. Фрейду або порушення на стадії формування автономності / залежності, за Е. Еріксоном.

4. «Душевна порожнеча» – механістичність душевного життя, відірваність від усвідомлення власних «рухів душі», Психодинамічно-орієнтовані моделі психосоматичних розладів розглядають як компенсаторний механізм прояв емоцій на тілесному рівні. Подібне порушення виникає на більш пізніх етапах вікового розвитку (по Е. Еріксону – стадія формування компетентності і наступні за нею етапи, що виникають у зв'язку з соціалізацією).

Близькими до психоаналітичних поглядів є теорії, які поєднують в собі уявлення психодинамічних і когнітивних моделей і психології розвитку:

а) алекситимія (П. Сіфнеос), або нездатність (точніше, недостатньо сформована в дитинстві здатність) до усвідомлення емоцій і вираження своїх почуттів;

б) ресоматизації по М. Шуру, або повернення до дитячих способів емоційного реагування;

в) соматизація, або «отілеснювання» невідреагованих негативних емоцій;

г) теорія контролю У. Глассера, що акцентує увагу на вторинній вигоді психосоматичних порушень як інфантильному способі контролю поведінки оточуючих;

д) вікова фізіологічна регресія (Сандомирский & Белогородский, 1998).

Моделі даної групи в тій чи іншій мірі розглядають психосоматичні порушення як регрес до інфантильних механізмів функціонування психіки, тобто, по суті – як прояви вікової регресії.

Теорія алекситимії (Немайя, Сифнеос)

Термін «алекситимія» (від грецьк. «а»-нездатність, «lexis» - слова, «thymos» – душа, настрої, почуття) ввели Немайя і Сифнеоса (Nemiah & Sifneos, 1970). Подібне значення має феномен «penseeoperatoire» (відфранц.– «механічне мислення») французьких авторів (Marty & De M'Uzan, 1963). Вихідним пунктом зазначених вище авторів було спостереження, що багато психосоматично хворих в ситуації обстеження (наприклад, психоаналітичного) поведуться інакше, ніж здорові люди і хворі з невротами (Бройтигам, Кристиан, & Рад, 1999). Їхні висловлення часто банальні, пустослівні, вони не здатні розвивати свої думки, не можуть зрозуміти метафоричне значення висловів. Виявляється не тільки мовна бідність, але і нездатність до фантазування. Характерно, що під час контакту, особливо в критичній ситуації, хворі замінюють очікувані від них мовні обороти жестами, тобто в них спрацьовує тілесна іннервація.

Психосоматичний суб'єкт при цьому відділений від свого несвідомого і тісно прив'язаний до навколишнього світу. Психосоматична регресія розцінюється як регресія «Я» на примітивний захисний рівень з агресивними й аутодеструктивними тенденціями у вигляді соматизації (Бройтигам, Кристіан, & Рад, 1999).

Достовірні дані численних спостережень дозволили зробити спробу охарактеризувати психосоматичну структуру особистості. Сьогодні вона здебільшого визначається поняттям «алекситимія», що характеризується чотирма типовими ознаками з різним ступенем їхньої виразності в кожному окремому випадку (Бройтигам, Кристіан, & Рад, 1999):

1. Своєрідна обмеженість здатності фантазувати. Пацієнт затруднюється або виявляється просто не здатним використовувати символи, результатом чого є своєрідний тип мислення, який можна визначити як «механічний», «утилітарний», «конкретний».

2. Типова нездатність виражати пережиті почуття. Пацієнт не в змозі пов'язувати вербальні чи жестові символи з почуттями. Почуття переживаються, якщо вони взагалі є, як щось неструктуроване, у всякому разі непередаване словами. Вони часто описуються через навколишніх (моя дружина сказала... лікар сказав...) або замість почуттів описується соматична реакція.

3. Психосоматичні пацієнти дуже пристосовані до товариських стосунків, що навіть визначається як «гіпернормальність». Їхній зв'язок з конкретним партнером характеризуються своєрідною «порожнечою стосунків». Оскільки вони не можуть розпізнати психологічні тонкощі, то залишаються на рівні конкретного «предметного» використання об'єктів.

4. Через затримку на симбіотичному рівні і пов'язану з цим недостатність диференціації суб'єкт-об'єкт, впливає нездатність до щирих відносин з об'єктом і до процесу перенесення. Відбувається тотальна ідентифікація з об'єктом, хворий існує, наче, за допомогою і завдяки наявності іншої людини (його «ключової фігури»). Звідси стає зрозумілим, чому втрата (вигадана чи реальна) цієї «ключової фігури» («втрата об'єкту») так часто виявляється як провокуюча ситуація на початку (чи при погіршенні) хвороби.

Для пояснення цих даних Бройтигам і Кристіан наводять п'ять етіологічних гіпотез (Бройтигам, Кристіан, & Рад, 1999):

I. Гіпотеза дефіциту. У її основу покладена думка J. Ruesch про те, начебто в цих хворих має місце «первинне застрягання» на більш ранній стадії розвитку, а не фіксація з регресією, як це відбувається при неврозах.

II. Гіпотеза регресії внаслідок травми – психосоматичне симптомоутворення аналогічне трактуванню невротичних симптомів як наслідку фіксації на травмуючому факторі, з регресією, на більш ранню

стадію розвитку. Ця модель не може, однак, пояснити, чому виникає соматичний, а не психічний симптом.

III. Гіпотеза успадкування. Бройтігам і Крістіан вважає, що вона поки що не може обговорюватися, оскільки для її обґрунтування занадто малодостовірних даних.

IV. Гіпотеза нейроанатомічно – нейрофізіологічного порушення («функціональна комісуротомія»).

V. Гіпотеза соціально-психологічного формування реакції. У світлі цієї гіпотези алекситимія інтерпретується як феномен типового пристосування дозахідного індустріального суспільства, у якому потрібна конкретно-реалістична, емоційно нейтральна пристосувальна поведінка. Хоча «алекситимія» як прояв людського способу дій – явище безперечне і спостерігається постійно в багатьох пацієнтів, гіпотеза про те, що це типова психосоматична структура, нашою хується на контраргументи і дотепер викликає дебати. Найважливіше заперечення викликає її неспецифічність: незважаючи на те що алекситимію знаходять у багатьох (хоча і не в усіх) психосоматично хворих, вона виявляється в не меншого числа хворих з невробами і здорових людей. Тому, сьогодні краще говорити про те, що алекситимічна поведінка являє собою неспецифічний фактор ризику, що може бути пов'язаний з іншими (специфічними і неспецифічними) факторами (Бройтігам, Крістіан, & Рад, 1999).

Когнітивні теорії

З одного боку, прагнення до раціоналістичністю спрощення відображає в цілому звичний для людини пошук простих рішень складних проблем. Останнє ж являє собою прояв фундаментального психологічного принципу обробки інформації – концептуалізації. Як відомо, людина не є безпристрасним «дзеркалом», пасивно відображає навколишній світ. Будь-яка інформація, їм засвоєна, набуває характер знання особистісного. При цьому людина виробляє переформулювання вихідної інформації, переведення її на власну, звичну мову. Завершується процес переробки інформації створенням її індивідуалізованого, компактного і наочного внутрішнього уявлення за рахунок обобщення, інтеграції з життєвим досвідом і раніше отриманими теоретичними знаннями і «згортки» з формуванням глобального образу – концептуальної моделі (Тополянський & Струковская, 1986). Загалом, саме порушення нормального протікання цих когнітивних процесів призводять до порушення адекватного психічного відображення дійсності і виникнення психологічних проблем.

З іншого боку, сама людина усвідомлює як зовнішні, так і найчастіше внутрішні прояви своєї глибинної кризи в спотвореному вигляді, внаслідок дії механізмів психологічного захисту. Очевидно, що нерідко виявленню шляхів вирішення проблеми перешкоджають дезадаптивні переконання. Образно кажучи, вихід з глухого кута завжди

відкритий, але зробити крок в його сторону, дозволити собі скористатися цим шляхом до внутрішньої свободи людини заважають його власні психологічні бар'єри і обмеження, пов'язані з ірраціональними заборонами або з уявною небезпекою (так само, як зацькованому мисливцями вовку – червоні прапорці). За висловом С. Кові (1996), «то, як ми бачимо проблему, і є проблема». Саме тому той запит, з яким пацієнт звертається до психотерапевта, необхідно переформулювати спільними зусиллями обох сторін.

До непсихоаналітично орієнтованих патогенетичних концепцій останніх десятиліть відносять три наступні: теорію навчання, модель «внутрішньої картини хвороби» та нейробіологічну модель.

Згідно «теорії навчання» (Каплан & Сэдок, 1994) суб'єкти, які відчують біль (або переживають інші тілесні сенсації), отримують підкріплення, коли їх симптоми ігноруються оточенням. Наприклад, больові симптоми можуть ставати інтенсивнішими, коли оточуючі піклуються, або виявляють увагу чи надають грошову допомогу. Тим самим через фіксовані оточенням патерни поведінки суб'єкт «навчається» отримувати певні переваги від хворобливої симптоматики, які закріплюються на рівні стійкого соматоформно-поведінкового (іпохондрично-особистісного) синдрому (Чудаков, 1993). Крім того, при іпохондричних розладах увага скеровується на конкретну функцію органу. Через посилене звертання уваги виникає тілесне напруження, яке через вегетативний круговий механізм «підсилює пошкодження» цього органу. Відмічено, що таким чином пацієнт, який боязливо контролює серцевий ритм, міряючи пульс, через боязливе напруження (або страх) провокує екстрасистолію. В кінцевому результаті цей механізм за закономірністю *circulus vitiosus* підсилює дисфункцію даного органу. Повторне переживання цього феномену фіксується в певний симптом (Ladee, 1966; Якубик, 1982; Pilowsky, 1993).

Нейрогуморальні та психофізіологічні теорії

Нейрогуморальна теорія (Г.Сельє, Г. Енджел)

Нейрогуморальна теорія розглядає більшість психосоматичних захворювань як реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), що розуміють як прояви загального неспецифічного синдрому адаптації, «стресу» Selye Н. (1953) Для психосоматики значення мають деякі компоненти цього синдрому (Данилов, 1990).

Загальний адаптаційний синдром є комплексом фізіологічних процесів, що відбуваються в організмі при його реагуванні на вплив. Основними учасниками реакції адаптації вважають вегетативну нервову систему, ендокринний апарат і гуморальні фактори. У відповідь на стресову ситуацію гіпофіз виробляє АКТГ, наднирники відповідають

виділенням кортизону, адреналіну і норадреналіну, у сироватці крові збільшується рівень холестерину, тригліцеридів. Гіпофіз також впливає на щитовидну й інші ендокринні залози. Стан імунітету погіршується. У світлі нейрогуморальних теорій психосоматичні хвороби розуміють як відповідь на шкідливі фізичні і психічні впливи. Це зрівнює вплив психічного і фізичного.

Стрес розглядають не як індивідуально-вибірковий вплив, а як психосоціальний вплив у широкому змісті. Механізм стресової реакції формується системою: передня частка гіпофізу – кора наднирників. У ній бере участь також лімбічна система, що знаходиться в реципрокних зв'язках з гіпоталамусом, системою активації ретикулярної формації. У гіпоталамусі виробляються рилізінг-гормони, що приводять до виділення органотропних секретів, що стимулюють чи гальмують продукцію гормонів на периферії (Гантен, Николаев, & Судаков, 1986).

Ґрунтуючись на цих фізіологічних механізмах, дослідники пояснюють виникнення так званих хвороб адаптації (ессенціальної гіпертонії, пептичної виразки й інших). Загострення туберкульозу, виникнення вірусної інфекції (*herpes simplex*), імунопатії (*colitis ulcerosa*) пов'язують з зумовленими стресом змінами імунітету (Гантен, Николаев, & Судаков, 1986).

W. Brautigam, P. Christian (1986) (Бройтигам, Кристиан, & Рад, 1999) заперечують проти перенесення теорії Н. Selye із тварин, що послужили моделлю для її створення, на людину. Занадто своєрідні умови в лабораторії, щоб можна було пояснити патогенез хворіб у людини. Як правило, такий перенос без врахування особливостей особистості можливий лише з великою кількістю застережень і тільки у випадках екстремальних ситуацій і/чи труднощів. Фактично ж «потрібно бути дуже добре знайомим з людиною, щоб довідатися, що для неї може бути стресом, а що – ні». Це стосується і фізичного, але в ще більшій мірі – психічного стресу.

Інтерпретативні можливості нейробіологічної моделі підкріплюються фактом позитивної кореляції за ознакою «соматоформний розлад» між пацієнтом і родичами першого ступеня споріднення (Almay, Knorrning, & Wetterberg, 1987; Kropotov, Crawford, & Polyakov, 1997).

Згідно даних Сент-Луїської школи (США), такі позитивні кореляції пояснюються біо-психо-соціальним «успадкуванням» структури особистості пробанда від його родичів першого ступеня споріднення, або, іншими словами, – генеалогічно детермінованим модусом психосоматичного реагування (Guze, 1975).

Крім того, у хворих із соматоформними розладами відмічено біогенетично зумовлені деякі особливості функціонування нервових структур. Як відомо, кора головного мозку може ефективно гальмувати

вибухи аферентних больових імпульсів. Серотонін, очевидно, є головним нейротрансмітером нисхідних гальмівних шляхів, а ендорфіни також грають роль в модуляції болю центральними механізмами. Нейробіологічна модель постулює ймовірність специфічної корекції дефіциту ендорфінів з підсиленням поступаючих сенсорних стимулів (Рузин, Кушлинський, Рушанов, & Слезнев, 1989; Тихомиров, Титова, & Виноградов, 1990).

Кортико-вісцеральна теорія (К. М. Биков, І. Т. Курцин)

Джерела цієї теорії можна знайти в працях І. М. Сеченова про рефлекторні основи психічної діяльності, про єдність соматичних і психічних проявів.

І.Павлов (1903) розкривав мотивацію підкріплення, намагаючись проникнути в суть психічних проявів, зрозуміти фізіологічні основи поведінки з його соматичними і вегетативними проявами. Завершивши дослідження механізму харчового рефлексу, він поширив принципи рефлекторної діяльності на вісцеральну систему (Губачев & Стабровский, 1981).

К. М. Биков і І. Т. Курцин (1960), базуючись на отриманих лабораторних і клінічних матеріалах, створили гіпотезу про кортико-вісцеральне походження психосоматичних захворювань. Їх виникнення пов'язане з первинним порушенням коркових механізмів управління вісцеральними органами, зумовленим перенапругою збудження і гальмування в корі мозку. Були створені експериментальні неврози серця, судин, шлунку і кишківника, синдроми коронарної недостатності, виразки шлунка тощо

Можна виділити три принципові положення теорії кортико-вісцеральної взаємодії (Губачев, Стабровский, 1981; (Гантен, Николаев, Судаков, 1986).

1. Кортикалізація усіх вегетативних функцій і процесів, що протікають в організмі, функціональне підпорядкування вегетативної нервової системи і залоз внутрішньої секреції корі великих півкуль головного мозку.

2. Зв'язок внутрішніх органів через інтерорецептори з корою мозку за принципом умовного рефлексу.

3. Роль аферентної сигналізації вісцеральних систем у формуванні вищої нервової діяльності й у корковій інтеграції всіх соматичних і вегетативних функцій.

Кортико-вісцеральна теорія недостатньо враховувала роль особистісних факторів у розвитку психосоматичних розладів. Вимоги ж поширити поняття вищої нервової діяльності на особистісне функціонування, систему значимих відносин особистості і їхніх

порушень, природно, не могли бути реалізовані ні в теоретичному, ні в методичному планах.

Психічні розлади при патології ендокринної системи.

Ще з часів Є. Крепеліна (1920) відомий зв'язок між психічною травмою і розвитком внаслідок її ендокринної патології (Белкин, 1978). Психічна травма, особливо особистісно значима, тривала і значна формує органічні зміни в глибинних структурах головного мозку мозку (ретикулярної формації, гіпоталамуса, таламуса), які в свою чергу, формують емоційні та психологічні реакції. Дисфункція цих структур напряду або опосередковано, як буде показано далі, може викликати захворювання ендокринних залоз, патологія яких, в свою чергу, проявляється також значними психічними розладами, формуючи патологічне коло. Окрім того, психогенії значно ускладнюють перебіг самої ендокринної патології, формують різноманітні коморбідні психічні порушення, впливають, на рівень гормонів та ефективність замісної гормональної терапії, спонукаючи ендокринолога знову і знову змінювати тактику лікування таких хворих, призначати додаткові дослідження та повторно консультувати у суміжних спеціалістів.

Внаслідок прогресування енцефалопатії, викликаній захворюваннями ендокринної системи, розвиваються різноманітні порушення психіки, найбільш типовими і неспецифічними з яких є психоендокринний і психоорганічний синдроми та гострі і затяжні психози.

Неспецифічний психоендокринний синдром включає в себе астенію, афективні розлади та порушення потягів і інстинктів. Астенічний синдром включає в себе різного ступеню психічну і фізичну виснажливність, знижується ініціативність, спонтанність, виникають апатія, розлади сну і нестриманість. Для афективних розладів (пониження, підвищення настрою, дисфорії) характерні змішані стани – наприклад, маніакальні або депресивні стани з дисфорією або тривогою і страхом. Особливістю афективних розладів є лабільність настрою і дисоціативні порушення – підвищений настрій з руховою загальмованістю і бездіяльністю. Розлади мислення і рухової активності для ендокринних порушень не характерні. Для порушень потягів і інстинктів є типовим зниження або посилення апетиту, статевого потягу, спраги, схильність до бродяжництва або страх змінювати місце перебування. Часто змінюється потреба в сні, теплі тощо. Ендокринним захворювань більш властиво кількісне, ніж якісне, зміна потягів. Можлива дисоціація потягів з підвищенням одних і зниженням інших (Блейлер, 1964).

Психоорганічний синдром характеризується тріадою Вальтера-Бюеля: ослаблення пам'яті, зниження інтелекту та нетримання афекту (Блейлер, 1964). Для нього характерні 4 варіанта:

1) астеничний, який включає підвищену фізичну і психічну виснаженість, дратівливість, гіперестезію, афективну лабільність, метеозалежність тощо.

2) експлозивний варіант характеризується вибуховістю, агресивністю з втратою самоконтролю, підвищенням потягів і схильністю до кверулянства.

3) ейфорійний з підвищенням настрою з відтінком ейфорії і різким зниженням критики, іноді з вибухами гнівливості з агресивністю та нетриманням афекту

4) апатичний із звуженням кола інтересів, байдужістю до оточуючих та себе, ослабленням темпу розумових процесів.

Гострі і затяжні психози можуть виникнути на будь-якому етапі перебігу ендокринопатії. Вони обумовлюються різкими погіршенням основного ендокринного захворювання та сприяють розвитку або прогресування неспецифічного психоендокринного або психоорганічного синдромів. Гострі і затяжні психози часто формуються по типу гострої екзогенної реакції з деліріозним, аментивним, сутінковим затьмаренням свідомості або психомоторним збудженням.

Гіпоталамічний синдром. Основною функцією гіпоталамуса, який, за сучасними уявленнями, є центральною ланкою ендокринної системи (на відміну від периферійної, якою є залози, регульовані передньою долею гіпофізу), є підтримання гомеостазу, тобто забезпечення сталості внутрішнього середовища організму, зокрема, координація нейрогенних, гуморальних і ендокринних взаємодій для швидкого і ефективного пристосування до змін навколишнього середовища, в тому числі, і соціального. Гіпоталамічні структури є одні з найчастіше уражених ділянок головного мозку внаслідок специфічності кровопостачання і більшій проникливості в них гематоенцефалічного бар'єру, в тому числі для токсичних і інфекційних агентів. Дисфункція гіпоталамуса внаслідок стресу психічного або органічного походження формується внаслідок небажаного розвитку механізмів адаптаційного синдрому Сельє. Умовою виникнення захворювання або розладу і важкості його перебігу є, по Г. Сельє, "дефіцит адаптаційної енергії, виснаження механізмів захисту". Психогенний стрес стимулює гіпоталамус, який впливає на передню долю гіпофіза, що призводить до секреції тропних гормонів, внаслідок чого модифікується діяльність ендокринної системи і організму в цілому. Порушення функції гіпоталамуса призводить до складних і різноманітних розладів. Клінічно гіпоталамічний синдром проявляється панічними атаками (нападами страху смерті, божевілля, серцебиттям, задухи, біллю у

грудній клітці, запамороченням, відчуттям втрати реальності), фізичної і психічною астеною, головними болями і болями в різних ділянках тіла, розладами сну, апетиту, зміною ваги тіла (булемія або анорексія), різноманітними вегетативними розладами, розладами терморегуляції та нейроендокринним синдром (симптомами адипозогенітальної дистрофії, нецукрового діабету, статевих дисфункцій, хвороби Іценко-Кушинга, акромегалії, гіпофізарним нанізмом, імпотенції та порушення менструального циклу, раннього статевого дозрівання, надмірним статевим потягом або зниженням лібідо, або розладами статевої ідентифікації). Описані також при гіпоталамічному синдромі порушення пам'яті, інтелекту, а також немотивована гнівливість, агресія та злоба.

Психопатологія при окремих ендокринних захворюваннях

Акромегалія і гігантизм обумовлені гіперпродукцією гормону роста – соматотропного гормону внаслідок пухлини гіпофізу. При розвитку хвороби спостерігається надмірний ріст кісток, м'яких тканин, внутрішніх органів та порушенням різних видів обміну речовин.

Для пацієнтів вже на початковому періоді захворювання характерною є астенія, переважно фізична, яка може розвинути до адинамії. Такі хворі сонливі, скаржаться на головні болі і порушення сну. На подальших етапах швидко розвивається неспецифічний психоендокринний синдром. У половини пацієнтів з акромегалією розвивається патологія афективної сфери (50%), частіше це біполярний афективний розлад з чередуванням гіпоманіакальних і депресивних фаз. Також для цих пацієнтів характерні часто діагностуємі розлади пам'яті та інтелекту (близько 45%) та психотичні розлади.

Хвороба Іценко-Кушинга, викликана надмірною секрецією адренокортикотропного гормону (АКТГ) внаслідок аденоми гіпофізу, і, як наслідок цього, гіперкортицизм (збільшення гормонів кори надниркових залоз) з частим порушенням функцій всіх ендокринних залоз і обмінних процесів. Для пацієнтів характерно ожиріння, типові стрії, атрофія проксимальних груп м'язів нижніх кінцівок і плечового поясу, гіперемія обличчя, легке утворення синців, атиповий перебіг артеріальної гіпертензії, цукрового діабету або остеопорозу, кардіо- і міопатії.

Психічні розлади спостерігаються у більшості хворих. На початку захворювання спостерігається астеничний синдром з в'ялістю, апатією і байдужістю до навколишніх. Розлади настрою спостерігаються у вигляді атипових депресивних або маніакальних станів з параноїдними симптомами, дисморфоманією, сенестопатіями і іпохондричністю. Для неспецифічного психоендокринного синдрому більш характерно зниження або повна відсутність сексуального потягу, посилення апетиту

і спраги. Часто зустрічаються порушення сну: труднощі засинання, поверхневий сон, сонливість вдень і безсоння вночі.

Адипозо-генітальна дистрофія обумовлена ураженням задньої долі гіпофіза і гіпоталамуса і супроводжується дефіцитом гонадотропних гормонів. Захворювання, проявляється загальним ожирінням і недорозвитком зовнішніх і внутрішніх статевих органів. Хвороба розвивається повільно. У хворих підвищується апетит, розвивається загальне ожиріння за жіночим типом (ділянка живота, тазу, молочних залоз, стегон що поєднується з гіпогеніталізмом. Виникають зміни в статевій сфері: зворотній розвиток статевих ознак, імпотенція, у жінок – аменорея, порушення менструального циклу.

Серед психічних розладів частіше всього спостерігаються класичні перехідні синдроми Віка: неврозоподібний з посиленою сонливістю, потім психотичний з початковими афективними проявами, для яких характерний безтурботний фон настрою, благодушна ейфоричність з наступним наростанням апатії і млявості емоцій, які переходять в галюцинаторні і маячні та часто деліріозні синдроми, згодом розвивається деменція з байдужістю, апатією і аспонтанністю з можливим розвитком Корсаковського амнестичного синдрому. У таких пацієнтів значно знижується працездатність.

Для неспецифічного психоендокриного синдрому при адипозо-генітальній дистрофії характерним є безтурботний фон настрою, благодушна ейфоричність з наростанням апатії і млявості емоцій. Часто підвищується апетит, спрага і знижується сексуальний потяг.

Гіперпролактинемія – поліетіологічне захворювання, яке проявляється розладами менструального циклу, безпліддям, зниженням лібідо, галактореєю, тощо. Пролактин – гормон гіпофізу, який відповідає за репродуктивну функцію жінок, вироблення молока і обмін речовин. Клінічно значиме підвищення його концентрації проявляються астеною, тривогою, частими змінами настрою, депресією, дратівливістю, порушеннями пам'яті і уваги та уповільненням асоціативного процесу, зниженою толерантністю до стресу, аутизмом і внаслідок цього звуженням кола інтересів і частою психосоціальною дезадаптацією.

Цукровий діабет зумовлений руйнуванням β -клітин острівців Лангерганса підшлункової залози аутоімунним процесом або порушенням секреції інсуліну в умовах інсулінорезистентності. Він проявляється поліурією, полідипсією (посиленою спрагою), дегідратацією, слабкістю та сонливістю, схудненням, кетоацидозом та кетоацидотичною комою, схильністю до гнійних інфекцій шкіри та інфекцій сечостатевої системи.

У більшості хворих зі сприятливим перебігом діабету, при коректному виконанні лікарських рекомендацій по лікуванню і дієті, психічних порушень не відзначається. Але факторами ризику розладів

психіки при цукровому діабеті є дебют захворювання після психогенної травми, тривалий перебіг захворювання, наявність ускладнень основного захворювання, неблагоприємне оточення пацієнта та наявність розладів особистості. Психічні розлади при цукровому діабеті зустрічаються в 17-18% хворих. З 1986 р. використовується термін "діабетична особистість".

Серед психічних розладів пацієнтів з цукровим діабетом часто зустрічається емоційна нестійкість, невротичні реакції, лабільність настрою, тривожність. Також часто діагностується дисморфофобія, маніпулятивність, залежність від навколишніх, байдужість, яка поєднується з деякої егоцентричністю і підвищеною самооцінкою з великою емоційністю, або інфантилізм і перфекціонізм. Ф. Александер (1945) довів, що глюкозурія таких пацієнтів значно зростає під впливом конфлікту між інфантильним бажанням отримувати допомогу від інших і потребою давати і надавати допомогу оточуючим. Втеча від такого конфлікту в жалість до себе і пасивність і пов'язана з ослабленням глюкозурії. Клінічний перебіг цукрового діабету часто погіршується після емоційних переживань в різних повсякденних життєвих ситуаціях.

Гіпоглікемічні і гіперглікемічні коматозні стани сприяють розвитку гострої або хронічної енцефалопатії з наростанням органічної деменції.

Окрім первинних розладів функції нервової системи, при цукровому діабеті мають значення соціально-психологічні фактори (зниження працездатності, щоденні ін'єкції, порушення статевої функції), особливо, в поєднанні з особистісними розладами, а також вплив тривалого медикаментозного лікування.

Дифузний токсичний зоб на сьогодні розглядається як спадкове аутоімунне захворювання, яке проявляється гіпертиреозом, зобом і екзофтальмом. Надмірна кількість гормонів щитовидної залози призводить до порушення обміну речовин, змін з боку серцево-судинної, травної, нервової та інших систем організму.

Емоційний стрес при дифузному токсичному зобі призводить до спотворення відповіді імунної системи людини на патогенні фактори навколишнього середовища. З точки зору психодинамічної теорії – це загрозливі переживання в ранньому дитячому віці стосовно своєї захищеності, втрати матері або інших піклувальників, та неуспішні зусилля, направлені на досягнення ранньої зрілості і автономності.

Психічні розлади у цих пацієнтів є ведучими в клініці захворювання. Ураження нервової системи при дифузному токсичному зобі ендокринологи розглядають як тиреотоксичну енцефалопатію. Ведучими являються неврозоподібні розлади у пацієнтів у вигляді скарг на тривогу, безпричинні зміни настрою, знижену критику, конфліктність, схильність до бурхливих афективних реакцій, після яких пацієнт швидко виснажується, а також прискорене мислення, швидке виснаження,

загальну слабкість, суєтливість та образливість. Більшість пацієнтів скаржаться на важкість засипання, часті пробудження, тривожні сновидіння.

Можуть зустрічатися різноманітні гострі і затяжні психози з порушенням свідомості.

Гіпотіреоз – це стан, обумовлений тривалим, стійким зниженням рівня гормонів щитоподібної залози і проявляється фізичною і психічною втомлюваністю і апатією, сонливістю, загальною загальмованістю (психомоторною і мовною) зниженою концентрацією уваги, погіршенням пам'яті, емоційною нестійкістю, депресією та маяченням. При відсутності лікування у пацієнтів наростає загальмованість, зниження пам'яті, уваги, інтелекту та брадіфренія. Апатія і адинамія призводить до субступорозного стану і такі хворі схожі на хворих з шизофренією внаслідок монотонності емоцій і поведінки.

Прогресуюче зниження пам'яті і інтелекту внаслідок деструктивної енцефалопатії може призвести до деменції (кретинізм у дітей).

Зустрічаються, але не часто, депресивні і галюцинаторно-параноїдні синдроми.

Клімактеричний синдром проявляється фізіологічним зниженням і згодом виключенням функцій статевих залоз і згасанням репродуктивної функції після 45 – 55 років життя у жінок і після 50 – 60 у чоловіків. Частина жінок не готова до настання цього нового етапу в своєму житті, який, по-суті, являється психологічною кризою, роздумами про сенс і спосіб подальшого життя. Прогресування психічних розладів залежить від життєвого досвіду, мудрості та якості прожитого. Розлади психіки виявляються часто у розчаруванні в прожитому житті, лабільності настрою, зниження розумової працездатності, астенії, розладах сну і апетиту. Також часто зустрічається примхливість, сентиментальність і театральність емоційних реакцій. Жінки і, рідше, чоловіки, переживають напади підвищеної пітливості, ознобу, серцебиття, слабкості, зміни артеріального тиску.

Інтеграція психосоматичних концепцій

Незважаючи на відмінності поглядів на механізми формування психосоматичних розладів, всі описані вище концепції в тій чи іншій мірі справедливі. Причина ж такого різноманіття моделей в тому, що кожна з них акцентує увагу лише на окремих елементах такого складного і різнобічного процесу, як взаємодія тіла і психіки. У той же час думка про непродуктивність боротьби різних напрямків (біологічного, психологічного, соціологічного і ін. як таких, що старались зберегти уявлення про людину як одномірну структуру) щодо розуміння генезу психосоматичних взаємозв'язків взагалі, і, психосоматичної патології –

зокрема, сьогодні є абсолютно очевидною. Стратегічним напрямком в психіатрії сьогодні повинна стати інтеграція всіх існуючих напрямків (холістичний підхід). Послідовне проведення принципу психофізіологічного монізму як стратегії пізнання психосоматики передбачає приведення у відповідність двох розведених описань одного і того ж об'єкту, якими є тіло і психіка. У кінцевому результаті проблема упирається у дуалістичну природу суті самої людини, важливим аспектом якої є питання співвідношення у системі мозок-свідомість.

Рекомендована література

1. Бижук, Ю. М., & Винник, М. І. (2010). Дослідження особистості та механізмів виникнення у хворих на соматизований розлад. *Експериментальна і Клінічна Медицина*, (4), 122–125.
2. Блейлер, М. (1964). Эндокринный психосиндром. *Труди Кыргыз. мед.ун-та, Вопросы Клиники и Лечения Психозов*, (2), 233–239.
3. Ващенко, Ю. А. (1998). Причина психосоматических расстройств. *Практична психологія і соціальна робота*, (2), 21–24.
4. Жариков, И. М., & Перожок, И. Л. (1986). Проблема связей психической и соматической патологии. *Клиническая Медицина*, 64 (7), 19–23.
5. Жужжанов, О. Т. (1985). Определение фактора риска психосоматических заболеваний подростков. *Здравоохранение Казахстана*, (4), 68–69.
6. Любан-Плоцца, Б. (2001). *Терапевтический союз врача и пациента*. Киев : АДЕФ-Украина.
7. Фельдман, И. Б. (1986). Специфичность преморбидных типов личностной акцентуации при некоторых психосоматических заболеваниях и неврастении. *Медицинский журнал Узбекистана*, (4), 29–32.
8. Almay, B. G. L., Knorring, L. von, & Wetterberg, L. (1987). Melatonin in serum and urine in patients with idiopathic pain syndromes. *Psychiatry Research*, 22 (3), 179–191.
9. Freud, S. (1948). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. London : Hogarth Press.
10. Guze, S. B. (1975). The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). *American Journal of Psychiatry*, 132(2), 138–141.
11. Kropotov, J. D., Crawford, H. J., & Polyakov, Y. I. (1997). Somatosensory event-related potential changes to painful stimuli during hypnotic analgesia: anterior cingulate cortex and anterior temporal cortex intracranial recordings. *International Journal of Psychophysiology*, 27(1), 1–8.
12. Ladee, G. (1966). *Hypochondrical Syndromes* (pp. 219–232). Amsterdam.
13. Macdougall, J. (1993). *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*. Paris: Gallimard.
14. Magni, G., de Bertolini, C., Dodi, G., & Infantino, A. (1986). Psychological Findings in Chronic Anal Pain. *Psychopathology*, 19(4), 170–174.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

«Душа і тіло нероздільні» – цей вислів належить мудрецам Стародавньої Греції та східної медицини. Навіть в ті далекі часи задавалися думкою про вплив хвороби на емоційний та психологічний стан людини.

Уперше термін «соматопсихічні розлади» ввів Якобі у 1822 році. Цей термін наголошував на наявності психологічної та психіатричної симптоматики, що виникає внаслідок соматичної патології. На відміну від психосоматичних розладів, що проявляються у вигляді соматичних захворювань та виникають в результаті психологічних чинників.

Вчені (Александровський, 2000, Тюльпин, 2004) підкреслюють єдність біологічних та соціально-психологічних механізмів «соми» та «психіки» у виникненні як власне психопатологічних, так і соматичних розладів.

Соматопсихічні розлади – це психічні синдроми різної вираженості (від неврозу до психозу), обумовлені наявним у пацієнта соматичним захворюванням, тісно пов'язані з тяжкістю і небезпекою цього захворювання. Таким чином, хвороба, яка початково не була пов'язана з порушенням психіки (гостра інфекція, травма, пухлина) стає причиною ушкодження мозку або розладу психіки внаслідок переживання з приводу прогнозу.

Виявлено два головні впливи психічних розладів, що викликані соматичною патологією на психіку (Березанцев, 2011):

1) Вплив за біологічним механізмом.

Психічні розлади екзогенного типу (соматогенні), виникають у зв'язку з впливом на центральну нервову систему важкого соматичного захворювання (останнє виступає як органічний фактор).

В даних випадках соматичне захворювання виступає як органічний фактор, негативно впливає на центральну нервову систему. Сюди відносяться важкі соматичні захворювання (судинні, ендокринні, інфекційні) з метаболічними порушеннями, інтоксикаціями, які надають біологічний вплив на нервову систему і викликають пошкодження і загибель нейронів і формування органічних психічних розладів.

Реакції особистості на власне хронічне або гостре соматичне захворювання. Як правило, це соматичні розлади, що загрожують життю пацієнтів, стигматизуючі захворювання, що різко змінюють рівень соціального функціонування та якості життя: онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, гепатит та ін.

2) Вплив за психологічним механізмом:

Психічні розлади психогенного типу (нозогенії), виникають у зв'язку з реакцією особистості на своє соматичне захворювання (останнє виступає як психогенний фактор).

Психічні розлади, що викликані соматопсихічними порушеннями прийнято ділити на дві групи (Тюльпін, 2004):

Органічні (соматогенні, обумовленні ушкодженням мозку)	Функціональні (психологічна реакція на хворобу та її наслідки)
Астенічний синдром; Розлади сприйняття(оглушення, сопор, кома, делірій, сутінкове запаморочення свідомості); Галюциноз; Розлади пам'яті; Розлади інтелекту.	Афективно-шочові реакції; Істеричні реакції; Фобії та напади паніки; Підозрілість (надцінні ідеї або марення).

Таким чином, інфекції, інтоксикації, захворювання внутрішніх органів прямо та опосередковано впливають на психічні функції, лежать в основі психічних порушень.

Органічні соматопсихічні розлади можуть бути тяжкими, та проявлятися у вигляді психотичних психічних розладів (психозів), або можуть проходити м'яко, у вигляді непсихотичних психічних розладів (на невротичному рівні). Вони залежать від особливостей протікання захворювання, локалізації ураження.

Функціональні реакції на захворювання можуть бути різноманітними, та залежать від індивідуальних особливостей особистості, таких як вік, стать, сімейний стан, тип темпераменту, характер, наявність акцентуацій характеру, релігійно-культуральних вподобань.

Виділяють такі параметри, на підставі яких оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне ставлення до неї (Менделевич, 1999):

- вірогідність смертельного випадку;
- вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби;
- больова характеристика хвороби;
- необхідність радикального або паліативного лікування;
- вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування;
- соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку його мікросоціуму;
- вплив хвороби на сімейну та сексуальну сфери;
- вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

Деякі автори (Александровский, 2000) наголошують на впливі закономірностей протікання основного захворювання на зміну психічної

діяльності. Необхідність перебувати у стаціонарі, дотримання ліжкового режиму, зміни звичайного способу життя, що викликані захворюванням – є психогенними (у більшості випадків хронічними) впливами та в значній мірі обумовлюють розвиток психопатологічних розладів. Загальним у клінічній картині у всіх хворих є наявність психічної астенизації. Картина наявних соматичних проявів тісно переплетена з астеничною симптоматикою та виражається у вигляді підвищеної стомлюваності, денної сонливості, адинамії, емоційної лабільності, роздратованості, запальності, гіперестезії, ослабленні уваги та пам'яті. Перераховані розлади часто поєднуються з головним болем, запамороченням, шумом у вухах, вазовегетативними порушеннями (тахікардія, гіперсалівація, коливання артеріального тиску, вегетосудинні пароксизми).

На думку інших авторів (Тюльпін, 2004) депресія є однією з найбільш частих та не бажаних реакцій на хворобу. Депресія може бути психологічною реакцією на повідомлення про невиліковне захворювання або результатом осмислення відсутності успіху лікування, що було проведене. Але слід зазначити, що у багатьох випадках її можна розглядати, як біологічну реакцію на хворобу. Відомо, що багато ендокринних захворювань, злоякісних пухлин, порушення обміну речовин проявляються депресією. Вона також може бути проявом ускладнень фармакотерапії

Було проведене клініко-епідеміологічне дослідження (Нуреев, 2005) серед пацієнтів соматичного профілю. Загалом було обстежено 220 соматичних хворих. За результатами дослідження депресію діагностовано в 40,5% випадках (в т.ч. важка в 9,5%). За етіологією виникнення депресивні реакції належали до психогенних у 64% випадках, до соматогенних у 22% випадках, до ендогенних у 12%. За типологією: 12% депресій мали типову клінічну картину, 88% відносились до атипових (в т.ч. 30% «масковані» депресії). Виявлено фактори, що сприяють розвитку депресивних реакцій у пацієнта. До них відносяться: вік старше 40 років, жіноча стать, відсутність постійної зайнятості, незадовільність матеріальним становищем, низький рівень освіти, проживання поза шлюбом, відсутність дітей і відвідування поліклініки більше 3 разів на рік.

Говорячи про депресивні реакції потрібно розуміти, що самі захворювання та особливості лікування може їм сприяти.

Таким чином, виділенні головні непсихіатричні причини депресії (Тюльпін, 2004):

- 1) хронічні запальні захворювання легенів, печінки, нирок;
- 2) злоякісні пухлини (особливо рак підшлункової залози);
- 3) ендокринні захворювання (гіпофункція щитовидної залози, наднирників);

- 4) інфекційні захворювання (ВІЛ, пневмонія, мононуклеоз);
- 5) системні коллагенози;
- 6) неврологічні захворювання (епілепсія, паркінсонізм, інсульт, травми голови);
- 7) погане харчування, гіповітаміноз.

Вживання деяких лікарських препаратів (резерпін, роаккутан, зовіракс, аміназін, бетта-блокатори, стероїдні гормони, протизаплідні препарати, статіни, інтерферон альфа).

Психічні розлади та розлади поведінки внаслідок вживання алкоголю та психостимуляторів.

Огляд міжнародної літератури показує сильну кореляцію між тривожністю, депресією та хронічними захворюваннями (Polikandrioti et al., 2012; Gerontoukou, Michaelidou, Rekleiti, Saridi, & Souliotis, 2015).

В останні роки широко вивчається такий показник, як якість життя (ЯЖ), що дозволяє оцінювати стан пацієнта не тільки з позиції хвороби, але і в цілому (Маско, 2008). Якість життя є важливим показником системи охорони здоров'я, а також допомагає оцінювати результати лікування хворих, оскільки аналізує не тільки тяжкість патологічного процесу, а й те, як пацієнт переносить своє захворювання і оцінює надану йому медичну допомогу.

Найбільш поширеним трактуванням якості життя є соціологічна характеристика, що виражає якість задоволення матеріальними і культурними потребами людей, включаючи якість харчування, одягу, комфорт житла, якість охорони здоров'я, рівень освіти, якість сфери обслуговування, якість навколишнього середовища, рівень дозвілля, задоволення в спілкуванні, заняттях, творчій праці. Психологічним індикатором якості життя є ступінь задоволеності різними сферами життя і позитивна узгодженість з психікою, адекватністю особистості (Баранов, 2010).

Вважається (Петров, 2010), що поняття ЯЖ об'єднує показники не менше ніж чотирьох різних, але взаємопов'язаних між собою областей:

1. фізичної (фізичне самопочуття – комбінація проявів здоров'я і / або хвороби);
2. функціональної (функціональні можливості – здатність людини здійснювати діяльність, обумовлену його потребами, амбіціями і соціальною роллю);
3. емоційної (емоційний стан двополярної спрямованості з відповідно протилежними результатами у вигляді благополуччя або дистресу);
4. соціальним статусом (рівень суспільної та сімейної активності, що включає ставлення до соціальної підтримки, підтримку повсякденної

активності, працездатності, сімейні обов'язки та відносини з членами сім'ї, сексуальні відносини, комунікація з іншими людьми.

Таким чином, якість життя тісно пов'язана зі здоров'ям та її можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного і соціального функціонування хворої людини, яка ґрунтується на його суб'єктивному сприйнятті. Сучасна медична психологія приділяє значну увагу зміні якості життя в залежності від соматичного захворювання.

Перед більш детальним розглядом особливостей поведінки людини в залежності від соматичної патології необхідно наголосити, що на даний час почали приділяти увагу терміну *комунікабельні захворювання*, для виникнення і розвитку яких характерні преморбідні особливості людини, стиль поведінки.

Комунікабельні захворювання не передаються від людини людині. Вони мають довгу тривалість і, як правило, повільно прогресують. Чотирма їх основними типами є серцево-судинні, онкологічні захворювання, хронічні респіраторні хвороби (БА і ХОЗЛ) і діабет. Факторами ризику є нераціональне харчування, недостатня фізична активність, вплив тютюнового диму і надмірне вживання алкоголю. Рушійними силами цих захворювань є глобалізація, швидка урбанізація і старіння населення, над якими ні пацієнти, ні система практичної охорони здоров'я не владні. Гуманітарні, соціальні та економічні наслідки цієї епідемії болючі для всіх без винятку країн, але особливо від них страждають бідні та вразливі верстви населення (Global status report on noncommunicable diseases, 2015).

Психологічні зміни при захворюваннях серцево-судинної системи

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є одними з найбільш актуальних медико-соціальних проблем і головних причин захворюваності, інвалідізації і смертності у всьому світі. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) повідомляє, що серцево-судинні захворювання призводять до 17,5 мільйонів смертей на рік, а депресивні розлади є четвертою за значимістю причиною глобального тягара хвороб. Передбачається, що до 2020 року депресія стане другою найбільш поширеною причиною смерті в усьому світі. Відзначено двонаправлений зв'язок між серцево-судинними захворюваннями і супутніми психічними розладами. Як і для багатьох країн світу, серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання в Україні є найбільш важливими медико-біологічними і соціальними проблемами. Ці хвороби займають перше місце в структурі загальної захворюваності і обумовлюють 2/3 всіх летальних випадків. Вони є основною причиною інвалідності і визначають тривалість і якість життя населення країни (Коваленко, Корнацький, 2015).

До серцево-судинних захворювань відноситься цілий ряд патологій серця і судин, а також станів, при яких істотно погіршується їх функціонування. До найбільш поширених серцево-судинних захворювання відносяться: ІХС або ішемічна хвороба серця; порушення ритму серця; інфаркт міокарду; артеріальна гіпертензія; вродженні вади серця.

Дані досліджень (Polukandrioti та ін., 2012) свідчать, що пацієнти, які страждають на ІХС, мають більш високі показники тривоги (71,4% тривожного розладу) порівняно з пацієнтами, які мають інші соматичні патології (53,4% тривожного розладу).

Важливу роль відіграє вивчення психоемоційного стану хворих на ІХС для виявлення і корекції його порушень, оскільки саме психоемоційні особливості людини є значущими, ніж такі класичні фактори ризику розвитку та прогресування ІХС, як підвищення рівня холестерину, куріння, гіподинамія. Найбільший стрес завжди викликають ситуації, що загрожують життю при ІХС однією з таких є гострий коронарний синдром (ГКС), який трансформується в гострий інфаркт міокарда (ГІМ) або нестабільну стенокардію (НС).

Результати досліджень (Коробова, Михин, 2018) свідчать про несприятливий психоемоційний стан хворих на нестабільну стенокардію та гострий коронарний синдром протягом усього періоду госпітальної реабілітації. В постгоспітальний періоді показники самопочуття, активності і настрою в групі хворих з нестабільною стенокардією нормалізувалися, в той час як у хворих з гострим інфарктом міокарда самопочуття залишилося несприятливим, а активність і настрої досягають нижньої межі сприятливого стану. Оцінка ситуативної та особистісної тривожності показують високий рівень у всіх хворих, проте, простежувалася різниця між групами: у хворих з ГІМ тривожність вище, ніж у хворих на НС на всіх етапах дослідження.

Депресивний синдром при серцево-судинних захворювань має наступні особливості: хворі рідше дотримуються принципів здорового способу життя, гірше виконують лікарські рекомендації щодо дотримання дієти, відмови від куріння та збільшення фізичної активності, необхідності обмеження алкоголю; вони менш регулярно приймають препарати і рідко беруть участь в заходах по реабілітації та вторинної профілактики гострого інфаркту міокарда (Ziegelstein et al., 2000; Sorensen et al., 2005; Rajak et al., 2012; Черняева та ін., 2015).

Так, високий рівень тривоги після гострого інфаркту міокарда призводить до 2,5-5-кратного збільшення ризику повторної ішемії і ГІМ, фібриляції шлуночків і раптової кардіальної смерті. Результати недавно завершився когортного дослідження Heartand Soul Study (1015 амбулаторних хворих зі стабільним перебігом ІХС, тривалість

спостереження 5,6 року) показали, що генералізований тривожний розлад асоціюється з підвищеним ризиком розвитку важких серцево-судинних ускладнень, таких, як інфаркт міокарда, мозковий інсульт і смерть (Martens et al., 2010).

Також існують патофізіологічні механізми виникнення депресивних розладів. Наприклад, взаємозв'язок між депресією і атеротромбозом реалізується за допомогою активації процесів запалення, що супроводжуються підвищенням рівня С-реактивного білка, амілоїду – А, фібриногену, інтерлейкіну-6, лейкоцитів, фактора некрозу пухлини та інших запальних білків, причому незалежно від традиційних факторів ризику серцево-судинних захворювань. Отримані докази (Lespérance, Frasure-Smith, Thérioux, & Irwin, 2004) того, що саме підвищення рівня прозапальних цитокінів провокує значну частину розповсюджених соматичних симптомів, що пов'язані з депресією, наприклад, слабкість, порушення сну, зниження апетиту і маси тіла.

До патофізіологічних наслідків стресу і депресії також відносять дисфункцію ендотелію, що може бути обумовлена порушеннями адгезії і проліферації клітин судин (Yang et al., 2007).

Деякі автори (Carney, Freedland, Miller, & Jaffe, 2002) наголошують на значимості депресії в якості предиктора коронарної смерті та носить більш акцентуований характер у хворих з аритміями. Дослідження демонструють, що ефект депресії може бути більше аритмогенним, ніж атерогенним. Отже необхідно підсумовувати ефекти депресії та шлуночкових аритмій, оскільки це є значимим прогностичним фактором.

Окрім тривоги та депресії виділяють (Shruthi, Kumar, Desai, Raman, Sathyanarayana Rao, 2018) наступні психіатричні синдроми серед пацієнтів після гострого коронарного синдрому: вживання психоактивних речовин (нікотин 66% і алкоголь 56,0%) виявляється у більшості пацієнтів з тяжким депресивним розладом, суїцидальні тенденції, панічні розлади, дистимія, маніакальний епізод, агорафобія, соціофобія, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), специфічна фобія і посттравматичний стрес.

Протягом багатьох років приділяється (Погосова, Байчоров, Юферева, Колтунов, 2010; Нагибина, Захарова, 2017) багато уваги якості життя хворих на стенокардію напруги, при цьому визначається число нападів стенокардії на добу, кількості споживаних таблеток нітрогліцерину для їх усунення і показників фізичної працездатності (за результатами проб з дозованим фізичним навантаженням). Оскільки саме ці показники можуть допомогти в правильній корекції психо-емоційного стану та подальшій профілактиці серцево-судинних ускладнень.

З 1994р створено кілька спеціалізованих опитувальників для оцінки якості життя при стенокардії напруги. До них відносяться Сіетлський

опитувальник для стенокардії (Seattle Angina Questionnaire – SAQ), Кардіологічний профіль здоров'я (Cardiac Health Profile), якість життя при стенокардії (Angina Pectoris Quality of life Questionnaire-0 – APAG). На практиці показані валідність, надійність і чутливість цих опитувальників. Найбільш широко використовуваним і поширеним в даний час в світовій кардіологічній практиці є спеціалізований опитувальник якості життя для хворих на стенокардію "Сіетлський опитувальник для стенокардії", що складається з 19 пунктів і охоплює такі показники ЯЖ: обмеження фізичної активності, тяжкість стенокардії, стабільність перебігу стенокардії, задоволеність лікуванням, сприйняття хвороби і підсумковий показник ЯЖ. Показники шкал опитувальника добре корелюють з функціональним станом пацієнтів і показниками шкал інших перевірених опитувальників, що добре зарекомендували себе.

Для пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) також характерні певні психологічно-індивідуальні особливості, такі як високий рівень ситуаційної та особистісної тривожності (Гуреева, Исаева, 2015). Результати дослідження ірраціональних установок відзначають середній рівень вираженості нерішучості алістичних (ірраціональних) переконань в системі відносин особистості. Встановлено, що пацієнти сприймають багато життєвих подій негативно, перебільшуючи їх трагічність і значимість, часто ставлять своє здоров'я і благополуччя в залежність від зовнішніх ситуацій і оточуючих людей. Необхідно відзначити також, що пацієнти дуже вимогливо ставляться до оточуючих людей, у більшості з них виявлялася низька фрустраційна толерантність, що проявляється в зниженій стійкості до стресів, до змін навколишнього світу і небажаних подій.

При дослідженні захисної поведінки було встановлено (Гуреева, Исаева, 2015), що у пацієнтів виражені наступні механізми психологічного захисту: компенсація, витіснення, регресія, реактивне утворення і заперечення; найбільш часто використовуються копінг-стратегії, такі як прийняття відповідальності, планування рішення проблеми, пошук соціальної підтримки, самоконтроль і позитивна переоцінка. В цілому, стиль подолання стресових подій у пацієнтів з артеріальною гіпертензією характеризується ігноруванням, прагненням до заперечення наявних проблем, а якщо ігнорувати більше не вдається, то переважають емоційно-фокусовані стратегії подолання, такі як позитивна переоцінка та активні зусилля по вирішенню проблеми, також спостерігається висока потреба в соціальній підтримці.

Дослідження задоволеності якістю життя показало (Гуреева, Исаева, 2015), що пацієнти критично відносяться до багатьох сфер свого життя. Низькі показники задоволеності були виявлені по наступним шкалам: особисті досягнення, здоров'я, оптимізм, самоконтроль, позитивні емоції.

Що вказує на те, що пацієнти з артеріальною гіпертензією досить часто відчують негативні емоції з приводу свого здоров'я, а також схильні песимістично оцінювати свою життєву ситуацію. Дана група пацієнтів першочергово звертає увагу на свій фізичний стан: сон, апетит, бадьорість або слабкість, больові відчуття. Але психологічний стан вони оцінюють рідко, оскільки це не входить в їх визначення здоров'я.

Психологічні зміни при захворюваннях дихальної системи

Хронічна респіраторна патологія охоплює більше 1 млрд людей у всіх країнах світу.

Бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) відносяться до числа найбільш поширених захворювань бронхолегеневої системи серед дорослого населення, що представляють собою глобальну медико-соціальну проблему у зв'язку з неухильним зниженням якості життя пацієнтів і зростанням витрат системи охорони здоров'я на довічне вживання лікарських препаратів, тривалі періоди непрацездатності та виплати по інвалідності. Саме на частку ХОЗЛ і БА припадає дві третини випадків стійкої втрати працездатності, пов'язаної із захворюваннями органів дихання.

Всесвітня організація охорони здоров'я, яка до недавнього часу формулювала свої позиції з проблем астми та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у вигляді окремих положень, зараз аналізує їх як компонент єдиної проблеми комунікабельної або неінфекційної патології (Фещенко, 2015).

Як правило, хронічний обструктивний бронхіт – це хвороба другої половини життя, зазвичай виникає після 45 років і досягає свого піку до 60 років. У розвинених країнах, серед осіб старше 65 років, поширеність становить до 35% у чоловіків і до 15% у жінок. Частота ХОЗЛ серед літніх людей, які не мають такого фактора ризику, як куріння, досить велика. Це може бути пов'язано не тільки з віковими змінами дихальної системи, але і з приморбідними особливостями, в умовах якої формується ХОЗЛ (Воронина, 2014).

Дані досліджень емоційного стану хворих з ХОЗЛ (Козлов, Деревянных, Балашова, & Яскевич, 2016) свідчать про низьку комплаєнтність в лікуванні, за винятком пацієнтів з ХОЗЛ з вкрай тяжким перебігом. Це може бути пов'язаним у першу чергу з небажанням пацієнтів відмовлятися від своїх шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю), приймати довготривалі медикаментозні назначення. Виявлено, що більш високі показники за рівнем ситуаційної тривожності та особистісної тривоги спостерігаються серед пацієнтів, які адекватно та регулярно приймають медикаментозне лікування, що, ймовірно, пов'язано

з розумінням тяжкості захворювання і усвідомленням того, що необхідно приймати призначену схему лікарської терапії регулярно.

Відносно якості життя, за результатами анкетування хворих на ХОЗЛ різних вікових груп (Кытикова & Гвозденко, 2015) із застосуванням загального і спеціалізованих опитувальників встановлено, що вік є одним із значущих факторів, що впливають на значне зниження якості життя хворих на ХОЗЛ в період ремісії. Також необхідно зазначити, що іншими результатами (Dovgan & Konstantynovych, 2017) хворі на ХОЗЛ статистично значимо відрізняються від здорової популяції в гірший бік за параметрами фізичного, психічного та соціального статусів якості життя. Супутні до ХОЗЛ синдроми невротизації, реактивної та особистісної тривожності і депресивні стани в значній мірі посилюють негативний вплив ХОЗЛ на всі складові якості життя пацієнтів, що свідчить про зниження адаптації їх у суспільстві навіть за стабілізації соматичного стану. За результатами порівняння якості життя та психоемоційного стану пацієнтів з ХОЗЛ виявлено, що для даної групи пацієнтів характерно вірогідно гірші порівняно зі здоровими особами станом психоемоційної сфери, що проявляється високим рівнем поширеності та важкості тривожних (реактивна тривожність – 37,9 %, особистісна тривожність – у 49,5 % пацієнтів), депресивних (у 16,5 % пацієнтів) та невротичних станів (26,2 % хворих)

Тютюнопаління – це вид аддиктивної (залежної) поведінки та відноситься до одних із головних факторів ризику розвитку ХОЗЛ, що суттєво погіршує соматичні симптомами серед осіб з ХОЗЛ. Доведено, що відмова від паління уповільнює прогресування захворювання. Серед дорослих з ХОЗЛ більше третини залишаються поточними курцями (Wheaton, Cunningham, Ford, & Croft, 2015), що може свідчити про високий рівень особистісної тривожності, не готовність пацієнтів заглиблюватись в особливості своєї поведінки, шукати інші варіанти для зняття емоційної напруги, ніж паління.

Дані досліджень психологічної адаптації серед пацієнтів з ХОЗЛ (Соболев, Ярославская, & Ярославская, 2016) демонструють недостатнє звернення до стратегії «конфронтація» пацієнтами, що страждають на ХОЗЛ, що у свою чергу може приводити до накопичення негативних емоцій, зростанню емоційної напруги і тим самим приводити до погіршення, як психічного, так і соматичного стану. Активне звернення до стратегії «прийняття відповідальності» хворими на ХОЗЛ, може бути пов'язано з усвідомленням важливості дотримання медичних призначень, спробами запобігання обмеження дієздатності, внаслідок погіршення власного здоров'я, що тягне за собою потрапляння в залежну позицію від найближчого оточення, виникнення почуття неповноцінності. Хворі на ХОЗЛ в меншій мірі задоволені наявною емоційною підтримкою, їм

складніше розкривати і довіряти свої почуття і переживання, по порівняно з пацієнтами, що страждають БА і здоровими людьми.

Бронхіальна астма – це найвідоміше психосоматичне захворювання, головним етіологічним фактором якої є психічна травма та емоційна напруга. Головні чинники, які сприяють її розвитку, мають наступні відсоткові співвідношення: 1) 30% психологічних; 2) 40% інфекційних; 3) 30% алергічних. Більш детально про це захворювання висвітлено у розділі психосоматичні захворювання.

Характерологічні особливості даної групи пацієнтів схожі з особливостями пацієнтів з ХОЗЛ. У них відмічається підвищений рівень тривоги, що лежить в основі провідного емоційного стану хворих на БА, стану патологічної (деструктивної) тривоги. Відбувається несвідоме витіснення тривожного матеріалу, що створює постійне напруження, стан неконтрольованого стресу, що призводить до порушень норадренергічної нейромедіаторної системи і до змін імунної системи. Саме цей механізм лежить в основі розвитку бронхіальної астми. Хворі на БА схильні до соматизації своїх внутрішніх переживань та витісненої тривоги. Про це свідчать наявність багатьох супутніх соматичних захворювань серед даної групи пацієнтів. Сучасна медицина приділяє увагу перегляду діагнозу бронхіальної астми у дорослих. У Канаді було організоване дослідження (Aaron et al., 2017), за результатами якого діагноз БА був виключений у 203 з 613 пацієнтів. У 12 пацієнтів (2,0%) було виявлено тяжкі серцево-судинні захворювання, які були неправильно трактовані як БА. Після спостереження впродовж 1 року в 181 пацієнта (не виявлялись ані клінічні, ані лабораторні ознаки БА).

Психологічні зміни при захворюваннях травного тракту

Функціонування системи органів шлунково-кишкового тракту тісно пов'язане з психічним станом людини. Психосоматичні розлади є причиною скарг 36-71% хворих, які звертаються до лікарів у зв'язку з порушеннями з боку органів травлення. Однак медична допомога цьому контингенту хворих в даний час часто виявляється в недостатньому обсязі. У хворих з патологією шлунково-кишкового тракту зустрічаються різноманітні психосоматичні прояви, розуміння яких дозволить лікарю покращити якість життя та психоемоційний стан даної групи пацієнтів.

За даними оцінки психологічних показників емоційного стану хворих з патологією **кишково-шлункового тракту** (Пахомов, 2010) за допомогою Вісбаденського опитувальника, у пацієнтів в 53% випадків виявлені значущі психічні травми в найближчому анамнезі, у решти (47%) – мікротравми, негаразди, які грають не менш важливу роль в розвитку психосоматичного розладу. У хворих виявляються наступні симптоми: психастенія, високі рівні тривожності, нейротизма, «втеча» в

своє тіло («відхід» в хворобу – психосоматичні порушення), зниження надії, песимізм. Також у гастроентерологічних хворих встановлені максимальні показники актуальної здатності «ввічливість» (чемності), що підтверджують роль її в моделі конфлікту, так як відносини між ввічливістю і чесністю (прямотою) є ключовим конфліктом при спілкуванні конфліктуючих сторін. *Ввічливість* означає визнання умовних форм міжособистісних відносин, коли свої інтереси і потреби будуть принесені в жертву потребам і інтересам інших людей. В результаті вона може привести до соціально зумовленого придушення агресії. Емоційною реакцією на це у пацієнтів є тривога, що виникає в цілісному організмі внаслідок нейроендокринних процесів, парасимпатикотонічній реакції, які формують функціональні (а через постулювання «зони найменшого опору») і органічні порушення, властиві таким класичним психосоматичним розладам, як виразкова хвороба шлунка і 12-перстної кишки. Психосоматичні розлади розглядаються як біопсихосоціальні захворювання, коли виявляється чіткий зв'язок: схильність (диспозиція) – особистість – ситуація (Бройтигам, Кристіан, Рад, 1999). У проведених дослідженнях (Пахомов, 2010) психосоматичний компонент підтверджують особистісні стійкі характерологічні особливості пацієнтів – інтроверсія, психастенія, особистісна тривожність. Високі показники інтроверсії, встановлені у осіб з виразковою хворобою (при тяжкій патології в 90-100%, у пацієнтів з іншою гастроентрологічною патологією – в 46,6%) та коли емоції, в тому числі пригнічена агресія, думки, прагнення утримуються всередині, вся психічна енергія спрямована всередину згідно сучасної психодинамічної концепції. У літературі є визначення, в якому «у вузькому сенсі під психосоматичних захворюванням розуміють «органічне» (локальне або системне) страждання, обумовлене патогенним впливом психоемоційного стресу (дистресу), який накопичується і цілеспрямовано «Б'є» по вразливих генетично детермінованим структурам» (Пахомов, 2005). Але сучасні лікарі повинні розуміти, що психологічні чинники призводять до соматичної патології, що у свою чергу призводить до ще вираженіших психоемоційних та поведінкових порушень.

У типології «виразковий хворий» пропонується наступний поділ:

Психічно здоровий виразковий хворий. Такі хворі мають гарну функцію «Я» і стабільні об'єктивні відносини, що при поєднанні специфічного навантаження, сильній регресії «Я» з схильністю шлунку до хвороби, занедужують виразкою в якості єдиної психосоматичної реакції.

Виразковий хворий з неврозом характеру. Для цього типу характерно формування псевдозалежних реакцій з депресивно-обсесивними рисами, що помітні для навколишніх, та погіршуються під впливом особистих переживань (образи, невдачі, любовні втрати).

Соціопатичний виразковий хворий. Це пасивно-залежні зі слабким «Я», надмірною залежністю від об'єктів, які схильні до прориву інстинктів або параноїдно-кверулянтним типом поведження. До цього типу відносяться особи, які зловживають алкоголем, рентні невротики.

Психосоматичний виразковий хворий. До даної групи пацієнтів відносяться ригідні та механічні особистості, які схильні бачити в стані навколишніх лише самих себе, а при специфічних навантаженнях і кризах реагують звично психосоматично. Часто поряд з виразковою хворобою спостерігаються і інші психосоматичні порушення (серцеві симптоми, ревматизм та інш.)

«Нормопатичні» виразкові хворі. Це пацієнти, які надмірно орієнтовані на «нормальність» поведження, надмірно адаптивні, схильні до надмірної чемності. Часто такі особистості працюють додатково по сумісництву, вони знаходяться в стані хронічного стресового перевантаження, що саморуйнує їх. Симптоматика виразкової хвороби з'являється різко.

В останні роки проблема *функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ)* набуває все більшої актуальності, що обумовлено значною поширеністю цієї патології і сполученими з нею проблемами. За результатами численних епідеміологічних досліджень, до 50-60% дорослих і до 30-40% дітей, які звертаються до лікарів-гастроентерологів, страждають різними функціональними розладами травної системи. Всесвітня організація охорони здоров'я констатує той факт, що за останні 60 років захворюваність на ці розлади зросла в 24 рази.

Результати досліджень інтерністів та психіатрів демонструють, що від 30% до 70% пацієнтів, які звернулися до гастроентерологів, страждають саме порушеннями функціональної природи; при цьому близько 50% цих хворих з соматопсихичними гастроентерологічними скаргами потребують лише в корекції емоційного стану.

Римський консенсус II постулює, що функціональний захворювання шлунково-кишкового тракту – це "варіабельна комбінація хронічних або рецидивуючих симптомів, які не пояснюються структурними або біохімічними змінами».

Класифікація функціональних розладів травної системи згідно Римським критеріям IV

До функціональних розладів стравоходу відносять:

- 1) "ком" в горлі;
- 2) функціональну печію;
- 3) функціональну дисфагію;
- 4) рефлюксну гіперчутливість;

5) біль в грудній клітці переважно стравохідної етіології (скарги на біль, що локалізуються за грудиною при виключенні захворювань серця, ГЕРХ, ахалазії кардії і інших захворювань стравоходу з порушенням моторно-евакуаторної функції);

Гастродуоденальні функціональні розлади: 1) функціональна диспепсія (ФД); 2) аерофагія; 3) функціональна блювота.

Кишкові функціональні розлади: 1) синдром роздратованого кишечника; 2) функціональний закреп; 3) функціональна диспепсія; 4) функціональне абдомінальне вздуття.

Найбільш часто в популяції зустрічається **функціональні диспепсії**.

Характерною особливістю клінічної картини хворих з **функціональною диспепсією (ФД)** є різноманіття та варіабельність скарг та їх надмірне емоційне забарвлення. Крім основних клінічних проявів ФД, таких як біль, печіння, переповнення в епігастральній ділянці і почуття раннього насичення, у хворих відзначається наявність великої кількості інших диспепсичних симптомів, таких як здуття, важкість, бурчання, переливання в верхній половині живота, нудота, відрижка, метеоризм, синдром роздратованого кишечника, епізоди послабленого стільця на тлі психоемоційних переживань, закрепи, болі в правому підребер'ї, болі в лівому підребер'ї, епізоди блювоти без супутніх ознак отруєння, що виникають зазвичай на тлі тривоги і страху, почуття утруднення при ковтанні та (або) проходження їжі по стравоходу, відчуття кому або стиснення в горлі, печіння в роті, зниження апетиту, зниження маси тіла на тлі психоемоційних переживань або через неможливість приймати їжу в колишньому обсязі в зв'язку з почуттям переповнення в епігастральній ділянці.

Багато джерел вказує, що майже у всіх пацієнтів розвиток захворювання або погіршення його протікання передують хоч один із життєво значимих стресових чинників, хронічні стресові ситуації (Müller-Lissner, 1991; Романова & Бабкин, 2012).

Синдром «підразненої кишки» (СПК) – це хронічний функціональний розлад кишечника, при якому біль в ділянці живота пов'язана з актом дефекації та зміною характеру та консистенції стулу, саме це відрізняє дане захворювання від функціональної діареї або закрепи, де біль відсутній.

В даний час СПК розглядається як біопсихосоціальне захворювання, що має складний патогенез. При цьому істотна роль у формуванні та клінічній картині СПК відводиться емоційним і емоційно-особистісним порушенням. Дані переважної більшості досліджень, вказують на високий рівень загального психологічного дистресу у пацієнтів з СПК і на наявність більш специфічних емоційних порушень: депресії, тривоги, напруги тощо (Rey, Talley, 2009; Wu, 2012). Пацієнти даної групи

захворювання в більшості випадків самостійно не пред'являють скарги на власне депресію або тривогу, їх інтенсивність не досягає навіть рівня розгорнутого синдрому, що зустрічається в психіатричній практиці. Сучасні науковці (Mogozova et al., 2017; Шевякова и др., 2018) наголошують на емоціональні та емоційно-особистісні порушення дисфоричного спектру (гнів, напруження, конфліктність, ворожість, роздратованість). Данні порушення також є компонентом психологічного дистресу, але виявляють себе в стертих формах, без виражених зовнішніх проявів (фізичної або вербальної агресії), можуть не помічатися клініцистами або сприйматися, як клінічно не значимі, внаслідок чого вони не стають об'єктом терапевтичних зусиль. У той же час даних пацієнтів можна віднести до конфліктних хворих (Шевякова и др., 2018). *Дисфорія* констатується як найбільш поширене емоційне порушення, що виявляється у 84% пацієнтів, що є навіть вище поширеності астенії (70%) і характеру розладів тривожного спектра неухважності (80%) (Vashadze, 2009).

Преморбідні особливості даної групи пацієнтів: ригідність, скрупульозність, перебільшена схильність до порядку з тенденціями до тривожних реакцій при вимушених змінах в установленому способі життя. Результати проведених дослідів (Mogozova et al., 2017) дають змогу зробити висновок, що хронічне невдоволення і схильність реагувати на стресогенні ситуації переживанням гніву є також характерною особливістю пацієнтів з СПК.

Неспецифічний виразковий коліт є найпоширенішим типом запального захворювання кишечника, що вражає пряму кишку і в різній ступені відділи товстої кишки. Причина виразкового коліту невідома, але велика роль приділяється психологічним факторам виникнення. Він може розвинути у будь-якому віці, але пік захворюваності припадає на 15-25 років. Другий пік захворювання, але нижчий по чисельності, припадає на 55-65 років.

Для пацієнтів з НВК характерні психологічні особливості особового реагування, як певний стереотип поведінки, що є шляхом адаптації в умовах специфічності патологічних змін. Адже дане захворювання триває впродовж життя та пов'язане з ускладненням соціально-психологічного добробуту людини. При цьому вони тісно пов'язані з певними формами соматичного реагування, тобто фізіологічними змінами, що лежать в основі психосоматичних розладів.

Доведено (Чопей, 2011), що у пацієнтів, хворих на НВК, виявлена конфігурація особистісного профілю з ведучими шкалами гіпостенічного реєстру (депресія, істерія), що характеризують невротичний тип розвитку особистості з формуванням тривожно-депресивного та істеричного варіантів дезадаптації, психологічними еквівалентами яких є тривога та

депресія. В той же час, особистісний тип пацієнтів можна розглядати в аспекті психопатологічних акцентуацій з формуванням афективно-регідного варіанту дезадаптації та декомпенсації особистості. При цьому характерні прояви іпохондрії, депресії можуть пояснювати найгірші сприйняття цими особами свого загального здоров'я та життєздатності, а такі показники як внутрішня напруженість, невпевненість, тривога, понижений настрій створює додаткові умови виникнення хронічної фрустрованості. Іншими словами – передумови для хронізації емоційною стресованістю, що значно знижує якість життя по всім показникам у даній групі пацієнтів.

Слід зауважити, що для всіх функціональних захворювань відсутній доведений зв'язок симптомів з вживанням їжі, а специфічні гастроентерологічні засоби (спазмолітики, прокінетики) мало ефективні. В той же час значно виражений ефект плацебо.

При розгляданні та аналізі гастроентерологічних скарг виявлені патології психічної сфери. Лікар-гастроентеролог, стикається з наступними *функціональними психічними порушеннями*, що супроводжують соматичну патологію (Гиндикин, 2000; Александровский, 2004; Краснов, Бобров, & Довженко, 2012; Козлова & Пахомова, 2015):

Астенічний синдром;

Дисоціативно-конверсійні розлади;

Обсесивно-компульсивний синдром;

Депресивний синдром;

Надцінний іпохондричний симптомокомплекс.

Астенія характеризується загальною слабкістю, дратівливістю, підвищеною збудливістю та легкою виснаженістю пацієнтів. В результаті впливу незначних подразників, часом індиферентних для здорової людини, викликають у пацієнта з астенічним розладом патологічну реакцію. Подібна підвищена збудливість ініціює і надмірну чутливість щодо усіх подразників. Пацієнти намагаються не демонструвати свою хворобу. Для гастроентеролога особливого значення набувають скарги на загальну слабкість і зниження працездатності. Астенічні симптоми частіше з'являється в другій половині дня або до вечора, може бути порушення сну, важке засинання.

Дисоціативно-конверсійні розлади в практиці гастроентеролога зустрічаються рідше, ніж астенія. Випадки такого розладу стали частіше реєструватися серед чоловіків та притаманно особам молодого віку. В патогенезі значною мірою грає механізм “втікання в хворобу”, “умовної бажаності” хвороби. Ухід в хворобу, патологічна фіксація того або іншого симптому стають підсвідомими спробами відгородитися від труднощів або можливістю для отримання користі, що надає симптоматиці рис «вигідності», умовної «бажаності». Дисоціативно-конверсійні розлади

часто супроводжують функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту, що виявляються у демонстративній симптоматиці: психогенній блювоті, метеоризмі, аерофагії.

Обсесивно-компульсивні розлади проявляються у вигляді психогенно обумовлених нав'язливих станів, що частіше зумовлюються різними нав'язливими страхами (фобіями). Найбільш поширеними фобіями є танатофобія (страх смерті) і канцерофобія (страх ракового захворювання). Особливо типовими ці фобії притаманні для пацієнтів з медичним освітою, для яких люба гастроентерологічна симптоматика викликає нав'язлива думка про злякисний процес. А. Крек (1959) казав: “Лікарю легше оперувати рак прямої кишки, ніж переконати пацієнта, що це був поліп”.

Ознаки **депресії** діагностують у 50% гастроентерологічних пацієнтів. Для депресії характерна триада симптомів: знижений настрій, ідіоторна і моторна загальмованість. Поширеним варіантом “маскованої” депресій є абдомінальний варіант (більш детально дивіться у розділі “масковані” депресії) з вираженим соматичним компонентом.

Не рідко при загостренні хронічних захворювань органів травлення важко диференціювати хвороби, пов'язані з органічною патологією та сенестопатією. Для **сенестопатій** характерні наступні ознаки: типово суб'єктивна новизна відчуттів, не стійкість больових симптомів, стереотипність їх появ, зміна по своїй інтенсивності і локалізації, постійно нові відчуття. Крім того, описати такі відчуття складно, так як вони неясні, невизначені, для їх описання використовуються порівняння, часто описують об'єм, форму, положення органа. Сенестопатії складно розрізнити від вісцеральної гіпералгезії при функціональних захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Надцінний іпохондричний симптомокомплекс. Може проявлятися у вигляді *іпохондричного невротичного розвитку*, що проявляється тривожною фіксацією хворого на своїх розладах і змушує постійно звертатися до різних фахівців, але не призводить до вираженої дезадаптації. У свою чергу *надцінна іпохондрія* сприяє обмеженню поведінки хворих і викликає дезадаптацію. Дані пацієнти наполегливо прагнуть численних обстежень та лікування у поєднанні з недовірою до лікарів.

Психологічні особливості хворих при інфекційних захворюваннях

На сьогоднішній день найбільш поширеними інфекційними захворюваннями, які викликають психічні та психопатологічні зміни особистості пацієнтів є вірусний гепатит, туберкульоз та ВІЛ/СНІД. У більшості випадків перераховані захворювання взаємопов'язані та є соціально-значущими, оскільки впливають на всі сфери життя інфікованої

людини та якість життя, що у більшості випадків обумовлено суб'єктивними переживаннями пацієнтів, що пов'язані з духовними та соціальними наслідками захворювання. Пацієнти, які страждають на туберкульоз, венеричні хвороби, вірусні гепатитами і ВІЛ / СНІДом розуміють, що стикаються з серйозними обмеженнями та труднощами (зменшення повсякденної активності, тимчасова непрацездатність, важка інвалідність, розлука з сім'єю, відчай і страх перед своїм майбутнім, напади болю, страх смерть та інш.).

Автори (Зорин, 2016) також описують важливість правильного ставлення до таких хворих з боку суспільства, *а особливо лікарів*, оскільки це впливає на їх самооцінку та якість життя. Наприклад, стигматизація («чорна пляма в біографії») пов'язане з недостатньою поінформованістю населення. Перш за все це хибне уявлення, нібито туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, вірусні гепатити та ВІЛ / СНІД завжди і обов'язково є закономірним результатом аморальної, асоціальної поведінки. Внаслідок такої «соціальної плями» хворі піддаються дискримінації і ще сильніше відчують свою ущербність. Тому розуміння психологічних особливостей тих, хто страждає соціально небезпечними інфекціями, допоможе лікарям будувати довірчі відносини з хворими і створювати атмосферу співробітництва в процесі діагностики, лікування, реабілітації та профілактики. А це в свою чергу призведе до того, що пацієнти швидше подолають внутрішній опір лікарських рекомендацій і будуть охочіше звертатися за допомогою в спеціалізовані установи.

Психологічна підтримка і супровід інфекційних хворих вимагають суворого дотримання етико-деонтологічних норм, оскільки вони безпосередньо пов'язані з психосоціальними установками і стереотипами, існуючими в суспільстві. Морально-етичні проблеми, викликані інфекціями сечовидільних шляхів, вірусними гепатитами і ВІЛ/СНІДом, різноманітні. Зокрема це визначається високою небезпекою і поширеністю названих захворювань, що зумовлені суто інтимними аспектами (сексуальними збоченнями, девіантною поведінкою, вживанням наркотиків та ін.). Стосовно до таких пацієнтів необхідно конкретизувати найважливіші питання медичної етики: збереження лікарської таємниці, повага автономії особистості, попередження дискримінації в зв'язку з характером захворювання, право на лікування, соціальний захист (Зорин, 2016). Слід також зауважити, що деякі лікарі, без з'ясування анамнезу, можуть зарахувати хворого до представника маргінальних груп і тим глибоко образити його. На тлі загальної психологічної ураженості це може спровокувати непередбачувані асоціальні реакції і виражені психогенні зміни, аж до депресії і суїциду у пацієнта. Цинічно-уїдливі висловлювання лікарів викликають серед хворих почуття болю, провини, відчуження і страху, що звичайно ускладнюється громадським презирством, або, гірший

варіант, агресію як захисну реакцію на вербальний психологічний напад. Звідси – міжособистісні інциденти і конфлікти, що є небезпечними не тільки для життя пацієнта, але і для суспільства.

Вірусні гепатити (ВГ), а особливо вірусні гепатити з парентеральним механізмом передавання збудників (ВГ В,С) належать до числа найбільш актуальних проблем охорони здоров'я усіх країн світу. Медичне і соціальне значення цих гепатитів визначається повсюдним поширенням, прогресуючим зростанням захворюваності, різноманітністю клінічних проявів, нерідко тяжким перебігом, високою імовірністю формування хронічних хвороб печінки та позапечінкових уражень (Голубовська & Кондратюк, 2011).

Печінкова енцефалопатія (ПЕ) є одним з найбільш грізних ускладнень гострих і хронічних захворювань печінки і часто визначає прогноз ураження. ПЕ, як правило, є зворотним порушенням психомоторної, інтелектуальної, емоційної і поведінкової функцій мозку внаслідок метаболічних порушень, що розвиваються в результаті гострих або хронічних уражень печінки (Baig & Alamgir, 2008). Теорія прямої дії вірусного гепатиту С (ВГС) на ЦНС, що пояснює механізм нейрокогнітивних порушень, була запропонована більш 10 років тому. Доведено, що вірус викликає ушкодження нейронів через придушення нейронної аутофагії, а нейроімунна активація може викликати порушення деяких функцій головного мозку (ГМ).

До органічних розладів викликаних вірусним гепатитом відносяться когнітивні порушення. Результати нейропсихологічного тестування (Чемич, Чайка, Чемич, & Ільїна, 2016) вказують на наявність переважно когнітивних порушень легкого ступеня. Пацієнти, що в анамнезі мали досвід вживання наркотиків, мають вираженні когнітивні порушення (КП). Зазвичай виявляються порушення в механічній пам'яті, увазі, виконавчих функціях, і швидкості обробки інформації. Є думка, що тяжкість КП багато в чому залежить від вираженості депресивного розладу, віку хворого і супутньої церебральної патології. Можливо, під впливом афективних розладів відбувається потенціювання вже наявних у хворого судинних і нейродегенеративних процесів, що призводить до розвитку і прогресування КП (Улюкин & Орлова, 2016).

Когнітивна дисфункція має не лише значний негативний вплив на якість життя пацієнта та його рідних, але і викликає додаткові труднощі у діагностиці та лікуванні пацієнтів у зв'язку з утрудненням адекватної оцінки скарг хворого та відсутністю впевненості лікаря у сумлінному виконанні його рекомендацій. Слід враховувати, що розвиток когнітивних порушень призводить до прямих економічних втрат у вигляді витрат суспільства на лікування і догляд за хворими та неможливістю пацієнта, а

іноді і його рідних, продовжувати свою роботу (Чемич, Чайка, Чемич, & Льїна, 2016).

За даними дослідження психічного стану даної групи хворих (Navinés et al., 2012), психічні порушення мали 23% хворих з хронічним вірусним гепатитом: депресія – 18,2%; велике депресивний розлад – 6,4%; генералізований тривожний розлад – 7%; панічний розлад – 5,8%. Вважається, що пацієнти, які страждають ХВГ, мають високий ризик розвитку неспсихотичних психічних розладів незалежно від інтерферонотерапії. Комбінована протівірусна терапія хронічного вірусного гепатиту С (ХВГС) супроводжувалася появою у хворих психологічних порушень, в тому числі депресії. Разом з тим поширеність депресії вище в популяції хворих на ХГС в порівнянні з популяцією хворих ХГВ. Встановлено, що лікування хворих на ХГС достовірно супроводжується зростанням частоти розвитку симптомів депресії під час 1-3 місяців терапії (16,3%).

Що до психологічного стану хворих, у пацієнтів відмічається підвищений рівень нейротизму та помірно виражена інтравертованість, наявний середній рівень особистої тривожності та незначна ситуаційна тривога, а також нестійкість емоційної сфери, погіршення самопочуття, зниження активності та погіршення настрою (Москаль, 2017).

Виділяють наступні собливості мотивації та емоційного реагування на хворобу у пацієнтів на хронічний вірусний гепатит С (Огарев, Дудина, Малыгин, 2014):

- необхідний особистісний підхід при веденні пацієнта, враховує особливості його емоційного реагування, мотивацію до лікування і вибір психотерапевтичної стратегії для поліпшення психологічного статусу;
- низька мотивація до лікування і подолання хвороби пов'язана з високим рівнем скорботи, ворожості і гніву, що спонукає пацієнта оцінювати свою хворобу як катастрофу;
- високий рівень терапевтичного альянсу (лікар-інфекціоніст-клінічний психолог-пацієнт) є позитивним компонентом і підвищує готовність пацієнта до дій з подолання хвороби;
- психологічна зрілість пацієнта впливає на його готовність до дій з подолання хвороби

Епідемія ВІЛ/СНІД у багатьох країнах світу, включаючи Україну, невпинно поширюється. Сьогодні більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні реєструються у молодих людей від 15 до 30 років. Всього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 312 091 нових випадків ВІЛ-інфекції, від СНІДу померла 44 221 людина. За оцінками Міжнародної організації праці, 80% ВІЛ-інфікованих громадян, які проживають в країнах колишнього СНД, належать до працездатного населення, 75% – молодші 30 років. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України

за десять місяців 2017 року кількість нових випадків виросла на 10,1% у порівнянні з аналогічним періодом 2016 року. Про деструктивний рівень тривоги у хворих на ВІЛ, наявність неприйняття діагнозу, розлади адаптації у вигляді посттравматичного стресового розладу, що відноситься до пускового фактору кримінально-насильницької поведінки. На сьогоднішній день гемоконтактний шлях передачі складає 22%, а починаючи з 2008 року, українці найчастіше інфікуються через незахищений секс. Сьогодні цей показник складає 64%. У сучасній літературі приділяють велику увагу гендерній специфіці розповсюдження захворювання, сьогодні в Україні кількість ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок майже зрівнялася. Протягом 2014 р. частка чоловіків у структурі нових випадків ВІЛ-інфекції становила 55,3%, жінок – 44,7% (дані УЦКС) (Гойда, Єщенко, 2016).

Описані провідні прояви гендерних особливостей поведінки: 1) вибір більш вільного стилю поведінки в силу економічних, біологічних та психоемоційних причин; 2) сексуальне насильство, яке підвищує вірогідність ураження ВІЛ-інфекцією та іншими інфекціями, які передаються статевим шляхом; 3) приховування ВІЛ-інфікованих чоловіків свого ВІЛ-позитивного статусу (Гойда, Єщенко, 2016). Дослідження дослідників (Przybyła, Krawiec, Godleski, Crane, 2017) виявили залежність від вживання алкоголю та незахищених сексуальних відносин серед ВІЛ-інфікованих.

Статистичні дані Українського центра контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України/ВІЛ-інфекція в Україні демонструють, що жінки зазвичай інфікуються у більш ранньому віці порівняно з чоловіками. Так, у 2012 р. в Україні 75% вікової групи 15–24 років становили жінки, 25% – чоловіки, у віковій групі 25–49 років переважали чоловіки – 60%, жінки – 40%, у віці 50 років і старше 56,4% становили чоловіки, 43,6% – жінки. Дослідження наголошують на тому, що чоловіки мають особливий стиль поведінки, що проявляється у вигляді маскованої тривоги за своє майбутнє, невпевненістю у собі, пригніченістю та надмірною агресивністю, байдужим ставленням до власного здоров'я, нехтуванням рекомендаціями медичних працівників. Гендерною особливістю поведінки ВІЛ-інфікованого чоловіка також є частіше приховування від статевих партнерів факту власної інфікованості, тиск на партнера при домаганні інтимних стосунків, нерегулярне використання засобів захисту від інфікування ВІЛ та інших інфекцій, які передаються статевим шляхом. Подібна поведінка загрозна для представників обох статей, проте більш небезпечна для жінок, які уразливіші до інфікування ВІЛ статевим шляхом внаслідок фізіологічних особливостей (Гойда, Єщенко, 2016; Przybyła, Krawiec, Godleski, Crane, 2017). Вище перераховані дані свідчать про формування поведінкових порушень серед

ВІЛ-інфікованих людей, що виникають внаслідок порушення вольового процесу та наявність деструктивного рівня тривоги.

Психічні захворювання у ВІЛ-інфікованих проявляються частіше, ніж серед населення в цілому та невід'ємно супроводжуються особливим стилем поведінки та великим спектром агресивних проявів: скоєння протиправних і злочинних дій, що включає розповсюдження ВІЛ, аутоагресивні дії, суїцидальну поведінку, вживання алкоголю і наркотиків, скоєння злочинів (Сыропятов и др., 2017). Враховуючи перераховані вище фактори, на думку ряда авторів, кожен новий випадок ВІЛ повинен розглядатися як психіатричний випадок, а психіатричне лікування і психотерапевтична корекція повинні бути одним із перших заходів з ВІЛ-інфікованим (Treisman, 2001).

Порушення, що з'явилися після сприйняття життєвих обставин, можуть призвести до порушення адаптації, також відомої як деморалізація. Деморалізація має безліч симптомів, схожих з депресією, включаючи смуток, почуття безпорадності, порушення сну, але коректується за допомогою психотерапії, а не медикаментами. У пацієнтів з ВІЛ/СНІДом, деморалізація відбувається з-за особливої форми хронічної хвороби, соціальної допомоги та процесу прийняття рішень. Гострий стрес також часто зустрічається у людей з ВІЛ після того, як встановлено діагноз і після появи перших симптомів. У відповідності до МКБ-10, гострі реакції є «швидким розладом значного тяжкості, що розвивається у відсутності психіатричного фону у відповідь на виключний фізичний або психічний стрес». Цей термін відповідає визначенню «гострих кризових реакцій», що використовуються в літературі (Сыропятов и др., 2017).

В клінічній картині ВІЛ-асоційованих психологічних розладів можна виділити стан «здивування», в якому суб'єкт відчуває себе занепокоєним і зворушеним, коли ми вважаємо, що насправді починається реакція на ВІЛ-інфекцією. Серед інших емоційних і поведінкових реакцій можуть зустрічатися: лють (при виникненні ситуацій, коли неможливо змінити обставини), відчуття віддалення від близьких, втрати інтересів до контакту з людьми, «спроби заховатися під ліжко»; почуття провини (пошук причин, за яким пацієнт може бути відвернутим, приведе до появи переконання, що це покарання хворого за гомосексуалізм або вживання наркотиків); заперечення (почуття байдужості), яке може призвести до порушення дотримання лікування; страх (смерть, інвалідність, втрата здібностей); відчай. Ці реакції можуть призвести до виникнення появи соматичних симптомів, які можуть інтерпретуватися, як доказ “фізичного розпаду”. Повідомлення про наявність ВІЛ-інфекції може супроводжуватися суїцидальними тенденціями або спробами, а також діями, які можуть викликати фізичне порушення або смерть. Стресові реакції можуть тривати від декількох днів до декількох тижнів. Виявлено,

що ці реакції можуть бути виявлені майже у 90% випадків, недавно повідомлених про ВІЛ-серопозитивність (Сыропятов и др., 2017). При відсутності психокорекційних заходів гострі реакції на дану ситуацію можуть трансформуватися у хронічні пролонговані психічні розлади, розлади адаптації.

Виділено дві головні групи ризику розвитку психічних розладів, що супроводжуються поведінковими порушеннями. Перша група включає осіб, які мають позитивну реакцію на ВІЛ, але без ознак захворювання, друга – включає осіб з особливим життєвим стилем (вживання ін'єкційних наркотиків, безладні статеві зв'язки). У осіб першої групи ризику психогенні розлади зустрічаються набагато частіше, та проявляється у вигляді астеничного синдрому (Schadé, van Grootheest, & Smit, 2013), маскованої депресії (Улюкин, 2017), невротичної симптоматики, та повною зосередженістю на думках про можливе захворювання на СНІД. Однак багатьма авторами наголошується на складності виявлення гніву, розпачу, суїцидальних думок і намірів серед пацієнтів 1-ї групи ризику, оскільки сама ця група ВІЛ-інфікованих потребує профілактики аутоагресивної поведінки, прийняття свого захворювання.

На відміну від 1-ї групи інфіковані 2-ї групи ризику, навпаки, відкрито проявляють антисоціальні тенденції, здатні до епізодів насильства прагнучи до збільшення своїх сексуальних зв'язків, або до передачі СНІДу іншим шляхом (Габрель & Маркова, 2013).

До екзогенно-органічних психічних розладів серед ВІЛ-інфікованих виділяють наступні розлади:

- 1) делірій;
- 2) судомний синдром;
- 3) СНІД-дементний синдром.

Один з найважчих форм порушень, які можна виявити у 20% хворих цієї патології. Синдром деменції характеризується значним ураженням когнітивних функцій, включаючи можливість спостерігати, концентрувати увагу, запобігати, швидко і вчасно обробляти та аналізувати інформацію. Він також може привести до роздратування, порушення координації, апатії та соціальної ізоляції. Дослідження, проведені у США, доказують, що ВІЛ / СНІД – одна з частих патологій серед людей віком 20-59 років, але зустрічаються тільки серед 2% ВІЛ-інфікованих, але якщо вони проходять лікування медикаментами АРТ. Якщо не лікувати ВІЛ-інфекцію, то після 3-х місяців виявляються перші когнітивні симптоми розладу, що часто переходить до «загального когнітивного зниження». У 1991 г. було виділено дві клінічні форми:

ВІЛ-асоційована деменція (HIV-1-associated dementia complex, HAD)

ВІЛ-асоційований малий когнітивний / моторний розлад (HIV-1-associated minor cognitive/motor disorder, MCMD)

ВІЛ-інфекція може бути коморбідною з психіатричними захворюваннями. Результати епідеміологічних досліджень дозволяють віднести пацієнтів психоневрологічних диспансерів і стаціонарів до групи підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфекції. Частота зараження ВІЛ-інфекцією у хворих з психічними захворюваннями варіює в діапазоні від 3,1 до 23,5%, що більш ніж у вісім разів перевищує аналогічний показник у загальній популяції.

Туберкульоз. В 1995 р. епідемію туберкульозу зареєстровано в Україні. Ця епідемія має дві особливості: по-перше, спостерігається взаємозалежність швидкості розповсюдження туберкульозу від епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та поширення наркоманії, друга – високий рівень хіміозалежних форм – первинної до 30 % та вторинної – до 75 % у різних регіонах (Мельник, Приходько, & Ареф'єва, 2012).

Як і для ВІЛ інфекції стигматизація хворих на туберкульоз теж є однією з проблемою даної групи пацієнтів. Але стигматизація хворих на туберкульоз з'явилася давно, мабуть з тих пір, коли стало відомо, що це інфекційне захворювання. За відсутності етіотропної терапії (до відкриття антибіотиків), від цього захворювання вмирили переважно представники бідних прошарків населення, хоча ми знаємо багато випадків захворювання і смерті від туберкульозу відомих особистостей, які були далеко не бідними людьми. Прояви та ступінь стигматизації у різні історичні періоди були різними, однак у суспільстві завжди існувало упереджене ставлення до тих, у кого виявлявся туберкульоз, що нерідко змушували захворілих на цю недугу приховувати це від оточуючих (Новожилова, 2018).

Соціально-психологічні наслідки туберкульозу проявляються на деяких рівнях: індивідуальному, сімейному, суспільному, а також на рівні організації та структур, які задіяні в процесі. Захворювання, яке загрожує життю пацієнта, руйнує психіку та порушує душевний стан, потребує переосмислення та неминучої зміни свого життя. Відповідно перед психологом та психотерапевтом протитуберкульозного диспансеру постає завдання надати допомогу щодо адаптації пацієнта до його нового статусу та інформувати про захворювання. Від професіоналізму спеціалістів залежить подальша поведінка пацієнта. Душевний стан пацієнта впливає на клінічну картину перебігу захворювання, соматичний статус та, у результаті цього, на якість життя. Медичний психолог та психотерапевт, які працюють з хворим на туберкульоз, повинні володіти певним обсягом знань, навичок, психологічних прийомів для грамотної, ефективної взаємодії з пацієнтами. Ефективна взаємодія команди «лікар – медичний психолог – психотерапевт – пацієнт» є гарантією максимально

сприятливого перебігу захворювання. Людина, яка знала про те, що в неї діагностовано туберкульоз, може бути не підготовленою до сприйняття цього діагнозу. Спектр емоційних реакцій може бути широким: від бездіяльності до повного контролю за ситуацією, можуть проявлятися і такі реакції як шок, стурбованість та страх, гнів, відчуття провини та образа та інше. Сила реакції пацієнта при оголошенні діагнозу залежить від віку, особистих особливостей, поінформованості, соціального оточення, взаємовідносин із значимими людьми. При грамотному веденні діалогу із пацієнтом адаптація до діагнозу відбувається легше та швидше. Увага пацієнта (навіть при не сприятливому перебігу захворювання) переводиться від емоційних переживань до раціональних дій, які необхідні для опору що до захворювання. Фахова допомога повинна бути скерована на активізацію власних ресурсів людини (Новожилова, 2018).

За даними дослідження нейропсихологічних розладів був описаний психологічний профіль чоловіків і жінок, які хворіють на туберкульоз легень (Валецький, 2015), для якого притаманна виражена пасивна позиція в поєднанні з внутрішнім прагненням суперечити вказівкам і соціальним нормам. Дані хворі схильні фіксуватися на субдепресивному афекті. Виявленні наступні риси характеру: скептичність, непевність в собі (що більше характерно для чоловіків), тенденції періодично «зриватися», робити поведінкові чи словесні випадки, уразливість, замкнутість, вегетативно-емоційний дисбаланс. Тенденція до формування нарцисичного паттерну поведінки, як форми захисту від переживання самотності і незадоволеності, спостерігаються у 10,98 % хворих, у 13 з них при цьому виявлялися риси самозакоханості, перевага власної думки. Для 1/3 чоловіків і 1/5 жінок з вираженою інтоксикацією властива сексуальна незадоволеність. У деяких хворих, яким у минулому були притаманні риси мужності, незалежності, прагнення жінок до емансипації, самостійності в прийнятті рішень під час хвороби часто стають конфліктними. Мстивість, замкнутість, дратівливість виявляються у 47,90 % пацієнтів. У такі періоди вони були схильні огризатися на звертання до них близьких і навіть були агресивними. Зосередженість на хворобливих і неприємних відчуттях відзначається у більшості випадків (48,90 %), побічна дія протитуберкульозних препаратів спостерігалася у 40,82 % хворих, що приймають лікування.

Частим варіантом неврозу у туберкульозних хворих є нав'язливі ідеї про те, що їх присутність неприємна для оточуючих людей, і що вони відчувають почуття огиди та демонструють поблажливості по відношенню до них. Людина, якій встановили діагноз, дізнається про необхідність тривалого стаціонарного лікування, його може налякати можливість інвалідності (близько 70% хворих туберкульозом в процесі лікування мають ту або іншу групу інвалідності), втрата роботи,

відсутність можливості займатися тим, що йому подобається, некоректну поведінку з боку родичів та інших. Психотравмуючою ситуацією є неправильне ставлення медперсоналу протитуберкульозного диспансеру (перш за все молодшого і середнього) до проблем пацієнта, пов'язаних з порушенням соціальної адаптації та зниженням вольового контролю своєї поведінки. Психогенні реакції найчастіше проявляються депресивним станом, що супроводжується відчуттям тривоги, неспокою, пов'язаних із захворюванням; думками про безнадійність, приреченість; страхом і занепокоєнням не тільки за своє здоров'я, але і за здоров'я близьких людей, особливо дітей, оскільки туберкульоз передається від хворої людини до здорової повітряно-крапельним (повітряно-пиловим) і контактним шляхами. Психічні порушення також часто виявляються у вигляді астеничного синдрому з різними варіантами прояву. Поряд з астеною у хворих на туберкульоз спостерігаються афективні розлади, переважно у вигляді ейфорії, що переходить в дисфорию. Хворі стають добросердечними, надзвичайно товарицькими, багатомовними, рухливими, будують нереальні плани. Їм властива переоцінка своєї особистості, своїх здібностей і можливостей, відсутність критичного ставлення до власного хворобливого стану. Досить характерно, що такі стани можуть змінюватися дратівливістю аж до злобно-агресивних спалахів або ж байдужістю, так само, як і рухове занепокоєння, – швидкою стомлюваністю і виснаженням. При багаторічному хронічному перебігу туберкульозу хворі стають нестриманими, схильними до конфліктів, або загальмованими, надзвичайно вразливими, боязкими і сором'язливими (Потапов, 2016).

Психічні (органічні) розлади, що викликані самим туберкульозним процесом, в основному пов'язані із загальною інтоксикацією. При вираженій туберкульозній інтоксикації, що спостерігається в термінальних стадіях захворювання. У цей період часто розвиваються апатичні стани. Хворі майже весь час лежать, не виявляють жодних бажань і прагнень, ні до кого не звертаються, односкладово відповідають на питання, справляють враження людей, які глибоко байдужі до свого стану та до оточуючих. Також психічні порушення можуть проявлятися у вигляді органічних психічних розладів, астеничних, психоорганічних, психопатоподібних, афективних порушень. Приєднання судомного синдрому дає привід запідозрити ураження туберкульозом головного мозку.

Справжні, клінічно розгорнуті психози при туберкульозі зустрічаються рідко та виникають у зв'язку з великою важкістю туберкульозного процесу і вираженою туберкульозною інтоксикацією, і (або) якщо пацієнт веде антисоціальний спосіб життя (зловживання алкоголю, бродяжництво, вживання токсичних і психоактивних речовини,

безладне статеве життя). У таких випадках спостерігаються синдроми потьмарення свідомості, амнезії різного генезу і ступеня вираженості, зорові і слухові галюцинації, різного змісту маячні розлади, останні можуть носити характер іпохондрії, реформаторства, сутяжництва, винаходів, відносини, любовного змісту. Іноді формуються шизофреноподібні стани з імпульсивними діями (Потапов, 2016).

Психічна патологія також може бути викликана застосуванням протитуберкульозних препаратів, запальність, плаксивість, втомлюваність, порушення настрою, депресивний синдром. Рідко, але можуть також зустрічатися виражені психотичні порушення: синдроми потьмарення свідомості, слухові та зорові галюцинації.

Психологічні особливості у хворих з онкологічними захворюваннями

Захворювання на онкологічну патологію є найсильнішим стресогенним фактором, що призводить до розвитку у більшості хворих психопатологічних розладів, які можуть чинити значний вплив на перебіг захворювання, якість і тривалість життя пацієнтів (Zaboga, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001; (Комкова, Магарилл, Кокорина, & Сергеев, 2009). Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури показує, що психічний стан онкохворих багато в чому залежить від їх особистісних характеристик та локалізації пухлинного процесу. Ризик розвитку пухлини пов'язаний із такими особливостями особистості, як емоційна лабільність, надмірне придушення почуттів, депресія, безнадія, почуття провини. Стриманість проявів емоцій, придушення статевих інстинктів, безсоння, невпевненість у собі можуть призвести до розвитку пухлин у термін від одного до п'ятнадцяти років (Менделевич, 1999). На формування злоякісних пухлин також може вплинути і втрата надії на досягнення життєвих цілей.

Онкологічне захворювання традиційно належить до групи невиліковних, що перетворює лише факт постановки діагнозу в серйозну психічну травму. Кожна хвороба характеризується набором специфічних особливостей, котрі зачіпають значущі для пацієнта сфери життя.

Нині є декілька психосоматичних теорій, що пояснюють механізм виникнення пухлинної хвороби:

1. **Анамнестична теорія.** Її автори дотримуються погляду, що патологічним моментом є психоемоційний конфлікт, який виникає в дитячому віці, пов'язаний з близькою людиною (найчастіше це буває мати) і формуванням депресії в разі втрати контакту з нею (Волков, Стрелис, Караваева, & Тетенев, 1995). Також продемонстровано, що перед виникненням клінічних ознак злоякісного утворення онкологічні хворі втрачали об'єкт, котрий був близьким для них. Автор наводить дані, що

смертність від раку овдовілих пацієнтів статистично вище, ніж у хворих, які не перебували або перебувають у шлюбі (Le Shan, 1961).

2. Теорія рис особистості. Прихильники цієї теорії вважають, що в основі онкологічного захворювання – не зовнішні причини, а внутрішні особливості хворого. Онкологічні хворі схильні стримувати або приховувати свої переживання (Kissen D.M., 1962), при цьому вони не здатні вирішувати внутрішні проблеми. У процесі їх вирішення ухвалюються помилкові установки, що породжують негативні емоції та почуття, формують дисгармонічні відносини. Дослідження, котрі здійснені на добровольцях та онкологічних хворих, підтверджують це припущення. Депресія та відчуття безнадійності, що виникають після незворотної втрати (смерть близької людини), знижують імунітет, зменшують проліферацію лімфоцитів (Moreno-Smith, Lutgendorf, & Sood, 2010). Депресія, заперечення, нереалізована агресивність, ворожість і мазохістські установки – всі ці риси свідчать про блокаду будь-яких видів пошукової поведінки – від творчої діяльності до активного прояву невдоволення та гніву.

3. Психодіагностична теорія. Представники її (за Misiak, 2016) стверджують: однією з головних рис, що властива людям, які хворі на онкологічне захворювання, є «інфантильність», котра характерна для дітей. Н.І. Непомняща вважає, що клітинний ріст злоякісної пухлини – це результат глибокої інфантилізації спочатку психологічного, а потім і соматичного механізмів клітинного росту, притаманного дитячому віку.

Для онкологічних хворих із вираженими показниками інфантильності характерні ознаки:

- а) образливість, упертість, примхливість – риси, що властиві дитині;
- б) з боку емоційної сфери – підвищений поріг сприйняття та реагування щодо ситуацій, котрі являють собою загрозу чи небезпеку;
- в) в умовах раціонального інтелектуального мислення спостерігається певна поверховість, страждає здатність проникнення в суть речей, подій, відносин;
- г) у сфері життєвих цінностей спостерігається спрямованість на збереження звичних реальних ситуацій у своєму житті, нормативність

Крім теорій, що пояснюють механізм виникнення пухлинної хвороби, особливе місце посідають моделі психологічної реакції хворого на наявність у нього злоякісного новоутворення. Питання про роль психіки в розвитку онкологічної хвороби, вивчення особистості хворого на рак, а також того, хто одужав, у їхніх взаєминах із довіллям, з іншими людьми, із собою дотепер залишається невирішеним (Misiak, 2016). Але існує декілька моделей.

I. Модель Вейсмана. Розроблена на основі дослідження стресу в онкологічних хворих. Складається з чотирьох стадій (Goldsen, Gerhardt, Handy, 1957):

1 стадія – «екзистенційний переляк». Стадія глибокого емоційного стресу та сум'яття.

2 стадія – «приспособлення й пом'якшення». У цей момент пацієнт прагне до нового та до стабілізації емоційної рівноваги. Хворий вирішує змінити спосіб життя та отримати медичну допомогу.

3 стадія – «повторення та рецидив». Стадія метушні на тлі рецидиву захворювання, асоціюється з потужною психосоціальною кризою. У пацієнта з'являється бажання пом'якшити негативні синдроми.

4 стадія – «погіршення та занепад». Етап ускладненого перебігу хвороби, що характеризується приготуванням до смерті

II. Емоційна модель Гоба. В. Gobb запропонував розглядати реакцію хворого на звістку про діагноз із позиції характеристики емоцій, що його супроводжують. Автор розділив емоційні проблеми, з якими стикаються онкологічні хворі, на три групи:

а) побоювання та тривоги, що пов'язані з тим значенням, яке має онкологічне захворювання для індивіда;

б) переживання, що зумовлені раптовим переміщенням людини зі звичної для неї обстановки в лікарняне середовище (соціальна депривація);

в) емоційні переживання, що пов'язані з тимчасовою або постійною розлукою з сім'єю.

III. Модель Літін. Е. Н. Litin виділив три фази реакції на онкологічний діагноз (Litin, 1960):

1 фаза – спочатку потрясіння, що супроводжується гострим почуттям страху та депресією.

2 фаза – життя заходів боротьби зі стресом і загрозою життю.

3 фаза – звикання до нового життя з новими перспективами .

IV. Модель Кюблер–Росс. Найчастіше цитується модель перебігу реакції онкологічного хворого, яка складається з п'яти фаз реакції останнього (Kübler-Ross, 2002)

1 фаза – **фаза заперечення.** Характеризується запереченням наявності онкологічної патології, зменшенням тяжкості свого стану, переконаністю, що діагноз встановлений помилково.

2 фаза – **фаза агресії.** Настає після підтвердження діагнозу й проявляється бурхливим протестом, схильністю до агресивних дій як до людей, так і до себе (суїцид).

3 фаза – фаза прийняття діагнозу. Цей період характеризується прийняттям фактів наявності злякисного процесу та необхідності тривалого й інтенсивного лікування.

4 фаза – фаза депресії. Тривалий період стандартного лікування підштовхує хворого до поступової втрати надії на оздоровлення, появи песимізму, пригніченості й пасивності.

5 фаза – фаза апатії. З'являється на останніх етапах протікання захворювання на тлі відсутності ефективності стандартного лікування та супроводжується байдужістю щодо оточення, зовнішніх і внутрішніх процесів.

Дані моделі дають можливість брати до уваги психологічну реакцію хворого та вибудовувати реабілітаційні заходи в межах медичного та реабілітаційного закладу з урахуванням фаз реакцій емоційного протікання хвороби.

Як показують клінічні дослідження, алекситимія досить часто зустрічається у різних груп соматичних хворих, в тому числі у онкохворих, серед яких відсоток алекситимії майже в п'ять разів вище у порівняв з групою здорових людей. (Авдулова, Тер-Ованесов, & Ягудина, 2016).

Виділяють три основних етапи хворого з онкологічною патологією (пацієнти зі своєчасно встановленим захворюванням) (Березанцев, Монасыпова, Стражев, Спиртус, 2011):

- Діагностичний етап, на якому пацієнт одержує звістку про наявність у нього злякисної пухлини. Вектор особистісного реагування в цей відносно нетривалий період часу (від встановлення діагнозу раку до оперативного втручання або інших лікувальних заходів) визначається особистісними особливостями пацієнта, віком і умовами соціального оточення. Особистісні реакції можуть варіювати від зваженого, раціонального ставлення до встановлення онкологічного діагнозу з оптимістичною установкою на необхідність лікування і подолання хвороби до гострих психогенних реакцій, супроводжуються глибоким суб'єктивною особистісною кризою з тривожно-депресивною, гипоманіакальною і дисоціативною симптоматикою. В будь-якому випадку звістка про захворювання, навіть якщо не призводить до формування клінічно окресленої нозогенної реакції, як правило, робить істотний вплив на психологічний стан пацієнта, тягне за собою певну переоцінку життєвих цінностей і пріоритетів. Реальна загроза життю, що виникла і тягне за собою стан, що називають екзистенційною кризою, змушує людину замислитися про власну смерть, так як знімає психологічний бар'єр, який раніше захищав від цих неприємних думок. При наявності достатнього особистісного ресурсу та зрілих психологічних механізмів адаптації (копінг механізмів), а також адаптивної роботи

механізмів психологічних захистів особистість пацієнта мобілізується і «вступає в бій» з хворобою, проходячи необхідні етапи лікування.

- Етап інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів. Включає в себе проведення хірургічних втручань і ад'ювантної терапії (хіміо- та променевої). Тривалість даного періоду (при відсутності рецидиву захворювання) від декількох тижнів до декількох місяців і навіть років (при антигормональної терапії). Для пацієнта суб'єктивно даний етап триває від 3 до 6 міс, коли проходить післяопераційний період, завершуються основні хіміотерапевтичні процедури і пацієнт виявляється під опікою амбулаторної онкологічної служби. У цей період до нозогених впливів на особистість додаються біологічні чинники, що спричиняють негативну соматотропну і нейротропну дію (операція і наркоз, хіміопрепарати, променева терапія). Психосоціальні стресори набувають нової якості. Крім триваючого нозогеного стресу (неочевидність результату захворювання, загроза рецидиву), виникають нові, пролонговані на невизначений термін, психосоціальні стреси. Пацієнт повертається до повсякденного життя в новій якості – з втраченою або істотно зниженою працездатністю, з перекресленими кар'єрними перспективами (якщо хвороба почалася в молодому віці), кризами в сімейних і міжособистісних відносинах. Нерідко виникає відчуття непотрібності суспільству, відсутність життєвих перспектив, життя поділяється на «до» і «після» хвороби. Формується посттравматичний стрес, пов'язаний із захворюванням і його наслідками.

- Катамнестичний етап. Настає приблизно через 6 місяців після оперативних втручань і триває довгі роки, протягом яких пацієнт повинен адаптуватися до нових реалій, пов'язаних з його здоров'ям і соціальним статусом. Після етапу інтенсивних терапевтичних втручань ресурси особистості значною мірою ослаблені як на психічному, так і на біологічному рівні. Часто спостерігається феномен "*особистісного вигорання*", коли, вийшовши з активної фази боротьби з онкологічним захворюванням, яка вимагала від пацієнта повної мобілізації сил, раптово настає відчуття занепаду, відсутності фізичних та особистісних ресурсів для подолання наслідків хвороби. У психічному стані пацієнта (навіть в тих випадках, коли на попередніх етапах не спостерігалось клінічно диференційованих нозогених реакцій) настає хитка рівновага, свого роду точка біфуркації, коли позитивні впливи у вигляді психотерапевтичних втручань, психосоціальної підтримки з боку родичів та інших можуть надати саногенний вплив і дати імпульс до позитивної динаміки та відновленню психічного стану, а негативні фактори (в тому числі ятрогенні) можуть дати поштовх до виникнення або хронізації прикордонних психічних розладів. Необхідно відзначити, що ятрогенії можуть робити істотний негативний вплив на поведінку пацієнтів на будь-

яких етапах лікувальних заходів. Найчастіше це залежить від особистості або професіоналізму онкологів, а виключно від організаційних аспектів.

На катамнестичному етапі відбувається трансформація первинних нозогенних реакцій. В рамках психогенних реакцій виділяють тривожно-депресивні, тривожно-гіпоманіакальні і тривожно-дісціативні нозогенні реакції (Самушия & Мустафина, 2007). Пацієнти були обстежені обстежувалися в середньому через 1,5-2,5 міс після встановлення діагнозу онкологічного захворювання, на етапах проходження чергового курсу хіміо- або променевої терапії, тобто ще на незавершеному етапі інтенсивних лікувальних заходів, і дані клінічні прояви істотно відрізняються від клінічної картини прикордонних психічних розладів, що спостерігалися у аналогічного контингенту хворих на більш віддалених етапах спостереження, через 0,5-8 років (Березанцев, 2017). Клінічні прояви, характерні для гострих психогенних реакцій (гіпоманіакальні, дісоціативні), на подальших етапах заміщуються іншою психопатологічною симптоматикою – хронізованими тривожно-депресивними розладами з obsesивно-фобічною, астеничною і нерідко резидуально-органічною симптоматикою (Березанцев, 2011).

Психологічні особливості пацієнтів у хірургічному стаціонарі

Досвід світової науки у сфері психології та психосоматики визначає, що характеристика психіки, емоційні переживання та реакції пацієнтів пов'язані зі зміною фізичного стану, можуть визначати перебіг захворювання, ефект від проведеного лікування. Розуміння психофізіологічних показників, змін психіки пацієнта дає змогу проводити ефективну психопрофілактику та психокорекцію (Вознесенская, 2006).

Хірургічне втручання за своєю природою майже завжди породжує у хворих, крім місцевої больової реакції, складну гаму різноманітних душевних переживань (занепокоєння або твердість духу, довіру чи недовіру, терпіння або нетерпіння, подяку або озлобленість). Психіка хворого може травмуватися на всіх етапах хірургічного лікування – від поліклініки або приймального відділення лікарні, де він вперше зустрічається з хірургом, до операційної, де піддається хірургічному втручання, та палати, де проходить післяопераційний етап одужання, у період якого хворий контактує не лише з лікарями, але й з медичним персоналом, іншими пацієнтами, родичами (Бодров, 2006; Русина, 2013).

В хірургічній клініці розрізняють декілька етапів ведення хворого і для кожного з них характерні особливості психоемоційного стану пацієнтів:

I. Діагностичний етап. Це етап коли пацієнт дізнається інформацію про свій діагноз. На цьому етапі лікар повинен думати перш за все про те,

яке враження складеться у хворого внаслідок його повідомлення про діагноз. Отже лікарю необхідно враховувати особистісно-преморбідні особливості пацієнта (вразливість, емоційність, тривожність, ригідність та інші якості). Інформація про діагноз повинна доводитися до хворого в доступних для нього висловах. Без надмірного вживання медичної термінології, заключати в собі деякі прогностичні вказівки та нагадувати про можливі ускладненні (правдиву інформацію про швидкість загоєння та інш.)

II. Передопераційний період. Цей період включає особливості психологічного стану та тип психічних реакцій пацієнтів, що залежить від етапу обстеження, уточнення діагнозу та необхідності операції до етапу передопераційної підготовки.

Саме у цей період *першим компонентом психологічного супроводу* хворих є експресдіагностика інтенсивності і структури тривожного стану, що проводиться медичним психологом за допомогою психодіагностичного інструментарію. Це дозволяє з мінімальними витратами часу намітити основні мішені та шляхи психокорекції хворого і негайно приступити до роботи (Артюшкина & Сологуб, 2012). В умовах стаціонару спостерігається найширший діапазон адаптивних психологічних реакцій пацієнтів в залежності від статі, віку, особливостей темпераменту і властивостей особистості, нозологічної приналежності, тяжкості стану, результатів проведеного лікування та ін.

Другий компонент системи психологічного супроводу лікувального процесу – психологічна корекція первинних психологічних реакцій, що виникають у пацієнта під час знаходження в стаціонарі. При цьому головним завданням клінічного психолога є купірування тривожного стану хворого. Тому особливу увагу медичний психолог повинен звертати на психологічну підготовку хворого до майбутньої операції, так як в цей період хворий відчуває виражене нервово-психічне напруження, пов'язане з очікуванням оперативного втручання і невизначеністю його результату (Артюшкина & Сологуб, 2012).

Для стану очікування характерний розвиток різних невротичних, тривожно-фобічних розладів, хворі схильні до певних змін в емоційній сфері. У хворих в передопераційний період можуть виявлятися підвищені значення загальної тривожності й емоційного дискомфорту. Це проявляється в тому, що в період перебування в стаціонарі у пацієнтів виникають розлади сну, швидка стомлюваність, млявість і пасивність, емоційні порушення. Такі пацієнти часто відчувають власну безпорадність і непотрібність, катастрофічність, що насувається (Русина, 2013).

За даними літератури, у пацієнтів значно виражені порушення за типом «соматизації тривоги». Скарги хворих фіксуються на тілесному дискомфорті, який пов'язаний з кардіологічною, гастроентерологічною,

неврологічною та іншими системами. Пацієнти суб'єктивно оцінюють власне соматичне здоров'я дуже низько (що не відповідає об'єктивним даним та спостереженням лікарів відділення), часто відчують слабкість, нудоту й запаморочення, біль у серці і шлунку. Поряд із соматизацією в пацієнтів виявляються obsесивно-компульсивні, депресивні, тривожні, фобічні синдроми. У даному випадку у хворих чітко простежується тривожно-депресивний настрій із нав'язливими негативними думками щодо своєї особистості, власного стану і майбутнього життя. Перебуваючи в стаціонарі, вони відчують самотність і мають пригнічений настрій. Визначаються стійкі тривожно-фобічні симптоми, такі як нервозність, безпричинний страх, напруга і тремтіння, а також напади паніки, відчуття небезпеки та ірраціональних страхів (Шестопалова, Ткаченко, 2008; Tully, Baker, Winefield, Turnbull, 2010; Южаков, Авдеева, Нгуен, 2015).

Слід зазначити, що при дослідженні ціннісно-сислової сфери особистості хворих, які очікують на хірургічну операцію, виявлено зниження показників *сенсжиттєвої орієнтації (СЖО)*. Результати показали, що рівень осмисленості життя у хворих істотно знижений. Це свідчить про те, що обстежені пацієнти погано уявляють собі власне майбутнє, мають досить розпливчасті цілі, не можуть чітко побачити ті орієнтири, до яких слід прагнути. Хворі недостатньо задоволені сучасними реаліями, не бачать у власному житті яскравого інтересу, змісту та емоційної насиченості (Коломаченко, Кривобок, & Фесенко, 2010). Звичайно, чим нижчий СЖО тим вираженіші психологічні та емоційні порушення, високий рівень тривоги, інсомнії.

При дослідженні особливостей захисної поведінки встановлено, що в умовах очікування операції пацієнти частіше реагують посиленням таких захисних механізмів, як «заперечення», «регресія», «реактивні утворення». Встановлено кореляційний взаємозв'язок між рівнем тривоги і деякими механізмами психологічного захисту. Чим вища тривожність, тим сильніше актуалізуються захисти «регресія» і «реактивні утворення», і навпаки, якщо в структурі особистості переважають механізми несвідомого уникнення тривоги шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку лібідо або шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень, то в пацієнта в передопераційний період більш виражені напруга, тривога і занепокоєння своїм станом і наслідками операції.

III. Післяопераційний період. У цьому періоді особливості реакції, їх виразність та тривалість значно залежать від характеру захворювання, протікання післяопераційного періоду (порушення, що викликані самою операцією, можливість ускладнень), больовий синдром, преморбідну особистості. Психотичні психічні розлади (органічні) можуть виникати у хворих похилого віку з явищами атеросклерозу, а також у хворих, які

раніше зловживали алкоголем або з алкогольною залежністю, із захворюваннями печінки та нирок, при панкреонекрозі.

Астенічний синдром спостерігається при будь-якій операції. Хворі стають емоційно неврівноваженими, швидко втомлюються, їм важко концентрувати увагу, з'являється підвищена чутливість для всіх аналізаторів, особливо слухового, зорового, характерна емоційна чутливість, плаксивість, сенситивність, уразливість. Звичайно на даному етапі дуже важлива підтримка родини, а тактика лікаря повинна бути спрямованою на створення у пацієнта позитивних емоцій за допомогою наступних факторів: хворий повинен знати від лікаря план лікування, реабілітації, рекомендований йому режим, дієту, перспективи прогнозу, строки відновлення працездатності.

Третім компонентом системи психологічного супроводу лікувального процесу є психологічна підтримка хворого в післяопераційному періоді, психологічна підготовка пацієнта до виписки зі стаціонару і психопрофілактична санація середовища, що включає в себе психологічне консультування родичів пацієнта (Артюшкина & Сологуб, 2012).

Окремо необхідно виділити категорію пацієнтів у хірургічній практиці, яка прагне велику кількість свого життя проводити в лікарні, домагаючись з різних приводів проведення операції. Крім симуляції хірургічних захворювань і покалічення, вони намагаються ковтати сторонні предмети. Для цих пацієнтів характерна «облудність» дала підстави називати цей тип поведінки *«Синдром Мюнхаузена»*. В літературі описано три його варіанти: 1) гострий абдомінальний (завершується лапаротомією); 2) геморагічний (симуляція кровотечі); 3) неврологічний (симуляція припадків і непритомності). Від іпохондричних хворих дані пацієнти відрізняються відсутністю справжнього занепокоєння за власне життя та здоров'я, характерна свідома установка на обман та операцію з метою викликати до себе інтерес, отримати безкоштовне харчування, ночівлю або догляд. Звичайно цю категорію пацієнтів складають особи з патологією характеру, це демонстративні, істеричні особистості.

Отже в умовах стаціонару основні заходи психологічної корекції пацієнтів повинні бути спрямовані (Артюшкина & Сологуб, 2012):

- на купірування фобічних реакцій і реакцій ситуаційної тривоги;
- зниження рівня нервово-психічної напруги;
- усунення психологічного дискомфорту;
- надання допомоги в усуненні конфліктів з оточуючими (лікарсько-сестринським персоналом, іншими пацієнтами);
- підвищення функціональних резервів організму.

Основними методами, використовуваними в заходах психологічного супроводу в лікувальних установах, можуть бути:

- методи раціональної психотерапії;
- навчання пацієнтів прийомам психічної саморегуляції (активної і пасивної м'язової релаксації);
- навчання прийомам підвищення рівня емоційного контролю над різними життєвими ситуаціями;
- вдосконалення навичок довільного керування диханням і ритмом серцевої діяльності;
- навчання методиці самомасажу біологічно активних точок, спрямованих на оптимізацію функціонального стану організму.

Психологічні особливості хворих в стоматології

Зона рота і губ відносяться до інтимної зони. Вона безпосередньо пов'язана з почуттями та завантажена позитивним та негативним афектом. Втручання тут сприймаються дуже особистісно близьким і перебуває під вирішальним впливом стоматолога. Психологічні дослідження показують, що зуби мають цінність сили, потенції в широкому сенсі, прикраси та краси, що виходять за межі анатомічної структури та організації. Їх символічна цінність, порівняна з якістю волосся на голові, існує як ознака здоров'я та досконалості, має вплив на естетичне сприйняття власної цінності та пов'язане з цим психофізичне самопочуття. Особливо важливу роль в цьому плані відіграють передні зуби, при цьому не менш важлива жувальна функція, що локалізується у менш видимих зонах, отримує меншу увагу, ніж передні зуби.

Проведений ряд дослідів, що доводять вплив стресу та стресових факторів на зміни в щелепно-лицевій ділянці:

- збільшення поширеності, частоти та тяжкості каріозного процесу у людей після тривалого емоційного стресу (Shimura, Nakamura, Hirayama, Yonemitsu, 1983; Delgado-Angulo et al., 2015);
- підвищення частоти вражаємості каріозним процесом у біженців (Honkala, Mairi, Kolmakow, 1992);
- збільшення твердих тканин зуба в оклюзійній частині внаслідок бруксизма, що розвинувся в результаті хронічного стресового стану (Ferreira-Bacci, Cardoso, Díaz-Serrano, 2012);
- втрата зубів в умовах хронічної депресії, тривоги, напруги (Roohafza et al., 2015);
- підвищення захворюваності періодонтитом і карієсом у дітей і підлітків, які були під значним психологічним навантаженням (Nicolau, Marcenes, Bartley, Sheiham, 2003);
- збільшення ризику розвитку раннього дитячого карієсу, поширеності каріозних поразок постійних зубів (в 2,4 рази) у

підростаючих в умовах хронічного стресу (Tang, Quinonez, Hallett, Lee, & Kenneth Whitt, 2005) і у дітей, матері яких зазнавали хронічний стрес під час вагітності (Shin, Park, 2016) або страждали тривожними станами;

- підвищення поширеності каріозних порожнин і гінгівітів (більш ніж в 2 рази) після пережитої в дитинстві психологічної травми (da Silva, Barbosa, Amato, Montes, Gavião, 2015)

Отже, як ми бачимо, величезний клінічний досвід різних фахівців в галузі стоматології, численні дослідження доводять, що захворювання порожнини рота не тільки ведуть до порушення загальносоматического стану організму, але і до різних відхилень в психоемоційній сфері. Стан зубів, естетичність особи, дикція і посмішка багато в чому визначають якість життя людини. Здорові зуби є головним фактором, що обумовлює якість харчування, грають естетичну роль, беруть участь у забезпеченні нормальної мови, є символом благополуччя. Все це пов'язано з такими властивостям особистості, як самоідентифікація, соціальна адаптація. Іншими словами, адекватний рівень психосоматичного стану та соціального статусу індивіда детермінований оптимальним рівнем стоматологічного здоров'я.

На суб'єктивний світ пацієнта в умовах стоматологічного прийому надають психотравмуючий вплив різні фактори:

- 1) непередбачений дискомфорт;
- 2) недбалість персоналу;
- 3) непорозуміння з оплатою;
- 4) відступ лікаря від своїх зобов'язань;
- 5) замовчування гарантій;
- 6) тривале час очікування прийому і

Одним з важливих чинників, що формують негативні поведінкові установки людини по відношенню до лікувально-профілактичних заходів в стоматології, на думку багатьох авторів, є страх перед болем або неприємні емоційні переживання по приводу лікування в минулому (Kobylynska, 1989).

Ефективність профілактики страху в стоматології залежить від навичок діалогічного спілкування лікаря без термінологічних складних мовних зворотів, шанобливе ставлення до пацієнта незалежно від його віку і соціального статусу, врівноваженості характеру та вміння вислухати хворого, спроби зрозуміти мотиви тривожності пацієнта.

Є групи хворих, що вимагають підвищеної вимоги до психологічної емпатії лікаря,- це діти та підлітки, невротики, а також літні хворі та інваліди.

"Стоматологічне здоров'я" з соціальної позиції прямо та опосередковано впливає на певні галузі професійної діяльності (Військова, педагогічна, акторське мистецтво, політика, бізнес). Здоров'я

як соціальна цінність є важливим фактором при прийомі на роботу. Багато фірм намагаються приймати на роботу співробітника з гарною посмішкою, здоровими зубами. Ігнорування громадянами профілактичних заходів і пізні звернення за стоматологічною допомогою в кращому випадку може привести до зниження їх соціальної активності, неможливості якісного виконання ними професійних обов'язків, в гіршому випадку – до професійної непридатності. У соціальному плані наслідком безвідповідального ставлення до свого здоров'я може стати неможливість створення сім'ї, так як для більшості людей, свідомо чи підсвідомо, вибір партнера пов'язаний з фактором здоров'я, в тому числі і стоматологічного. Не останнє місце в суспільному житті індивіда мають соціально-психологічні фактори, такі як спілкування, соціальна оцінка, статус особистості в групі. Чи не є секретом той факт, що в осіб з відсутніми фронтальними зубами формуються особливості в поведінці: обмеження в спілкуванні, сором'язливість, боязнь насмішок. Відбувається зниження самооцінки особистості і, як наслідок, обмеження можливостей при формуванні лідерських якостей.

На підставі аналізу наукових праць з'ясовано, що важливою умовою встановлення взаєморозуміння між стоматологом та пацієнтом є відчуття підтримки. Якщо хворий усвідомлює, що лікар налаштований допомагати, а не змушувати, то він активніше буде брати участь у процесі лікування. Якщо лікар виявляє розуміння, людина впевнена, що її скарги почуті та зафіксовані лікарем. Повага – це ще одна із особливих умов взаєморозуміння, вона передбачає визнання цінності людини як особистості. Особливо важливо розуміти це під час збору анамнезу. Ключем до встановлення співробітництва з пацієнтом є співчуття. Треба зуміти поставити себе на місце хворого та подивитися на світ його очима. Важливо розуміти та враховувати внутрішню картину захворювання – все, що відчуває та переживає пацієнт (Устименко, 2016).

Є групи хворих, що вимагають підвищеної вимоги до психологічної емпатії лікаря,- це діти та підлітки, невротики, а також літні хворі та інваліди.

Найпоширенішими причинами непродуктивної взаємодії стоматолога і пацієнта є: неправильний початок розмови, недостатнє її структурування, неправильне закінчення бесіди, відсутність уміння говорити влучно, точно й коротко, нездатність активно слухати, незрозуміла манера говоріння, невідповідність умов бесіди оптимальним, нечітка дикція, неврахування інформації про індивідуальність пацієнта, використання узагальнень, регламентування замість мотивування, допущення фраз, що блокують розмову, невикористання фраз, що сприяють розвитку бесіди; невміння лікаря враховувати індивідуальні психологічні особливості пацієнтів, їх внутрішній стан під час хвороби та

ін. Фінансове питання також може стати об'єктивною причиною конфлікту між пацієнтом і лікарем або пацієнтом і адміністрацією стоматологічної поліклініки, якщо на об'єктивну причину впливає суб'єктивний фактор: недомовленість при інформуванні пацієнта про вартість тих чи інших проведених маніпуляцій або відсутність довіри до лікаря в питаннях реальної вартості наданих стоматологічних послуг (Бондаренко, 2004; Устименко, 2016).

Психологічні особливості особливості людей із вродженими та набутими вадами

Інвалід (від лат. *invalidus* – безсилий, хворий) – це людина, нездатна частково або повністю виконувати певні дії в результаті травми, захворювання, вродженого або набутого дефекту (дефект – недолік (від лат.)). При наявності фізичного недоліку психічно особистість може залишатися цілком здоровою. Психічне здоров'я людини обумовлено станом душевного благополуччя, яке характеризується відсутністю хворобливих проявів і забезпечує регуляцію поведінки та діяльності, адекватну умовам навколишнього середовища. Однак, говорячи про повне психічне здоров'я фізично хворої людини, не можна забувати про те, що на будь-який дефект особистість реагує цілісно. Л. С. Виготський писав: «Ми ніколи не отримуємо за методом віднімання психології сліпої дитини, якщо з психології зрячого віднімемо зорове сприйняття і все, що з ним пов'язано. Точно також і глуха дитина – це не є нормальна дитина мінус слух і мова». Повною мірою це твердження можна віднести і до інших видів фізичного дефекту. Процес природного розвитку дитини в умовах фізичної недостатності знаходить якісно інший характер протікання, що призводить, в свою чергу, до формування особистісної своєрідності розвиваючогося суб'єкта. Це своєрідність особистості хворої дитини можна позначити як психологічний компонент інвалідизації (Князева & Корнеева, 2005).

На думку багатьох авторів, розвиток як нормальних, так і аномальних дітей протікає по загальним законам. Саме це лежить в основі концепції детермінації психічного розвитку аномальної особистості. Дана концепція була висунута на противагу біологізаторській теорії, яка стверджувала, що розвиток аномальної дитини протікає по особливим законам. М. Монтесорі писала: «Початок лежить всередині, дитина росте не тому, що вона знаходиться в сприятливих умовах температури, а він росте тому, що закладене в ньому потенційне життя розвивається і проявляється. Тому, що він плідне зерно, з якого зародилося його життя і розвивається, підкоряючись біологічним законам, визначеним спадковістю» (Мамайчук, 2001). Велике значення приділяють соціальній обумовленості розвитку як нормального, так і аномального. «Соціальне,

зокрема педагогічний вплив становить невичерпне джерело формування вищих психічних функцій як в нормі, так і в патології».

При аномальному розвитку особистості при вроджених та набутих вадах виділяють наступні закономірності (Выготский, 1983):

- Функціональна локалізація порушення може бути приватною або загальною.

При приватній у дитини порушується функція мови, слухового або зорового аналізатора і так далі. При загальній спостерігається порушення регуляторних систем організму: рухові, емоційні, інтелектуальні розлади і патологія потягів.

- Характер аномалії залежить від часу впливу на організм шкідливих чинників. Чим раніше сталося ураження, тим важче буде недорозвинення.

- Взаємовідносини первинного і вторинного дефектів має велике значення в розвитку хворої дитини.

Таким чином феномен аномалії функціонування полягає у тому, що на тлі первинного дефекту, що був спричинен біологічним фактором, виникає вторинне порушення. А чим далі вторинний дефект відстоїть від первинного, тим легше він піддається виховному впливу (Выготский, 1983).

Існує чотири бар'єри, які ставить перед людиною інвалідність, розуміння яких може допомогти розуміти особливості профілактики психологічних порушень та покращити процеси соціалізації (Холостова & Дементьева, 2006):

- 1) Фізичне обмеження, або ізоляції інваліда, – це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідуальних недоліків. У цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для інваліда, але також про дружнє або недружнє середовище.

- 2) Трудова сегрегація, або ізоляція інваліда – через свою патологію індивід з обмеженими можливостями має вкрай вузький доступ до робочих місць або не має його зовсім. У ряді випадків інвалід абсолютно не здатний до трудової діяльності, навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях інвалідам представляються (або виявляються доступні) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, що передбачають монотонну, стереотипну працю та невисоку заробітну плату. Таке положення обумовлене не тільки (або не стільки) обмеженістю їх індивідуальних фізичних або інтелектуальних ресурсів, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з особливими потребами. В умовах "дикої" ринкової економіки адаптація робочих місць для таких індивідів розглядається роботодавцями як не вигідна й небажана.

3) Емоційний бар'єр також є двостороннім, він може складатися з непродуктивних емоційних реакцій навколишніх із приводу інваліда – цікавості, глузування, незручності, почуття провини, гіперопіки, страху й таке інше та фруструючих емоцій інваліда: жалість до себе, недоброчливість стосовно навколишніх, очікування гіперопіки, прагнення обвинуватити когось у своєму дефекті, прагнення до ізоляції й таке інше. Подібний комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємин інваліда і його соціального середовища. І сам індивід з обмеженими можливостями, і його найближче оточення гостро мають потребу в тому, щоб емоційний фон їх взаємин був нормалізований.

4) Комунікативний бар'єр, що обумовлений кумуляцією дії всіх перерахованих вище обмежень, що деформують особистість людини. Розлад спілкування, одна з найбільш важких соціальних проблем інвалідів, є наслідком і фізичних обмежень, і емоційної захисної самоізоляції, і випадання із трудового колективу, і дефіциту звичної інформації.

Класифікація інвалідності за результатами медико-соціальної експертизи на I, II і III групи не відображає повною мірою специфічні особливості кожної з груп спільноти інвалідів. Виділяють наступні критерії для класифікації підгруп інвалідності (Краснова, 2011):

- вік придбання інвалідності (спадкова, дитяча, придбана в дорослому чи похилому віці); функціональні порушення (психічні, сенсорні, статодинамічні та т.д.);

- працездатність (непрацездатні, тимчасово непрацездатні або здатні до праці в особливих умовах);

- ступінь мобільності та здатності до самообслуговування і т. ін.

Кожна з цих підгруп має свою медичну та соціально-психологічну специфіку, а сукупність і поєднання різних критеріїв складають індивідуальний досвід інвалідності. Недолік розуміння загального і специфічного в досвіді інвалідності кожної з підгруп є однією з найпоширеніших причин низької результативності реабілітаційних програм (Булюбаш, 2013).

Залежно від ступеня втрати здоров'я дорослим встановлюється одна з трьох груп інвалідності:

I група інвалідності – особа, яка повністю втратила працездатність і вимагає постійної опіки; II група інвалідності – особа здатна до самообслуговування, але не здатна до праці в звичайних виробничих умовах; III група інвалідності встановлюється тим, хто здатен працювати в полегшених умовах.

Людей з особливими потребами поділяють ще й за причиною отримання інвалідності на: інвалідів з дитинства, загального захворювання, праці, війни, армії, Чорнобиля.

Діти-інваліди практично всі вимагають опіки та постійного нагляду, тому їм встановлюється лише одна група інвалідності, але по двох розділах ("А" або "Б").

Розрізняють 5 категорій інвалідів з наступними порушеннями: фізичні недоліки, а саме порушення опорно-рухового апарату; порушення інтелекту і психічні захворювання; порушення функцій слуху (глухі та слабочуючі); порушення функцій зору (сліпі та слабозорі); порушення роботи внутрішніх органів тобто інваліди по "загальному" захворюванню (цукровий діабет, бронхіальна астма, онкохворі та інше) (Холостова & Дементьева, 2006).

Психологічні особливості людей з розладами зору.

Порушення зору впливає на особистість в цілому. Всякий дефект не обмежується ізольованим випаданням функції, а веде до перебудови всієї особистості та дає сили до подальшого життя, визначаючи їх напрямом. І це дійсно так. Л. С. Виготський вважав, що: «Дефект – це не тільки психічна бідність, а й джерело багатства, не тільки слабкість, а й джерело сили». Дефект завдає шкоди всім психічним процесам сліпих людей і веде до важких переживань ними свого дефекту. На цій основі Л. С. Виготський відрізняв в розвитку особистості сліпих і слабобачущих порушення взаємодії з оточуючими як особливість, загальну для аномальних особистостей всіх категорій.

Дефекти зору впливають на процес міжособистісної взаємодії сліпих з іншими людьми. Залежно від часу появи дефекту і його глибини порушується формування життєвої позиції та встановлення дружніх, ділових відносин з оточуючими (Суворов, 1998).

Базовим процесом психічного і соціального розвитку можна вважати процес адаптації. Адаптація – це постійний процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища.

Актуальність проблеми соціально-психологічної адаптації сліпих визначається їх місцем в суспільстві та тією обставиною, що всі сліпі і слабобачучі можуть бути включені в життя суспільства в якості не тільки соціально повноправних, а й творчо активних його членів. Таким чином, адаптація особистості забезпечується індивідуальною регуляцією людини свого поведіння та істотно залежить від сформованості особистісних засобів саморегуляції, що знаходить свій вияв у різного ступеня успішності адаптованості у різних індивідів.

Випадки ефективної, швидкої і успішної адаптації сліпих – це випадки хорошої адаптованості особистості до соціального середовища слід об'єднати в поняття «рівні ефективної адаптації» в зв'язку з переважанням активно-дієвого моменту, який проявляється в домінуванні у особистості, що відноситься до даного рівня, активних творчих,

життєвих і особистісних позицій. Їх життєдіяльність спрямована як на зміну і розвиток зовнішнього середовища, так і на себе.

Слабка адаптація сліпих – це рівень пасивної соціально-психологічної адаптації з подоланням у них пасивних життєвих, особистісних позицій. Пасивна форма адаптації характерна для сліпих, недостатньо пристосованих до самостійного трудового життя в середовищі зрячих (Суворов, 1986).

У сліпих і слабобачущих можуть виникати побоювання по відношенню до людей, які, на їхню думку, відчують неприємні емоції в процесі спілкування з ними. В результаті, сліпі уникають контакту зі зрячими, що призводить до закріплення страху, пов'язаного з повторними контактами і перешкоджає їх адаптації до соціального середовища.

В умовах блокади потреб виникають навязливі стани, механізм яких полягає в перешкоді реалізації важливих особистісних потреб. В результаті з'являються нав'язливі думки, страхи і дії, що призводить до виникнення психічної депривації.

Особливості пацієнтів з вродженими та набутими захворюваннями опорно-рухового апарату

Якщо розглядати людей з вродженими та набутими захворюваннями опорно-рухового апарату, то можна виявити багато спільних рис, що обумовлені ситуацією інвалідності (Романова, Толкачова, 2015):

- обмеження можливості до пересування та самообслуговування; висока потреба в сторонній допомозі для досягнення різних життєвих цілей;
- характер міжособистісної взаємодії, компонентом якої є залежність;
- недоступність навколишнього середовища;
- соціальні стереотипи; складності працевлаштування.

У той же час є суттєві відмінності, що пов'язані з віком інвалідизації та медичними характеристиками захворювання.

Дитяча інвалідність впливає на формування всієї особистості та її життєвого стилю, тоді як для людей, які захворіли в більш пізньому віці, навпаки, часто виявляється проблематичним «вписати» інвалідність у вже сформовану картину світу і уявлення про себе. Також деякі групи інвалідів з дитинства, наприклад внаслідок ДЦП, мають дефекти мови, що в сукупності з обмеженістю соціальних контактів впливає на самооцінку і створює труднощі в міжособистісній взаємодії (Шипицына, Мамайчук, 2001; Нестерова, Лебедева, Васильев, 2009).

Особливостями людей з придбаною інвалідністю опорно-рухового апарату, як і здорові люди, дещо частіше використовують копінг-стратегію «Самоконтроль», хоча копінг-стратегія «Переосмислення

та переоцінка” ситуації сприяють більшій задоволеності життям інвалідів з набутими захворюваннями. У свою чергу, прийняття відповідальності за те, що трапилося і конфронтаційний копінг знижують здатність сприймати життя як процес контрольований і продуктивний.

Люди у яких фізичний недолік з’явився в зрілому періоді життя, зазвичай вказують на переживання втрати старої ідентичності. Це почуття переживають люди які перенесли травму, або ж хірургічне втручання. Нездатність усвідомлювати власне Я, або примушена зміна зовнішності, яку ми звикли пропонувати світу, призводять до глибокого порушення уявлень людини про себе. Бредбури Е. в своїх працях акцентує увагу на процесах горювання, які подібні з переживаннями втрати, що вміщують у собі заперечення, гнів, дистрес, тривогу та депресію. Саме внаслідок зазначених особливостей відбувається процес поступової адаптації (Чухрій, 2017).

У більшості випадків люди з хронічними захворюваннями мають установки на активне вирішення проблеми та контроль над ситуацією, що були сформовані ще до хвороби і характерні для здорових людей, стикаються з тим, що в ситуації інвалідності, слабо піддається об’єктивному контролю та зміні. Отже в такій ситуації дані стратегії не настільки ефективні. Придбана інвалідність в результаті важкого соматичного захворювання, будучи травматичною подією, руйнує звичну картину світу і сформовану структуру особистісних змістів, та потрібен не тільки час, а й значні зусилля для того, щоб відновити цілісність, несуперечність і осмисленість життєвого розуміння (Леонт’єв, 2003; Падун & Котельникова, 2012). Цьому процесу у інвалідів з набутими захворюваннями опорно-рухового апарату сприяє активній участі у спільній діяльності з іншими людьми. як зазначає. Сенс виникає і змінюється завдяки діяльності, в тих реальних відносинах і зв’язках, які вибудовує суб’єкт з об’єктивною дійсністю та проявляє себе через них (Леонт’єв, 2003).

У ситуації придбаної інвалідності, що супроводжується високим стресом і важко піддається контролю, більш ефективними виявляються стратегії, спрямовані на переосмислення ситуації і поділ відповідальності з іншими людьми.

Інвалідів з дитинства частіше справляються з важкими життєвими ситуаціями за допомогою копінг-стратегії «Позитивна переоцінка». У інвалідів на тлі більш низьких, порівняно зі здоровими людьми, показників за шкалами методики «Смисложиттєві орієнтації» показники контролю над своїм життям вищі. При цьому здатність сприймати життя як процес керований істотно вище в групі інвалідів з дитинства, ніж в групі осіб з набутою інвалідністю. З віком ця тенденція для інвалідів з дитинства слабшає, а для людей з набутими захворюваннями, навпаки,

посилюється. Діти з інвалідністю часто ростуть в атмосфері тривожної гіперопіки не тільки з боку батьків, а й соціальних служб. Їх особистість, їх самооцінка, їх життєві домагання, їх структура смислів формуються в тісному взаємозв'язку з їх захворюванням, що часто проявляється в пасивній, рентній установці до життя і оточуючим. Разом з тим чим частіше інваліди з дитинства очікують протекції з боку, тим менше вони задоволені ходом свого життя, і з віком ці тенденції можуть посилюватися. Прагнення до емансипації відбивається в зростаючих показниках за методикою «Смисложиттєві орієнтації», що посилює міжособистісний конфлікт між бажанням протекції та прагненням до незалежності (Романова & Толкачева, 2012).

Молоді люди з вродженими та набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату мають складності в прийнятті власного тілесного образу, і відповідно цілий ряд несприятливих симптомів. У молодих людей з вродженими обмеженнями життєдіяльності утворилася складність у сприйнятті образу тіла, внаслідок несприятливих умов його формування, можна припустити, що образ тіла недорозвинений. Також можливо припустити, що образ тіла може формуватися нецілісний з відсутніми частинами, або ж до компонентного складу образу тіла належать протези та візок, які займають місце відсутніх, або недорозвинених органів. Зазначені особливості вказують на необхідність раннього психотерапевтичного втручання, до того ж, психотерапія потрібна не тільки дітям з порушенням психофізичного розвитку, але й їх батькам. Молоді люди з набутих порушенням функцій опорно-рухового апарату можуть переживати руйнацію тілесного образу, відповідно тривогу, страх, сором та втрату ідентичності, що також потребує особистісної психотерапії (Чухрій, 2017).

Інваліди з дитинства схильні уникати самостійного контролю свого життя, шукати протекції і справлятися з важкими ситуаціями не через їх активну дозвіл, а за допомогою емоційної і когнітивної переоцінки. З віком такий стиль у інвалідів з дитинства негативно відбивається на сприйнятті результативності їх життя.

Особливості пацієнтів з вродженими та набутими слухового апарату

Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості, спричиняє труднощі в формуванні адекватної самооцінки. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати звуки. Соціальна адаптація дітей із вадами слуху часто ускладнюється емоційними та

поведінковими розладами, які формуються як вторинні відхилення через первинний дефект та соціальну депривацію.

Всі ці фактори безумовно впливають на розвиток особистості дитини, який характеризується розвитком здібностей, темпераменту, характеру, вольових якостей, емоцій, мотивів та соціальних установок. Головною метою навчання і виховання осіб з порушенням слуху є повноцінна інтеграція в суспільство, їхня спроможність нарівні з тими, хто несе соціальні навантаження, сприймати інтелектуально-естетичні цінності суспільства, опанувати морально-етичні норми людських взаємин.

Наявність значних об'єктивних проблем у пристосуванні та взаємодії з оточуючим світом спричиняє появу у глухих дітей таких особистісних рис, низька самооцінка та мотивація, недостатня гнучкість, егоцентризм, відсутність внутрішнього контролю, імпульсивність, навіюваність, агресивність. Є помітним загальне бажання дітей з порушеннями слуху бути емоційно залученими до спільної взаємодії з оточуючими, рівень самооцінки не є сталим, він залежить від ситуації, в якій перебуває дитина, також характерною особливістю є емоційна вразливість. Недолік емоційного спілкування позбавляє дитину можливості самостійно орієнтуватися в спрямованості та характері відносин один до одного і може призводити до страху перед спілкуванням. У дітей з порушеннями слуху, в процесі соціалізації необхідно формувати цілий ряд особистісних можливостей, таких як: творчу і пізнавальну активність особистості, високий рівень саморегуляції; набір інтелектуально-особистісних характеристик, які свідчать про ерудицію, культуру особистості, перцептивні властивості особистості, які визначають здатність адекватно сприймати і оцінювати учасників спільної діяльності; навички спілкування; адекватну самооцінку і рівень домагань. Визнання успіхів дитини, спілкування і доброзичливе ставлення до неї з боку дорослих та однолітків сприяє становленню позитивної «Я-концепції», формуванню самооцінки та адекватного оцінювання власних вчинків і досягнень (Федюк & Корчакова, 2015).

Психологічні особливості пацієнтів в офтальмології

Захворювання органа зору, що супроводжуються зниженням зорових функцій, змінюють умови та якість життя людини (Либман, Гальперин, Гришина, Сенкевич, 2002). Такі захворювання, як відшарування сітківки, гемофтальм, тромбоз судин ока, виникають в більшості випадків у молодих працездатних людей, обмежуючи їх соціальну включеність, особисте життя та трудову діяльність. Хвороба і необхідність тривалого лікування в стаціонарі може спровокувати кризу психічного розвитку людини і виникнення психічних новоутворень як нормального, так і

патологічного типу. Останні, в свою чергу, можуть видозмінити весь наявний життєвий, в тому числі і тілесний досвід.

Найбільш сильний вплив на психіку хворого надають хірургічні втручання. Передопераційна підготовка тягне своєрідні та інтенсивні зміни особистісного реагування, характеризується прийняттям рішення згоди на операцію, очікуванням самої операції і результату оперативного втручання. Емоційне напруження, що виникає в передопераційному періоді, негативно впливає практично на всі функції організму, що збільшує ризик розвитку ускладнень, особливо у хворих з супутніми захворюваннями.

У пацієнтів з різким зниженням зорових функцій є емоційно-особистісні особливості, що впливають на їх якість життя (Щуко, Ярославцева, Юрьєва, 2014):

1. Почуття неспокою, самоосуду, прояв дискомфорту в процесі міжособистісної взаємодії, недолік мотивації, втрата життєвої енергії, поява нав'язливих думок.

2. Тривожний тип ставлення до хвороби, що виражається в недовірливості до її несприятливого перебігу, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування.

3. Погіршення якості життя, продовжуючи процес адаптації до нових умов функціонування.

Чим пізніше у пацієнтів виникла втрата зору, тим сильніша пов'язана з цим психологічна травма. Втрата або погіршення зору часто призводять до байдужості не тільки до соціуму, але і до особистісного життя.

За даними досліджень (Французова, Галеева, Габдрахманов, & Карлова, 2015) хворі з первинно вив'яленою глаукомою відчують постійний психологічний стрес, який обумовлений наявністю хронічного соматичного захворювання. Рівень тривоги та депресії незалежно від виду проведеного лікування залишається високим. Показники самопочуття, активності, настрою мають тенденцію до зниження та залежать від тривалості захворювання, що є характерним для пацієнтів з хронічною соматичною патологією. Хворі на хронічні офтальмологічні захворювання звичайно потребують психокорекційних заходів для поліпшення соціальної адаптації пацієнтів, підвищення їх якості життя та комплаєнтности лікування.

Вікові особливості хворих

Вікові особливості людини суттєві при формуванні суб'єктивних відносин до хвороб і становленням певного типу реагування. Відомо, що для кожної вікової групи існує свій реєстр тяжкості захворювання –

своєрідний розподіл захворювань по соціально-психологічній значущості і тяжкості (Менделевич, 2005).

Особливості хвороби дитини. Розвиток та навчання прийнято розглядати як єдині процеси у формуванні психологічного розуміння дитини. Навчання враховує закономірності психічного розвитку дитини та його можливості. Тому для лікаря і клінічного психолога важливим є розуміння закономірностей розвитку психіки дитини, оскільки це не є просто кількісний перехід від одного віку до іншого, а завжди представляє собою якісні зміни. При цьому необхідно аналізувати два параметри: 1) зміна місця, яке він займає в системі людських відносин 2) зміна діяльності в даних конкретних змінах діяльності.

У сучасних дослідженнях прийнято спиратися на таку вікову періодизацію або етапи розвитку людини: новонароджений (1-10 днів); грудної вік (10 днів – 1 рік); раннє дитинство (1-3 роки); перше дитинство (4-7 років); друге дитинство (8-12 років); підлітковий вік (13-16 років); юнацький вік (17-21 рік); зрілий вік (перший період: 22-35 років – чоловіки, 21-35 років – жінки; другий період: 36-60 років-чоловіки, 36-55 років – жінки); похилий вік (61-74 роки – чоловіки, 56-74 роки – жінки); старечий вік (75-90 років – чоловіки і жінки); довгожителі (90 років і старше).

Однак, психічний розвиток людини індивідуально, воно умовно, і насилу може укладатися в жорсткі рамки періодизації, тому доцільніше виділити кілька основних періодів психічного розвитку і на основі їх розглядати таке поняття як вікова криза.

1. Дитинство, включаючи дитинство (0 – 7 року)
2. Шкільний вік (7 – 16 років)
3. Юність (16 -20 років)
4. Молодість (20-30 років)
5. Дорослість (30 -60 років)
6. Літній вік і старість (60 років та більше).

Психологічні кризи – особливі, відносно короткі за часом (до року) періодів онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами. Для них характерні: 1) стертість меж початку та закінчення; 2) різке загострення в середині віку; 3) відносна складність виховання дітей у порівнянні з періодом стабільного розвитку; 4) негативний, руйнівний характер (Менделевич, 2005).

Будь-яка криза – це внутрішнє протиріччя між "хочу" і "можу". Тобто, з одного боку, багато бажань дитини не відповідають її реальним можливостям (внутрішній конфлікт), а з іншого боку, вона стикається з постійною опікою дорослих (зовнішній конфлікт). Відповідно – дитина відчайдушно чинить опір такій опіці та прагне сама приймати рішення.

Для дітей, підлітків і молоді найважливіше в психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, роблячи його непривабливим. Це пов'язано з системою цінностей, пріоритетів, що використовують люди, для того, щоб максимально забезпечити задоволеність однієї з головних потреб – «задоволеність власною зовнішністю». Таким чином, найбільш важкі психологічні реакції можуть викликати захворювання, не пов'язані з медичною точкою зрізу. До них відносяться будь-які хвороби, що змінюють зовнішність (кожні, алергічні), травми, що призводять до каліцтва та операції (опіки). У підлітковому віці особливо виражені психологічні реакції на тілесні зміни, особливо на шкірі обличчя фурункулів, висипів. Яскравим прикладом відбиття психологічної значущості зовнішнього вигляду для підлітка є їж виреженість психологічних реакції на зовнішню непривабливість, пов'язану з хворобами. Дисморфоманічний синдром – це хибна впевненість людини (часті дівчата) в наявності у його потворності, дефектів будови тіла. Хибна впевненість, як правило, поширюється на оцінку повноти або диспропорцій тіла. Найбільше дівчата-підлітки вважають, що вони привертають до себе увагу та люди навіть «сміються» в зв'язку з їх повнотою. Це змушує дівчаток на пошук способів схуднення. Вони починають дотримуватися дієт, голодують, займаються фізичними вправами. Мова йде про ті випадки, коли фактично за медичними критеріями у них нема проблем з вагою. Деякі пацієнти можуть бути впевнені в тому, що у них «потворне обличчя, на яке всі звертають увагу», потворна будова носа, очей, вух, ніг або рук, та активно добиваються хірургічної корекції мнимого дефекту.

В основі бурних та інколи хворобливих переживань соматичних змін організму підлітка лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням полової зрілості. Окрім формування вторинних статевих ознак у підлітків відзначається зміна пропорцій тіла. Рухи при цьому стають вугловаті та незграбні. Часто за бурхливим ростом тіла (різке збільшення мишачого масиву і росту) не встигають внутрішні органи, що приводить до розвитку цілої низки функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи (Менделевич, 2005).

Отож собливості роботи з дітьми визначаються особливостями їх психіки. Вони характеризуються більшою вразливістю, ранимістю в разі несприятливого впливу зовнішнього середовища, недостатньо розвиненою критикою по відношенню до себе та життя. Якщо дитину раніше лякали лікарями або медичними маніпуляціями, то вони можуть викликати хворобливі фантазії про те, що хвороба і всі неприємні впливи, викликані нею, – є для них покарання, за їх провину. Більше батьків перші визначають, що у їх дитини є захворювання: він менше грає, стає менш активним і більш замкнутим, більш капризним, погано їсть. Реакція у

дітей на зовнішнє подразнення, особливо на біль, відрізняється від реакції дорослих. Тому медичні працівники повинні з відповідальністю та розумінням підходити до медичної маніпуляції з дитячим організмом, що можуть викликати біль. Лікар повинен пам'ятати, що якщо дитина один раз відчує неприємні відчуття від маніпуляцій, то у подальшому буде відноситися зі страхом та побоюванням до медичних закладів. Необхідно використовувати підвищену сугестивність дитини, говорити з ним спокійно і впевнено, уміло шуткувати, відволікти від неприємних відчуттів.

Медичним працівникам стаціонарних педіатричних відділень не слід забувати про те, що більшість дітей важко переносять розлуку з батьками. При розтаванні з матір'ю не слід обманювати дитину, а медична сестра повинна деякий час приділити увагу дитині, порозмовляти з нею, почитати книгу, одразу після того, як мати покине відділення.

Гостре потрясіння при госпіталізації у дітей можна розбити на три стадії (Полин, 2016):

1) Перша – протест проти всього, що проявляється в постійному занепокоєнні, плачу, збудженні.

2) Друга – відчай, який розвивається у дитини, коли вона втрачає надію на зміни свого стану на краще, що може призвести до депресивного стану.

3) Третью стадію можна назвати звикненням, адаптацією: дитина перестає бути занепокоєною, починає цікавитися навколишнім середовищем, може потоваришувати з медичною сестрою та сусідами по палаті.

Реакція психіки може бути різного ступеня вираженості, може приводити і до розладів механізмів адаптації, і проявлятися депресивним станом, частими безпричинними сльозами. Майже завжди приєднуються порушення фізіологічних потреб: сну, апетиту, сечовиділення, дефекації та інш. Такі порушення можуть привести до сорому та створює проблеми для відвертого спілкування з лікарем. Задача лікаря – зруйнувати цей психологічний бар'єр. У спілкуванні лікар зобов'язаний пам'ятати, що хворій дитині важче, а маленькому майже неможливо себе контролювати. Коли це зробити вдалося, полегшуються подальші роз'яснення необхідних медичних впливів і маніпуляцій. Це особливо важливо, якщо мова йде про хірургічне втручання. Так, наприклад, старшим дітям стає легше щонайменше пояснювати, а молодших простіше умовити, переконати, що їх не чекає нічого страшного, вони стають більш відкритими і доступними для контакту (Полин, 2016).

Не варто забувати і про батьків госпіталізованих дітей. Робота педіатра з батьками повинна враховувати два основних аспекти: батьки переживають не менше дитини і потребують адекватного заспокоєння,

воно буде ефективніше, якщо лікар не буде чекати, поки схвильовані батьки засиплють його питаннями, часом не по суті, а при госпіталізації і в подальшому з певною періодичністю проводитиме з ними коротку роз'яснювальну роботу. У цьому випадку батьки будуть просто спокійно чекати чергового побачення з лікарем в призначений їм час, а не прориватися до нього в позаурочний час, порушуючи при цьому санітарно-епідеміологічний режим і розпорядок роботи відділення. Другим важливим аспектом є вплив настрою батьків на настрій дитини. Мати або батько, задоволені продуктивною бесідою з лікарем, нададуть найкращий психотерапевтичний вплив на дитину. Поведінка батьків під час хвороби дитини багато в чому залежить від ставлення до нього, що передусє досвіду спілкування з педіатром (Полин, 2016).

Доцільно зупинитися на реакції психіки дитини і батьків на гостре і хронічне захворювання. Гостре захворювання легкого характеру, переноситься в звичній домашній обстановці, рідко призводить до особливого неспокою. Найважче психологічна реакція у хронічних хворих, особливо якщо захворювання важке, тривало протікає і (або) невиліковне. Важливе значення має і той факт, чи є захворювання вродженим, прогресуючим згодом або придбанним. Важкі невиліковні захворювання дітей часто викликають бурхливу емоційну реакцію у батьків. Вони можуть необгрунтовано звинувачувати лікарів у неправильному лікуванні, ходити від одного лікаря до іншого в надії на нові методи лікування, займатися самолікуванням або навіть звертатися до екстрасенсів і знахарів. У батьків може розвинути почуття провини, вони починають займатися самобичуванням або взаємними звинуваченнями, що робить негативний вплив на обстановку в сім'ї в цілому в той момент, коли, навпаки, всі члени сім'ї повинні згуртуватися в боротьбі з недугою і допомагати один одному. Медичні працівники повинні допомогти батькам усвідомити факт важкої хвороби їхньої дитини і їх можливості в боротьбі з ним. Ще важливіше допомогти дитині пристосуватися до нових умов існування в зв'язку з настала хворобою (Полин, 2016).

Часто хворіючі діти (ЧХД) – одна з найбільш актуальних і поки не вирішених проблем сучасної педіатрії, що переросла в соціально-значиму проблему, погіршує психологічний статус дитини, знижує загальний стан здоров'я дітей (Мамаєва, 2014). У таких дітей частіше виявляються хронічні захворювання ЛОР-органів і бронхолегеневої системи, важче протікають алергічні захворювання (бронхіальна астма), вони схильні і до функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту. У структурі захворювань, які часто хворіють найбільш значними є захворювання ЛОР-органів (від 32% до 87,3%), органів травлення (від 20% до 25%), опорно-рухового апарату (від 18,3% до 28,7%) і хвороби нервової системи

(неврози – 23%, астенічний синдром – 16,4%, мала мозкова дисфункція – 9,8%, невротичні реакції – 6,5%).

Їм властиві виражена тривожність, боязкість, невпевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (перш за все від думки матері). Вони можуть довго бути зайняті однією і тією ж іграшкою, обходячись без спілкування з іншими дітьми, проте їм необхідна присутність поруч матері, від якої вони не відходять ні на крок. Погане самопочуття, обмеження рухів, важке і тривале лікування призводять до розвитку емоційного занепокоєння, порушення сну, високої тривожності, депресивних і регресивних реакцій.

З точки зору суб'єктивної картини хвороби, для часто хворіючих дітей характерно амбівалентне (біполярне) ставлення до неї. Так, більшість дітей розуміє, що хвороба їм заважає: не можна ходити в гості, на вулицю, потрібно лікуватися, приймати ліки, іноді навіть можна потрапити до лікарні. Але на підсвідомому рівні хвороба для них більш приваблива, ніж здоров'я: вона «вигідна» дитині, тому що дає йому можливість наблизитися до матері, отримати деяку емоційну підтримку у вигляді турботи і уваги. Основна частина часто хворіють дітей вважає, що під час хвороби їх будуть шкодувати, більше звертати увагу і піклуватися про них.

Для хворої дитини старшого дошкільного віку характерні зміни у ставленні провідного виду діяльності – сюжетно-рольової гри, що робить украй негативний вплив на освоєння дитиною власного внутрішнього світу, заважає психологічній боротьби дитини з ситуацією хвороби. Якщо говорити про поведінку, то воно змінюється, часто стає «важким» для оточуючих його дорослих. Ситуація хвороби, будучи важкої психічної травмою, може не тільки активізувати його компенсаторний потенціал психіки, але і руйнівно впливати на неї.

Для часто хворіючих дітей характерно приписування собі негативних емоцій, таких як горе, страх, гнів і відчуття провини. Крім того, яскраво виражена тривожність, невпевненість в собі, залежність від чужої думки. У хворої дитини формується негативне уявлення про власної особистості, наголошується нестійка оцінка хвороби, наростання песимізму та депресивності, змінюється ієрархія мотивів, знижується їх спонукальна сила. Зміна соціальної ситуації розвитку призводить до затримки розвитку особистості – інфантилізму (Романцов, Силаев, & Мельникова, 2016).

Профілактика зниження частоти захворюваності можлива тільки при систематичній і комплексній реабілітації, оздоровлення з застосуванням медикаментозних засобів, лікувальної фізкультури та методів фізіотерапевтичного та психологічного впливу на тлі індивідуального підходу до оздоровлення часто хворіючої дитини з урахуванням

етіологічних і патогенетичних механізмів захворювання, а також факторів зовнішнього оточення (Романцов, Силаев, & Мельникова, 2016).

Особливості зрілого віку. У зрілому віці основною психологічною проблемою стає ідентичність, самовираження та прийняття себе (тобто об'єктивізація особистості). Частіше за інших ідентифікація зрілого віку ґрунтується на ідентифікації в області професійної діяльності, досягнень і статусу, а трудова діяльність виступає в якості умови і форми прояву зрілості. Описано чотири типи ідентифікації в професії (Абульханова-Славская, 1980):

I тип – ідентифікація відбувається через вибір професії, що максимально відповідає, близькою до характеристик особистості (наприклад, якщо особистість схильна до ризику, то вибирається фах, пов'язана з роботою в важких умовах, ризикуючи життям).

II тип – ідентифікація з професією така, що вона дає можливість руху особистості в професії, по щаблях службової драбини і сходами майстерності.

III тип ідентифікації, при якому рух в професії здійснюється через розгортання, розвиток і вдосконалення якостей і здібностей особистості. Якщо в момент вибору професії здатності перебували в потенційному стані, то професія актуалізує їх і тим самим відкриває перспективу розвитку особистості.

IV тип ідентифікації, для якого збіг з професією зумовлено не тільки готівкою здібностями, але і творчою активністю особистості в цілому.

Криза середнього віку може виникнути в разі істотної розбіжності при звір'янні наявної ситуації до віку, коли людина очікує «пожинати плоди», з ідеальним, малювати йому в юності. Неузгодженість в сфері професійної ідентичності, що включає незадоволення успішністю кар'єри, сформованим авторитетом, рівнем матеріального благополуччя, є лише одним із значущих неузгодженостей важливіших для чоловіка, ніж для жінки.

Другою сферою виступає сімейне життя, в якій криза може викликати незадоволення сімейним статусом, вибором партнера і друзів, відносинами з близькими, добробутом сім'ї та ін. Третя сфера, по якій відбувається процес звірення ідеалу та реальності, – це сфера особистісного зростання, що включає задоволеність собою – самоактуалізацію. Людина середніх років схильний аналізувати затребуваність себе для суспільства, ступінь розкриття в процесі життя своїх потенційних можливостей і здібностей (Менделевич, 2005).

Особливості старечого віку. З віком відбуваються суттєві функціональні і структурні зміни організму, що мають індивідуальні відмінності. Старовинна французька прислів'я – «Кожен старіє так, як він жив» – намічає лише одну з тенденцій, властивих літньому і похилому

віку. Процес старіння визначається співвідношенням між низкою внутрішніх і зовнішніх чинників. До внутрішніх факторів належать особливості організації хромосом і реалізації закладеного генотипу, своєрідність обміну речовин, нейроендокринної регуляції, що забезпечує активність, перш за все, головного мозку, серцево-судинної і дихальної систем, стійкість імунологічного статусу. Ці внутрішні чинники сприяють найбільш успішної вікової адаптації організму до мінливих умов життя. До зовнішніх чинників належить спосіб життя, фізична активність, характер харчування, шкідливі звички, схильність хворобам, стреси.

Головна психологічна проблема літніх людей – пошук сенсу прожитих років. У період 60-70 років відкривається перспектива поглянути на минуле життя. Схильність ділитися спогадами відображає пошук сенсу пережитого і прагнення отримати від молодих підтвердження того, що життя прожите не дарма. Головне, щоб у літньої людини було відчуття щастя і задоволення від життя, тоді старість буде приємною порою.

Основними стресами людей похилого та старшого віку можна вважати відсутність чіткого життєвого ритму; звуження сфери спілкування; відхід від активної трудової діяльності; погляд людини в себе. Найбільш сильним стресом в старості є самотність. Найпотужніший стресовий фактор – це смерть близької людини. Перенести її вдається не кожному. Уміння перенести смерть близької людини підтримується дотриманням правил і ритуалів побудови відносин з оточуючими. Саме вони повинні допомогти людині пережити гіркоту втрати. Якщо ж людина замикається в своїх сумних переживаннях, зовні виявляючи їх в похмурій пригніченості, це призводить до того, що він хворіє сам, підтримуючи в собі стан стресу, і раниць навколишніх людей. Не менш стресовим фактором є думка літньої людини про свою власну смерть. Його лякає невідоме, небажання залишати своїх близьких улюблених людей. Люди похилого віку частіше говорять про свою смерть, частіше, ніж молоді. У них з'являється більше часу для роздумів, вони можуть оцінити своє життя з висоти своїх років.

Однак більш істотним в старості виявляються психологічні аспекти, що відображають усвідомлення самотності як нерозуміння і байдужості з боку оточуючих. Припинення трудової діяльності обумовлює підвищення тривожності, погіршення самопочуття і певне падіння соціального престижу. Якщо літня людина, вийшовши на пенсію, не налагодить нового терени для застосування своїх сил, то відбувається поступове звуження кола інтересів, зосередження на своєму внутрішньому світі, зниження здатності до спілкування; все це призводить до емоційного кризи. Саме в цьому віці відбувається втрата друзів і рідних. Ідуть з життя старі друзі, діти починають жити своїм життям, часто окремо від літніх

батьків. Всі ці моменти можуть приректи людину похилого віку на самотність.

Виділяється кілька основних «життєвих позицій» літніх людей (Висьневська-Рошковська, 1989):

1. «Конструктивна» позиція. Люди з такою орієнтацією все життя були спокійними і задоволеними. Вони позитивно ставляться до життя, здатні змиритися з наближення смертю, активні і налаштовані на надання допомоги іншим. З старості трагедії не роблять, шукають розваг і контактів з людьми.

2. «Залежна» позиція властива літнім людям, які все життя не цілком довіряли собі, були слабівільним, пасивними. Старіючи, вони ще з більшим зусиллям шукають допомоги, визнання, не отримуючи яке відчують себе нещасними.

3. «Захисна» позиція формується у людей з підвищеними механізмами до опору. Вони не прагнуть до зближення з людьми, не бажають отримувати від оточуючих допомоги, тримаються замкнуто, відгороджуючись від людей, приховуючи власні почуття. Старість сприймається ними з обуренням і ненавистю.

4. Позиція «ворожості до світу». Це «гнівні старики», схильні звинувачувати оточуючих і суспільство у всіх невдачах, які вони зазнали в житті. Такі люди підозрілі, агресивні, нікому не вірять, не хочуть від когонебудь залежати, відчують відразу до старості, намагаються триматися за роботу.

5. Позиція «ворожості до себе і свого життя» виражається в пасивності, зникнення інтересів і ініціативи. Такі люди схильні до зниженого настрою і фаталізму, відчують себе самотніми і не лагідними. Своє життя вони вважають невдалим, до смерті ставляться безболісно, як до позбавлення від існування.

В цілому, коло інтересів у міру старіння значно звужується і поступово людина схильна концентрувати свою увагу лише на себе і власні потреби (егоцентризм). В силу цього, специфічним психічним відхиленням літніх людей виступає «марення збитку (обкрадання, псування)» (спостереження представлено у вигляді витягів з листа пацієнтки (Менделевич, 2005).

Рекомендована література

1. Габрель, Р. Т., & Маркова, М. В. (2013). Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів у контексті психосексуальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари. *Міжнародний неврологічний журнал*, (6), 147–151.

2. Гойда, Н. Г., & Єщенко, О. Г. (2016). Гендерні аспекти у державній політиці протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні. *Український медичний часопис*, (4), 1–4.
3. Голубовська, О. А., Кондратюк, Л. О. (2011). Позапечінкові прояви хронічного гепатиту С та їх вплив на особливості перебігу захворювання та лікування. *Сучасні Інфекції*, (1), 96–103.
4. Коваленко, В. М., & Корнацький, В. М. (Eds.). (2015). *Стрес і хвороби системи кровообігу* : посіб. Київ.
5. Коломаченко, В. И., Кривобок, В. И., Фесенко, В. С. (2010). Передопераційна та післяопераційна тривожність в ортопедичних пацієнтів: кореляція з біохімічними стрес-маркерами. *Український вісник психоневрології*, 18(2), 52–56.
6. Махмудова, М. С., Саипова, М. Н. (2016). Распространенность тревожно-деперсивных расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца и нарушения ритма. *Archive of Internal Medicine*, 6 (1s), 1–136.
7. Мельник, В. М., Приходько, А. М., Ареф'єва, Л. В. (2012). Історія виникнення і розвитку хіміорезистентного туберкульозу. *Український пульмонологічний журнал*, (2), 59–61.
8. Москаль, О. М. (2017). Психологічний статус хворих при гепатогенних виразкових ураженнях шлунково-дванадцятипалокишкової ділянки травного тракту. *Науковий вісник Ужгородського університету, Серія «Медицина»*, (1), 62–67.
9. Федюк, Т. М., & Корчакова, Н. В. (2015). Особливості розвитку самооцінки у процесі соціалізації дітей з вадами слуху. *Збірник наукових праць РДГУ. Психологія: Реальність і Перспективи*, (4), 264–267.
10. Фещенко, Ю. І. (2015). Бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень: перспективна глобальна стратегія ведення, новітні методи діагностики, сучасні підходи до терапії. *Астма Та Алергія*, (4), 38–42.
11. Чемич, М. Д., Чайка, І. С., Чемич, О. М., Ільїна, Н. І. (2016). Когнітивні та психологічні порушення у хворих на хронічні вірусні гепатити В і С. *Гепатологія*, (3), 43–50.
12. Чопей, К. І. (2011). Психологічні особливості у хворих на неспецифічний виразковий коліт. *Науковий вісник Ужгородського університету, Серія «Медицина»*, (40), 190–194.
13. Чухрій, І. В. (2017). Особливості Розвитку Образу Тіла У Осіб З Порушенням Функцій Опорно-Рухового Апарату. *Психологічний часопис*, (5), 163–174.

ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

Перинатологія (грецьк. *peri* – навколо, біля; лат. *natus* – народження; *logos* – наука, вчення) вивчає всі процеси, що супроводжують народження і мають стосунок до нього.

Традиційно перинатальним вважають період від 28-го тижня внутрішньоутробного розвитку плоду аж до сьомої доби після народження немовляти.

Психологічні проблеми вагітності

Апріорі стан вагітності не потребує лікування, але часто супроводжується кризовими для жінки явищами. Серед типових психологічних проблем цього періоду можна виділити три наймасштабніші:

- трансформація сексуально-соціальних відносин;
- стрес пологів;
- післяпологова криза материнства.

Ці проблеми створюють кризову ситуацію для адаптації і можуть провокувати психічні (частіше невротичні) розлади.

Перший триместр вагітності ще називають докомунікативним, оскільки він передує першому ворухінню плода.

Серйозним випробуванням для жінки може стати уже сама ситуація повідомлення про факт настання вагітності, особливо якщо вона виявляється небажаною або незапланованою. В результаті, незапланована вагітність закінчується передчасними пологами у вісім разів частіше ніж планована, зокрема і тому, що психогенно обумовлені спазми мускулатури можуть провокувати передчасне переривання вагітності.

Emerson W. R. (2005) запропонував термін травматичне зачаття – це ситуація, коли жінка не готова стати матір'ю, але погоджується завагітніти (або залишити випадкову вагітність), поступившись наполегливим проханням, наприклад, нелюбого чоловіка чи своєї авторитарної матері, яка мріє про онука. Іноді жінки приймають рішення про вагітність бажаючи врятувати невдалий шлюб чи компенсувати самотність. Це може вирішувати певні поточні проблеми, але згодом створює ґрунт для невротичних конфліктів. Описана навіть істерична вагітність у демонстративних особистостей, коли підсвідомо імітуються зовнішні ознаки вагітності без розвитку плоду. Такою є відповідь психіки на ситуацію неможливості народження дитини в умовах впливу потужного інстинктивно підкріпленого прагнення материнства.

У відповідь на утворення зиготи та початок імплантації бластоциту до ендометрію в центральній нервовій системі жінки утворюється гестаційна домінанта – стійкий осередок збудження, що володіє

підвищеною чутливістю до пов'язаних із вагітністю подразників. Ця домінанта чинить гальмівний вплив на альтернативні центри активності, забезпечуючи пріоритетність реакцій організму, спрямованих на створення оптимальних умов розвитку ембріону.

У рухах та мові жінки поступово з'являється деяка загальмованість, підвищується потреба у сні. Подібні зміни носять адаптивний характер: знижують активність (у тому числі сексуальну), збільшують час відпочинку, обмежують контакти із зовнішнім середовищем, що зменшує ризики шкідливого впливу на вагітність.

Фізіологічні зміни жіночого організму в першому триместрі вагітності проявляються зниженням збудливості кори головного мозку та відносним підвищенням збудливості підкіркових утворень. Це проявляється, зокрема, підвищенням чутливості до запахів: непереносимістю деяких ароматів і навпаки, потягом до інших, часто екстравагантних. Можуть з'явитись смакові примхи, імперативне прагнення до споживання чогось гострого, кислого чи солоного, або ж якогось певного продукту.

Відображенням гормональних трансформацій вагітної жінки є посилення пігментації сосків, збільшення молочних залоз, іноді поява молозива. На шкірі живота можуть з'явитись розтяжки вагітних (gravidarum).

На фоні таких метаморфоз, головним завданням майбутньої мами у першому триместрі вагітності є усвідомлення вагітності – рефлексивне сприйняття свого нового образу і виділення у своєму суб'єктивному світі місця для дитини. Цей процес іноді супроводжується формуванням внутрішньоособистісного конфлікту, коли народження дитини лишається все таким же бажаним, але паралельно можуть виникнути тривожні переживання. Найчастіше, жінки страждають через страх втрати сексапільності, зокрема, поширені естетичні страхи: побоювання непривабливих змін обличчя і фігури, сумніви в тому, чи повернеться згодом колишня фізична форма.

Виникає схизматичне сприйняття вагітності: дитина і вагітність існують ніби окремо. Визнати небажання мати дитину дуже важко з огляду на соціальні установки, захисні механізми не дозволяють навіть допускати у свідомість таку думку. Але негативно ставитися до свого тіла можна, адже і без вагітності люди часто не задоволені ним. Процес гармонізації життєдіяльності двох організмів може супроводжуватись появою у вагітної жінки гіперсаливації, ранкової нудоти (misomer). Психологічний зміст нудоти у багатьох випадках пояснюється несвідомим бажанням позбутися плоду, відразу до "чужого в лоні". За таких умов, досягнення гармонії у ставленні до вагітності можливе тільки через цілісне прийняття жінкою своєї тілесності з подальшою послідовною

ідентифікацією та наступним відділенням дитини від материнського організму.

Іноді, відірваність майбутньої мами від активного життя може сприяти розвитку тривоги, обумовленої різкою трансформацією звичних стереотипів соціальної поведінки. На цьому тлі, очікування майбутнього материнства породжує підвищені вимоги до себе, прагнення досягнути ідеалу і стати зразковою мамою. Оцінюючи перспективи, жінка може сумніватись у власній здатності належно піклуватися про малюка, що також є джерелом тривоги. Свою роль може зіграти і негативний чужий досвід, наприклад, якщо більш досвідчена подруга живописала в деталях "жахи" своїх пологів і вельми клопітливе життя молодої мами. Очікування неминучих змін, які відбудуться в сім'ї після народження малюка, також є джерелом тривог. Всього, за спостереженнями лікарів, близько третини всіх жінок відчують тривогу в період вагітності.

Тривожність – риса особистості, що проявляється сприйняттям об'єктивно безпечних обставин як таких, що несуть у собі загрозу.

Деяке підвищення рівня тривожності є цілком фізіологічним під час вагітності. Завдяки цьому жінки стають більш відповідальними, обережними, дбайливіше ставляться до свого здоров'я. Тому перинатальний психолог не повинен прагнути повністю тамувати їх тривогу. Ознаками нормальної тривоги є її адекватність обставинам та зниження при вирішенні загрозливої ситуації. Патологічний характер емоційного реагування діагностують у випадку невідповідності інтенсивності та особливостей тривоги об'єкту, який її викликав, коли вона перестає грати адаптивну роль.

Переживання, пов'язані з очікуванням конкретної небезпеки, називаються епікритичною тривоگوю (грецьк. ері – префікс, що означає послідовність за чим-небудь; pathos – змінений стан, страждання). Вона може бути цілком виправданою і зрозумілою.

При протопатичній тривозі (грецьк. protos – первинний; pathos – змінений стан, страждання) предмет побоювань лишається невизначеним. Жінка не може уточнити, яких саме неприємностей вона очікує. Така тривога спонукає жінку самотійно шукати джерело "прихованої" небезпеки, що часто формує іпохондричну, чи навіть паранойяльну налаштованість.

Поява конкретизованих страхів прогностично є більш сприятливою, порівняно із протопатичною тривоگوю. Знайшовши те, чого слід боятися, психіка жінки робить перший крок до адаптації. Наступний крок – розширення уявлень про небезпеку і конкретні дії щодо подолання тривоги. Значно гірше, якщо розвиваються фобії – нав'язливі (обсесивні) страхи, безглуздість котрих вагітна жінка розуміє, але не в змозі протистояти їм. Єдиним виходом стає постійне уникання проблемної

ситуації. Це може вторинно спричинити розвиток невротичних розладів, вегетативний супровід яких часто полягає у нудоті та блюванні, що помилково ідентифікуються як токсикоз вагітних.

Другий триместр вагітності характеризується стабілізацією емоційного фону жінки завдяки адаптації до нового способу життя і перебудові самосвідомості, в яку поступово інтегрується образ дитини.

Для формування прихильного ставлення до дитини дуже важливим є інтроцептивне відчуття першого ворухіння, що викликає у майбутньої мами почуття «спорідненості» з власною дитиною. З моменту відчуття рухів плода починається так званий комунікативний період вагітності – «спільне буття» матері та плоду. На певному етапі материнське лоно стає замалим для плоду і з'являються перешкоди рухам, обмеження волі. З цього моменту починається «спільна діяльність» матері та дитини. Мама відчуває рухи дитини і дає їй зворотний зв'язок, спочатку за допомогою гуморальної регуляції (негативно або позитивно), а потім досліджуючи тіло дитини у власній утробі шляхом дотиків і погладжуваль.

Комунікативні механізми мають не тільки біохімічну природу, але і багато в чому залежать від психологічної налаштованості матері. Одна майбутня мама, відчуваючи надмірні рухи у власному лоні, інтерпретує їх словами «хуліганить», «бешкетує» і надягає бандаж, а інша трактує сильні поштовхи як «йому не вистачає повітря, він хоче погуляти» – і йде на свіже повітря.

Брак комунікації на цьому етапі справляє травматичний вплив на пренейта (ще не народжену дитину), лишаячи його "непочутим і незрозумілим" у своїх потребах. Тому надзвичайно важливим є розвиток навичок комунікації саме на цьому етапі, зокрема, завдяки просвітницькій роботі з вагітними жінками. Доцільно пояснювати їм, що у дитини в другому триместрі вагітності уже добре розвинені слух та тактильна чутливість, і з цим потрібно рахуватися. Ні в якому разі не потрібно перевантажувати сенсорні канали пренейта, однак обов'язково потрібно їх стимулювати подразниками помірної сили: розмовами, погладженнями через черевну стінку.

Гаптономія (грецьк. *hapsis* – дотик) – навички емоційного і тактильного спілкування батьків із дитиною до пологів та одразу після них. Майбутніх батьків досить швидко можна навчити елементарним прийомам, що дозволяють налагодити комунікацію із дитиною. Залучення батька до «сеансу зв'язку» з пренейтом дозволяє особливо ефективно гармонізувати подружні стосунки. Подібна тактика знижує тривогу жінки, підвищує її впевненість у собі.

На завершальному, третьому триместрі вагітності, можливе формування фізіологічно обумовленої дратівливості, зниженої толерантності до фрустрації. Емоційний стан характеризується

вираженими коливаннями від радісних переживань, пов'язаних із очікуванням майбутнього материнства, до тривожно-депресивних сумнівів у сприятливому результаті пологів. У пам'яті жінок актуалізуються невирішені конфлікти минулого, старі образи, формуються завищені вимоги по відношенню до чоловіка та інших близьких людей.

Одним із частих проявів є «симптом гніздування» – бажання створити затишне і безпечне місце для себе і дитини, відремонтувати житло, змінити помешкання на більш просторе. Іноді ця тенденція проявляється і раніше третього триместру, але найчастіше посилюється після 30 тижнів вагітності.

В цей час можуть загострюватися різноманітні тривожні очікування наслідків народження дитини: від матеріальних та побутових складнощів до кризи сімейних стосунків, краху професійної кар'єри та власної безпорадності у ролі матері. Актуалізуються переживання щодо власної сексуальної непривабливості, іноді виникають ідеї дисморфоманічного змісту. Особливої актуальності набувають страхи, пов'язані з майбутніми пологами: очікування болю, відчуття безпорадності, страх смерті та пологових ускладнень.

Якщо жінка не отримує бажаного емоційного відгуку від найближчого оточення, у неї поступово наростає тривога за майбутнє. У такому випадку, відносини з чоловіком стають холодними, конфліктними, а очікування пологів супроводжується психогенно обумовленою тривожно-фобічною симптоматикою із численними вегетативними проявами. Така жінка починає скаржитись, що вагітність їй набридла, прагне її якнайшвидшого закінчення.

Одним із патологічних поведінкових феноменів цього етапу вагітності є синдром грубого поводження з плодом – раптові прояви агресії, у тому числі прямий фізичний вплив на плід (удари по передній черевній стінці) з боку вагітних жінок. Така поведінка, як правило, не пов'язана напряду із навмисною провокацією абортів і може відзначатися у жінок із бажаною вагітністю.

Психологічні аспекти пологів

Уже за кілька днів перед початком пологів організм майбутньої мами починає готуватись до очікуваного випробування стресом: у крові зростає рівень адреналіну та норадреналіну. Пріоритетною психотерапевтичною метою у цей час є налаштування жінки на співпрацю з лікарями, досягнення її усвідомленої активної участі в процесі народження дитини. Дуже важливо усунути негативні емоційні реакції та створити позитивний емоційний фон очікування материнства. Також, потрібно переконати жінку щодо фізіологічності її відчуттів, вселити

впевненість у тому, що вона перебуває у безпеці під наглядом кваліфікованого медичного персоналу.

Перший період пологів

У жінок, які народжують первістка, з моменту появи перших ознак пологів до народження плаценти, проходить приблизно 15-20 годин. При повторних пологах цей проміжок часу може бути меншим на третину чи навіть удвічі. Жінка не повинна у цей час відчувати себе самотньою, тому цілком виправданою і природною є практика партнерських пологів. Рідна, уважна і чуйна людина, що знаходиться постійно поруч із дружиною в цей час, може дуже допомогти їй успішно впоратися з усіма труднощами під час виснажливого, повного тривоги очікування.

З початком перейм, у перервах між м'язовими скороченнями організму вагітної необхідно розслабитися і відновити сили за допомогою прийомів релаксації, відпрацьованих у процесі допологової підготовки. Тут їй знову може знадобитись допомога чоловіка, адже із лікарем та акушеркою іноді немає на стільки довірливих відносин, або вони можуть бути зайняті іншими справами.

На фоні зростаючого напруження, оптимізм і наснага, властиві жінці на початку пологової діяльності, стрімко вичерпуються, а на зміну їм приходить відчуття самотності та тривога. В цій ситуації присутність поруч чоловіка може бути доречною, аби походити з дружиною по коридору, доки перейми ще не стали надто частими, з дозволу лікаря допомогти їй прийняти душ, виміряти частоту дихання, тривалість перейм, зробити спеціальний масаж. Не менш доречно іноді просто відвернути увагу жінки розмовою, пожартувати і підбадьорити, охороняти її спокій під час релаксації.

Загалом, все це підкреслює очевидні переваги партнерських пологів. Проте, слід визнати, що динаміка сімейних стосунків у пар, які брали у них участь, варіює від гармонізації взаємовідносин до їх різкого погіршення. Тому рішення про доцільність участі чоловіка у пологах має попередньо ретельно аналізуватися і обговорюватися за участю фахівців. Неконструктивним і руйнівним для перспективи сімейних стосунків є бажання чоловіка взяти участь у пологах виключно задля задоволення власної цікавості, або мотив жінки: «Хочу, щоб він побачив, як я мучуся!». Беззаперечно конструктивним може бути тільки щире бажання пари бути разом у відповідальний момент, прагнення чоловіка максимально допомогти дружині.

Дії чоловіків, які беруть участь у партнерських пологах, визначаються якістю допологової підготовки, і схематично можуть бути описані у рамках трьох основних поведінкових стереотипів:

1. Активно-адекватний – виконання ролі «посередника» між медиками і породіллею. Не заважаючи нікому, чоловік виконує

рекомендації медичного персоналу, впевнено допомагає дружині прийняти найбільш зручну позу, здійснювати необхідні маніпуляції.

2. Пасивно-споглядальний – чоловік смутно уявляє собі чим і як він може принести користь, а тому почуває себе стороннім спостерігачем і практично не втручається у процес пологів. Емоційне ставлення таких чоловіків до дитини в цілому тепле, але при появі новонародженого бурхливої радості вони, як правило, виявити не здатні. І тільки через деякий час після закінчення пологів можливі значно більш інтенсивні прояви вдячності дружині та медичному персоналу.

3. Агресивно-наступальна поведінка – проявляється спробами активно і безцеремонно втручатися у дії медичних працівників, вимагати у них звіту про всі маніпуляції та «керувати» навіть діями дружини. Важливо вживати заходів, аби не допускати таких чоловіків до пологового залу, особливо під час періоду потуг. Повернутися до дружини і разом з нею порадіти чоловік може уже після благополучного народження дитини. При цьому, як правило, тривога і агресивність змінюються на радість і щире вдячність.

Подібна поведінка обумовлюється як тривогою за результат пологів, так і браком допологової підготовки. Іноді визначальну роль відіграють дидактогенії (др.-грецьк. δίδακτός – завчений, засвоєний + γενεά – народження) – психогенії, що є аналогом ятрогеній, і обумовлені брутальністю вчителя чи керівника. Прикладом є хибно створене переконання щодо стимулюючої ролі грубощів для стимуляції активності жінки в пологах. Розумна і справедлива суворість не стає причиною дидактогеній.

Другий період пологів

Період вигнання триває від двадцяти хвилин у разі повторних пологів до двох годин у жінок, які народжують вперше. У цей час під впливом периферичної афферентації та страху (розриву промежини, крововтрати, патології плоду) актуалізуються больові відчуття. Реалізується набутий людством рефлекс, що стосується зв'язку пологів і болю. У цей період можливий розвиток психомоторного збудження, звуження свідомості, що вимагає психіатричної та психотерапевтичної допомоги.

Цей етап пологового процесу вимагає найактивнішої роботи від породіллі, проте партнер має мінімальні можливості допомогти їй. Більше того, деякі чоловіки, в силу своїх характерологічних особливостей, можуть навіть заважати нормальному перебігу пологів. Наприклад, викликати своїм схвильованим виглядом негативні емоції, відволікати і бентежити. Іноді, будучи активними і розуміючи, що дружині доводиться нелегко, але маючи погану підготовку, вони починають необґрунтовано вимагати від лікарів якихось негайних дій. У особливо вразливих

чоловіків на підставі побаченого під час періоду вигнання можуть виникнути функціональні сексуальні розлади.

Тому для більшості чоловіків цей час краще провести за дверима, дочекавшись, доки не пролунає крик дитини. Практика показує, що якщо обоє партнерів усвідомлено наполягають на присутності чоловіка і під час періоду вигнання, то не слід їм у цьому суперечити. Але краще, аби чоловік, якщо і був присутній, то стояв біля голови породіллі, говорив ласкаві обнадійливі слова, гладив, підтримував за плечі. Іноді навіть сильні, вольові чоловіки приходять у відчай через те, що не можуть нічим суттєво допомогти коханій людині у наявній ситуації. Тож жінці краще не бачити обличчя партнера, на якому відображається складна гамма почуттів.

Третій період пологів

Головним змістом третьої стадії пологів є народження плаценти, проте увага матері в цей час уже концентрується на дитині. Дуже важливо, аби її радість від перших миттєвостей спілкування з немовлям поділяв чоловік. Критична важливість цього періоду полягає у особливій сприйнятливості дитини до зовнішніх чинників, специфічній фіксації об'єктів навколишнього середовища, завдяки чому вибірково запускаються інстинктивні видові та індивідуальні реакції.

Імпринтинг – спадково запрограмована здатність організму моментально і стійко фіксувати (запам'ятовувати) у якості досвіду певне переживання (К. Лоренс, 1935).

У момент пологів і протягом перших кількох годин після них всі переживання абсолютно унікальним чином впливають на свідомість. Те, що запам'ятовується в цей час, створює поведінкові моделі, котрі потім використовуються протягом усього життя. З огляду на це, дуже важливо аби серед перших відображених у свідомості образів навколишнього середовища виявилися мама і тато немовляти, як це відбувається при партнерських пологах.

Присутність батька при народженні дитини – це глибоке екзистенційне потрясіння, можливість через глибоку емпатію та співпереживання дружині відчувати свою причетність до дивовижного процесу появи нового життя. Цей феномен обов'язково слід використовувати для профілактики комплексу Лая і подолання проблем едипальної стадії психосексуального розвитку.

Якщо батьків під час занять з допологової підготовки учили щодня спілкуватися доступними способами із майбутньою дитиною, то при звуках знайомих слів, вимовлених знайомими голосами, немовля відчуває позитивні емоції. Ці почуття доповнюються ніжними дотиками матері і батька, безпосереднім контактом з теплою шкірою матері, а у подальшому і з встановленням контакту очі в очі. Це дозволяє знизити сепараційну

тривогу, сприяє швидкій адаптації до позаутробних умов існування. Таким чином, імпринтинг сприяє збереженню діадної єдності матері та дитини, іншими словами, формуванню бондингу (англ. bond – зв’язувати, з’єднувати).

Кризові явища післяпологового періоду

Наприкінці вагітності і під час пологів у майбутньої мами виникає стан первинної материнської заклопотаності – несвідомий регресивний механізм, що спонукає жінку ототожнювати себе зі своїми батьками, з’ясовувати, як вони виконували свої батьківські функції. В ідеалі, результатом цього є перетворення підсвідомих значущих образів імаго (від лат. imago – вид, образ, що використовується для позначення дорослих статевозрілих стадій розвитку комах) на ідеальні батьківські образи. Але нездатність розпрощатися із підсвідомими значущими дитячими образами може призводити до конфлікту між ідеальними батьківськими образами і власним «Я» в батьківському статусі. Цей стан за своєю природою нагадує меланхолію.

Ситуація ускладнюється тим, що у післяпологовому періоді фізіологічно жінці властива соматоендокринно обумовлена психічна лабільність. На такому фоні можливий розвиток станів як плаксивої депресії, так і ейфоричної безпечності з ігноруванням фізичної втоми та зневагою до відпочинку. Значно частіше виникають депресивні стани, котрі підживлюються актуалізованими під час вагітності конфліктами минулого.

Післяпологова депресія є дуже серйозною медичною проблемою, що виникає у близько 10% всіх породіль. Схематично, жінок, які на неї страждають, можна поділити на дві групи:

- мають конфліктні відносини з власною матір’ю, відчули на собі нестачу материнської ласки, тому мають проблеми із сприйняттям деяких аспектів сексуальності та материнства;
- уже мають в анамнезі перенесену депресію і вважають себе нездатними контролювати життєві події. Народження дитини, як стрес, підвищує для них ризик рецидиву.

Причиною психологічної кризи може бути конфлікт між наполегливими вимогами дитини, які мама не завжди може адекватно задовільнити, та нарцисичним ставленням до себе. Багато мам очікують, що материнська любов, котра охоплює їх після пологів, автоматично вирішить проблеми адаптації до нової сімейної ситуації. Насправді ж, процес утворення гармонійних сімейних зв’язків залежить від тривалого (кілька місяців) взаємного навчання. При нерозумінні складності цього процесу, у породіллі може виникати почуття розчарування і провини, як підґрунтя для наступного розвитку депресії.

Жінки із невротичним складом особистості, ставши мамою, прагнуть ототожнювати себе із жертвою, страждальницею, яку тероризує дитина-тиран. Приписуваний дитині «тероризм» є лише нарцисичною гіперболізацією з боку матері. Таке нарцисичне «хизування стражданням» призводить до душевного спустошення, виснаження, що врешті трансформується у депресію і ненависть до дитини, на яку покладається провина за психологічну кризу.

Власне сам стан депресії жінки описують як величезної сили занепокоєння, що буквально звалюється на молоду маму і здатне іноді паралізувати, викликаючи відчуття непосильної тяжкості та загальмованість. Деякі фахівці основним діагностичним критерієм післяпологової депресії вважають ангедонію (втрату інтересу до задоволень) у побуті та сексуальних відносинах. До основних симптомів відносять також песимізм, дратівливість, іпохондричність, розумову жуйку (нескінченні роздуми про одне й те ж), тривогу, плаксивість, безсоння, втомлюваність, порушення апетиту, головні болі. Серед симптомів тривоги, що супроводжують депресію, можна виокремити відчуття серцебиття, панічні атаки, obsesії.

У подальшому клінічна картина післяпологової депресії розвивається таким чином, що соматичні симптоми, як правило, поступово відходять на другий план, а порушення когнітивних функцій навпаки прогресують. Через три місяці після пологів серед найбільш поширених симптомів лишаються: пригнічений настрій, почуття самотності, суїцидальні думки, розлади сну. Нав'язливий характер носять докори сумління, почуття сорому за свою безпорадність у виконанні материнських функцій. Це змушує уникати соціальних контактів, повністю зосередитися на дитині а іноді, навпаки, взагалі відмовитися від неї.

Сучасний патоморфоз післяпологової депресії відображає тенденцію до затяжного перебігу, згасання зовнішніх проявів і хронізації процесу. Як правило, жінки уникають звертання за допомогою, оскільки відчувають глибоку провину за свій стан і неспроможність повноцінно виконувати материнські обов'язки. Оскільки апріорі народження дитини має бути щасливою подією, то депресію заперечують як породілля, так і її оточення і вона ховається під маскою труднощів виховання дитини. В результаті, приблизно п'ята частина хворих жінок навіть через рік після народження дитини все ще знаходяться у депресивному стані, скаржачись на втому і знесиленість, що пояснюють поганим соматичним здоров'ям та переобтяженістю.

У такій ситуації особлива відповідальність лежить на сім'ї породіллі, яка має бути готовою до максимально активних, але коректних психотерапевтичних дій, спрямованих на допомогу жінці у подоланні її психологічної кризи материнства.

Психологічний стан породілля розглядається як вагомий фактор, що впливає на розвиток малюка в ранній період життя і багато в чому визначає його майбутнє. Описано три моделі взаємодії депресивних жінок зі своєю дитиною:

- сумні, повільні, мовчазні і занурені в себе мами, які мляво виявляють свої почуття;
- матері холеричного типу із почуттям внутрішньої напруги, що часто проявляється посмикуваннями м'язів обличчя;
- безцеремонні і грубі при спілкуванні з малюком матері;

Діти депресивних мам виглядають сумними, млявими або, навпаки, надмірно збудливими. Ще не досягнувши однорічного віку, вони уже вирізняються тим, що менше виявляють позитивні, яскраві емоції, виглядають надто зануреними у себе, мають труднощі із концентрацією уваги та низький рівень загальної активності.

Але найбільш небезпечним психопатологічним явищем цього періоду є післяпологові психози, які ще називають «лактаційними». Вони виникають, як правило, у проміжку між третім і восьмим днем після пологів, на тлі слабкості, безсоння і тривоги. Клінічно характеризуються станом галюцинаторно-параноїдного збудження. На цьому тлі можливі випадки агресивної поведінки по відношенню до дитини, або ж суїцидальні спроби.

Для профілактики і оперативної допомоги у разі післяпологових ускладнень важливу роль відіграє післяпологовий патронаж акушерсько-гінекологічної служби – контроль за інволюцією матки, динамічне спостереження за станом жінки та психотерапевтична допомога з роз'ясненням суті проблем, що виникають. Відвідування матері вдома проводить лікар-педіатр, додатково контролюючи стан дитини, навчаючи маму правильному догляду за немовлям.

Рекомендована література

1. Абрамченко, В. В., & Коваленко, Н. П. (2004). *Перинатальна психологія: Теорія, методологія, опыт*. Київ : Софія-А.
2. Брутман, В. И., Варга, А. Я., & Хамитова, И. Ю. (2000). Предпосылки девиантного материнского поведения. *Психологический журнал*, 21(2), 79–87.
3. Ainsworth, M. D., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. *In Determinants of infant behavior* (pp. 113–136). London: Methuen.
4. Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H., & Harrington, R. (2004). Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 946.

ПСИХІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ І НАБУТИМИ ВАДАМИ

Немає мабуть жодної людини, яка б ніколи за жодних обставин не задумувалась про свою зовнішність. Наш час характеризується особливо стрімким зростанням кількості осіб, які вимушено або з власного бажання звертаються за допомогою до пластичних хірургів. Така тенденція пов'язана як зі зростанням вимог до зовнішності сучасної людини, так і потужним розвитком можливостей пластичної та реконструктивної хірургії та її більшою доступністю на сучасному етапі.

Промислові масштаби «індустрії краси» потребують відмови від механістичного ставлення до цього аспекту медичної діяльності, підвищення ролі психологічного і психотерапевтичного супроводу відповідного контингенту пацієнтів.

Типологія реакцій на вади зовнішності

Серед пацієнтів, які звертаються до послуг естетичної хірургії, можна виокремити три чіткі групи:

1. Незадоволені своїми природними вадами зовнішності – переважно це молоді люди, які мають бажання відповідати певному ідеалу краси і страждають через дефекти вродженого характеру (деформації носа, надмірно великі вушні раковини, «мішки під очима»).

2. Незадоволені віковими змінами зовнішності – пацієнти старшого віку, незадоволені природними ознаками старіння.

3. Незадоволені змінами зовнішності травматичного характеру – жертви нещасних випадків, катастроф, поранень і тому подібних факторів.

Перші дві групи пацієнтів, на момент звертання, як правило, уже мають сформоване ставлення до своїх косметичних проблем, а от жертви травматизму, часто стають клієнтами косметологів, перебуваючи у стадії гострого реагування на стрес.

Виражені деформації зовнішності, а надто обличчя, як правило, суттєво впливають на стан особистості у всьому багатстві її соціальних взаємодій. Виділяють декілька базових типів гострих психологічних реакцій у пацієнтів з набутими косметичними недоліками і дефектами:

1. Загалом нормальний стан психіки – проявляється вільним спілкуванням із лікарем, спокійною бесідою, відкритістю до питань.

2. Гіперболізований тип – бажання негайно виправити ушкодження, приховати від усіх неприємні події, здійснити заздалегідь фінансово недоступну операцію і тому подібне.

3. Пасивний тип – покірний, а іноді і байдужа згода на будь-які наслідки і будь-які терапевтичні сценарії, що пропонуються хворому.

4. Мазохізмopodobний тип – прагнення нескінченних хірургічних втручань не залежно від їх ефективності, часто супроводжується ідеями власної провини.

5. Депресивний тип – пов'язування всіх невдач у житті виключно із переважно надуманими дефектами зовнішності, відчуття приреченості, меланхолійного фаталізму.

6. Нерішучий тип – сумніви у доцільності операції, нав'язливі роздуми про небезпеку різноманітних ускладнень, пошук підтримки.

7. Імперативний тип – вимоги щодо необґрунтовано підвищеної уваги до своєї персони, переконаність у виключності власних проблем.

Безсумнівно, що абсолютна більшість описаних реакцій базуються на преморбідних характерологічних особливостях хворих і вимагають психокорекційного супроводу відповідного контингенту пацієнтів.

Емоційне відреагування і раціональний аналіз обставин має результатом формування певної домінуючої стратегії поведінкового реагування на ситуацію, що склалась. Сталі дисгармонійні зміни поведінки можуть бути ознакою психопатизації хворих під впливом пережитого стресу.

Узагальнено виділяють три головні найбільш поширені поведінкові стратегії людей із дефектами зовнішності:

1. Меншовартісне маскування – супроводжується почуттям власної неповноцінності, формуванням озлобленості як риси характеру, уїдливістю, саркастичністю у спілкуванні. Характерне вороже ставлення до здорових людей, вишукування недоліків у їх зовнішності та поведінці. Хворі з відповідною стратегією реагування нерідко стають відлюдкуватими, похмурими, уникають спілкування і публічної діяльності.

2. Гіперкомпенсація – пацієнти намагаються зрівнятися зі здоровими особами, і навіть обігнати їх у різноманітних видах діяльності.

3. Рентна поведінка – прагнення отримати користь від власного каліцтва, наприклад, добитися пенсії. Можлива агравація тут розпізнається нелегко через хитросплетіння органічної та функціональної психогенної симптоматики.

З точки зору уже безпосередньої підготовки до оперативного втручання та планування психокорекційної роботи важливою є діагностика естетичної сфери у пацієнтів з дефектами і деформаціями зовнішності. Усіх пацієнтів, які звертаються за допомогою до пластичних хірургів, можна поділити на три основні групи за особливостями їх естетичної сфери:

а) пацієнти зі зниженим естетичним почуттям – люди, котрі спокійно ставляться до виражених змін власної зовнішності, і без ентузіазму сприймають перспективу хірургічної її корекції. Подібні пацієнти ведуть

звичний спосіб життя і наявні недоліки не вважають суттєвою для цього перепорою. Візит до хірурга для них носить випадковий характер і не супроводжується чітким усвідомленням плану дій та ставленням до майбутнього власної зовнішності. У випадку наполягання хірурга на недоцільності хірургічної корекції зовнішності, такі пацієнти із готовністю відмовляються від своїх намірів, якщо ж оперативне втручання відбувається, з готовністю приймають власну оновлену зовнішність, навіть якщо наявні результати не відповідають попереднім очікуванням;

б) пацієнти з нормальним естетичним почуттям – люди із усвідомленим ставленням до власної зовнішності, чіткою і реальною мотивацією звернення до лікаря. Вони, як правило, цілком довіряють спеціалісту, який здійснює оперативне втручання, адекватно реагують на виникнення тих чи інших побічних ефектів під час лікування і ретельно виконують інструкції медиків;

в) пацієнти із спотвореним чи неправильно розвинутих естетичним почуттям – люди з явними порушеннями психічного статусу, чий душевний переживання є дезадаптивними, неадекватними, а зосередженість на наявних (а часто і уявних) дефектах і деформаціях зовнішності не дозволяє досягати бажаних результатів, як би не закінчилась операція. Хірургічна корекція зовнішності для таких хворих може здійснюватись лише після обов'язкової консультації кваліфікованого психіатра, але спроби відмовити їх від проведення оперативного втручання викликають бурхливе обурення.

Ці особливості реагування хворих варто диференційовано враховувати вибудовуючи індивідуальний психологічний підхід до них.

Психологічні та психіатричні аспекти реконструктивної хірургії

Страждання, що виникають у відповідь на факт формування виражених косметичних недоліків, не завжди призводять до декомпенсації захисних механізмів психіки. Іноді вони сприяють гіперкомпенсації або переоцінці постраждалими та їх близькими загальноприйнятих норм краси та ціннісних орієнтирів. Проте, у більшості випадків дефекти та деформації зовнішності, особливо ділянки обличчя, впливають на особистість, змінюють характер та поведінку людини, викликають порушення емоційної та мотиваційної сфер.

Головною передумовою виникнення реактивних станів є преморбідна «невротична структура особистості» – наявність особливих особистісних рис в рамках акцентуацій, передовсім істероїдного, тривожно-помисливого та сенситивного радикалів. Важливу роль можуть відігравати також віддалені наслідки травм черепа, нейроінфекцій, фізична та психічна перевтома. У випадках формування посттравматичних стресових розладів, як правило, наявні наступні

характерологічні особливості: емоційна нестійкість, підвищена тривожність, незрілість особистості.

У якості психотравмуючого чинника при цьому виступають як сам факт формування дефекту, так і обумовлена ним різка зміна сприйняття свого тіла, фрустрація багатьох життєвих потреб, порушення реалізації життєвих програм різного ступеню виразності. Як правило, психічні порушення головним чином пов'язані із позицією особистості, а не мікросоціальними факторами. Однак, об'єктивно оцінити ступінь тяжкості психічної травми і її питому вагу у формуванні психічного розладу, досить важко.

Косметичний дефект досить часто починає впливати на пацієнта ще в дитячому віці, особливо в період статевого дозрівання, що безумовно негативно відображається на формуванні характеру. У таких хворих особистість формується із переважанням рис сором'язливості, нерішучості, поведінкової стратегії уникання в конфліктних ситуаціях. На тлі відчуття меншовартості часто розвиваються ідеї стосунку, вони починають вважати, що їх постійно розглядають оточуючі, сміються над ними, і це у підсумку призводить до різкого обмеження суспільних контактів, відбивається на працездатності, шкодить соціально-економічній успішності.

Іноді батьки, піклуючись про майбутнє своїх дітей, спонукають їх змінити свою зовнішність (частіше за все форму носа або вушних раковин). У таких випадках має виникати настороженість щодо можливої психічної патології у самих батьків, часто доцільною є сімейна психотерапія, а іноді й фармакологічний вплив.

Велика кількість дефектів, які прийнято вважати косметичними, наприклад, аномалії вушних раковин та носової перетинки, супроводжуються фізичними та функціональними розладами, що додатково впливають на психічний стан пацієнта. Те ж саме стосується набутих масштабних ушкоджень голови і шиї, що супроводжуються втратою комплексу тканин і окремих органів, при цьому нарівні з тяжкими моральними стражданнями хворі зазнають значних функціональних порушень. Іноді відбувається порушення мови, що додає таким пацієнтам комунікативних труднощів, робить їх невпевненими у собі.

При заміщенні обширних дефектів тканин виникає необхідність пошуку пластичного матеріалу, відновлювальне лікування таких хворих довготривале та технічно складне, а кількість відновлювально-реконструктивних операцій іноді складає десятки, не враховуючи підготовчих і корегуючих втручань. На це йдуть місяці та роки, що ніяк не може не відбиватись на емоційному стані пацієнта. Пошкодження обличчя змушують їх носити захисні пов'язки, виділяючись у натовпі, уникати

контактів, вони зазнають дезадаптації у трудовій та соціальній сферах діяльності.

Психічні порушення непсихотичного регістру у пацієнтів з вадами зовнішності зустрічаються доволі часто, переважно приймаючи форму невротичних розладів, під котрими мають на увазі «функціональні психічні розлади, обумовлені впливом психотравмуючих факторів, що перебігають з усвідомленням пацієнтом факту своєї хвороби, без порушення відображення реального світу та які проявляються психогенно обумовленими емоційними та соматовегетативними симптомами». Характер та виразність психогенії при цьому мають достатньо велику варіабельність та індивідуальність.

Досить поширеними є психосоматози: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунку, а також відповідні функціональні розлади різних органів і систем організму. Такі хворобливі стани часто описують в науковій літературі, як супровідні щодо так званого «психосоматичного розвитку особистості».

Синдром дисморфофобії вперше був описаний R. Morselli (1886) як «суб'єктивне уявлення хворого про наявність у нього фізичного дефекту, спотворення зовнішності, що, як йому здається, помітно оточуючим». Пацієнт з дисморфофобією впевнений, що одна із частин його тіла занадто велика, мала чи спотворена. Інші ж люди знаходять зовнішність пацієнта абсолютно нормальною або малопомітно аномальною, проте він не вірить у щирість їх запевнень і спроб заспокоїти його.

Як правило, хворі скаржаться на спотворену форму чи аномальні розміри носа, вух, рота. Іноді виявивши незначний дефект, або дофантазувавши його, вони стають «одержимими» цією ідеєю, занурюються в думки про свої вади та відчують при цьому глибокі страждання, вважаючи, що всі навкруги активно і недобррозичливо обговорюють їх зовнішність. При цьому «недолік» визнається причиною всіх негараздів і життєвих труднощів. Хворі із абсолютною переконаністю доводять, наприклад, що якби вони мали гарну форму носа, то мали б шанс стати більш успішними в роботі, суспільному житті, сексуальних стосунках. Вони добиваються здійснення різноманітних естетичних операцій, але через недостатню, на їх думку, ефективність хірургічного лікування, відчують лише погіршення свого стану.

Синдромом дисморфофобії може бути проявом розладів особистості, шизофренії, депресії. У хворих з психозами така фіксація на своєму «недоліку» має маячний характер, у пацієнтів з розладами особистості, як правило, являє собою надцінну ідею.

У американській класифікації DSM введено нову категорію – дисморфофобічний розлад (дисморфофобія), – призначену для випадків, коли дисморфофобія не є вторинною по відношенню до іншого

психічного розладу. Цим терміном визначається „фіксація на уявному дефекті зовнішності”, при якому впевненість в наявності такого дефекту не сягає інтенсивності, характерної для маячення. Обґрунтування для виділення цього синдрому в окрему категорію на даний момент не можна вважати dokonаним.

Після остаточного прийняття рішення про необхідність хірургічного втручання, додатковим стресором для хворого стає очікування власне операції та її наслідків. Основними проявами операційного стресу виступають емоційні феномени, зокрема, тривога. Внутрішні переживання в очікуванні майбутньої операції носять різноманітний характер. Інтровертовані пацієнти схильні до переживання "у собі", що проявляється зовнішньою відособленістю, зниженим фоном настрою, звуженням кола інтересів. У випадку ж екстраверсивної спрямованості особистості більш характерні реакції паніки із втратою самовладання, вираженою тривогою, страхом, плачем, метушливістю і благаннями про допомогу. Усе це створює передумови для розвитку у подальшому своєрідного післяопераційного неврозу.

Не можна переходити до хірургічної корекції зовнішності не стабілізувавши психічний стан пацієнта. У випадку, якщо оперативне втручання здійснюється на фоні патологічних проявів у вигляді маячення, нав'язливостей, тривоги, депресивного синдрому, то після операції вони, як правило, не редукуються, а навпаки, психічний стан ще більше погіршується не залежно від ефективності власне косметичного впливу. Погіршення психічного стану неминуче настає навіть після деякої короткочасної видимості покращення у ранньому післяопераційному періоді.

Окрім того, будь-яка операція у післяопераційному періоді закономірно супроводжується розвитком астеничного стану, котрий іноді маскується позитивними емоціями від перспективи «нового життя» із виправленою зовнішністю. Хворий стає емоційно неврівноваженим, його емоційний фон знижується, проявляється підвищена сензитивність, уразливість. При цьому рудиментарна депресивна симптоматика може лишатися доволі стійкою протягом тривалого часу навіть після виписки зі стаціонару. Лабільність психіки післяопераційних хворих робить її вразливою до навіть найменших травмуючих впливів, котрі можуть призводити до тяжких наслідків, аж до суїцидальних спроб.

Тому у всіх випадках прийняття рішення щодо необхідності хірургічної корекції зовнішності, актуальною є не тільки необхідність проведення консультацій фахового медичного психолога або психіатра, але і їх супровід пацієнтів, особливо проблемних, на всіх етапах естетичної корекції.

Психотерапевтична тактика стосовно пацієнтів із вадами зовнішності

Не менш важливим ніж власне усунення реального чи уявного косметичного дефекту, є психотерапевтична підтримка пацієнтів, які потребують естетичної корекції зовнішності. Психотерапевтичний вплив мають здійснювати не тільки вузькопрофільні спеціалісти, але і всі задіяні у відповідному процесі медики.

Згідно класичних канонів, метою косметичних або естетичних операцій, є усунення дефектів та відразливих змін зовнішності, що звертають на себе увагу оточуючих, внаслідок чого вдається досягнути відтворення середньої узагальненої для даного суспільства естетичної і фізіологічної норми. Проте, психологічна потреба у хірургічній корекції зовнішності часто обумовлена не стільки прагненням відновити здоров'я, як бажанням покращити «якість життя», особливо при дефектах видимих частин тіла. Пластична операція при цьому сприймається не як поверхове виправлення недоліків, а як докорінне патогенетичне лікування, покликане змінити все життя.

В результаті, у наш час більшість косметичних операцій здійснюються стосовно соматично загалом здорових людей, на тканинах, котрі є або предметом суто естетичного незадоволення, або ж зазнали вікових трансформацій. Оскільки держава і страхові компанії оплачують лише оперативні втручання, обумовлені гострою загрозою для здоров'я, то переважна більшість естетичних операцій фінансуються за рахунок власних коштів пацієнтів, і це впливає на етику стосунків між пацієнтом і лікарями. Зокрема, лікар має чітко уявляти, що критерієм його роботи є не власна переконаність у правильності зробленого, а оцінка пацієнтом досягнутого ефекту.

Але це не означає, що лікар має бути пасивним виконавцем волі клієнта, самоусунувшись від спроб відмовити від оперативного втручання тих людей, котрі не розуміють суті своїх проблем і покладають хибні сподівання на корекцію зовнішності.

Якщо об'єктивні показання для проведення хірургічної корекції зовнішності відсутні, а вимоги пацієнта очевидно абсурдні, то слід як можна більш тактовно пояснити йому, що в дійсності значимих вад у нього немає, а у людей іноді може формуватися спотворене уявлення своєї зовнішності, наприклад, через випадково почуті та невірно трактовані вислови інших людей. Деяким пацієнтам допомагають такі запевнення, іншим потрібна додаткова консультація психолога або психіатра. Не можна обіцяти хворому такого ефекту, в якому сам хірург не впевнений. Клієнт має володіти достовірною інформацією про ступінь ризику та всі можливі варіанти його майбутнього у випадку невдач при здійсненні естетичної корекції його зовнішності.

Якщо доцільність операції видається для відповідного спеціаліста сумнівною, а хворий наполягає, то психотерапевтично рекомендується в рамках можливостей орієнтувати пацієнтів на відстрочення хірургічного втручання, адже при «свіжих» дефектах зовнішності часто актуальними є реактивні психічні розлади. Чим більшим є проміжок часу від моменту виникнення деформацій і дефектів, тим меншим є ризик розвитку небажаних психічних реакцій на новонабуті зміни зовнішності. Із часом, у частини пацієнтів бажання щодо хірургічної корекції зовнішності взагалі зникає у зв'язку із вирішенням найбільш актуальних для них проблем, або через банальне «звикання» до власних особливостей зовнішності.

У випадку відносних показань для проведення хірургічного втручання, хірург повинен зробити правильну оцінку психічного стану пацієнта з точки зору поєднання розумних побажань з тяжкістю косметичного дефекту. Для цього він має бути досить добрим психологом і за найменшої необхідності консультуватись із відповідними спеціалістами, аби відокремити хворих, стрес у яких обумовлений власне спотворенням зовнішності, від осіб із неврівноваженим характером, які використовують деформацію в якості захисного механізму для пояснення невдач у особистому житті. У першому випадку вдала операція здатна втішити пацієнта, а у другому він залишиться незадоволеним не зважаючи навіть на найбільш вдалі та об'єктивно доказові результати хірургічного втручання.

Наприклад, якщо пацієнтка прийшла до пластичного хірурга на хвилі розпаду сімейних стосунків, то з великою імовірністю насправді вона шукає допомоги психотерапевта. Адже дуже сумнівно, що зробивши «груди як у його коханки», вона зможе відновити сімейну гармонію. А якщо пацієнт приносить з собою фото кіноактора і просить зробити його схожим на кумира, то насправді він хоче досягнути аналогічного життєвого тріумфу і помилково приписує успіх виключно зовнішності, ігноруючи той факт, що привабливу зовнішність має багато хто, а celebrity стають одиниці.

Якщо мотивом звертання за допомогою до пластичного хірурга, є бажання досягнути життєвого успіху використавши зміну власної зовнішності у якості інструмента кар'єрного росту, налагоджування сімейних стосунків і т.п., то допомоги тільки спеціаліста з естетичної хірургії недостатньо. Такі переконання є надто спрощеним і часто абсолютно невиправданими, а тому потребують корекції особистісних рис, комунікативних навичок і ціннісних орієнтирів.

Пластична операція не позбавляє від невротичності і не навчає навичкам спілкування. У той же час, за умови відносно гармонійних міжособистісних стосунків та гармонійного самосприйняття, окремі аспекти власного відображення у дзеркалі не стають визначальним

фактором самопочуття. Часто цю просту істину лише потрібно донести до пацієнта у доступній формі, аби він уникнув непотрібного хірургічного втручання, і спрямував свої зусилля у конструктивне русло.

Проте, діагностуючи психологічний профіль особистості пацієнта і можливу його психічну патологію, спеціалісти мають уникати недоречного патерналізму в стосунках. Дані психологічного обстеження вимагають відповідної компетенції і від хірургів та лікарів інших спеціальностей, котрі отримують до них доступ. Зокрема, потрібне чітке розуміння місця акцентуацій у системі координат психічного здоров'я, їх відмінностей від розладів особистості.

Побачивши терміни на зразок «шизоїд» чи «параноїдна особистість», лікар має робити висновки щодо власної психотерапевтичної тактики, а не бездумно перенаправляти хворого до психіатра, допомога якого часто взагалі не є потрібною, оскільки мова іде про варіанти норми. Тавро «істеричка», виникаючи у свідомості фахівця, не має тягнути за собою своєрідного «пониження у правах» пацієнтки, навіть якщо її поведінка видається надмірно театральною, а вимоги вичурними.

Естетична хірургія як напрямок медицини розвивалась слідом за ідеями значимості та цінності прав особистості у ХХ сторіччі, і її морально-етичною основою є повага до індивідуальності у всіх її проявах. Сучасна медицина стоїть на позиціях партнерства, а права психічно хворих захищаються законодавством, фундамент якого складає принцип презумпції психічного здоров'я. Хворий із будь-якою психічною патологією має рівні із усіма громадянські права аж до того моменту, коли юридично фіксується обмеження його дієздатності. Психічні розлади невротичного рівня і психопатії (розлади особистості), як правило, не мають на стільки серйозних наслідків, а тому будь-яка зверхність у ставленні до таких пацієнтів є неетичною, а можливі спроби обмежити їх права є ще і протизаконними.

При цьому описані випадки, коли за добровільної згоди самих пацієнтів і за домовленістю з пластичним хірургом, проводились естетичні операції з метою зняти домінуючу спотворену зовнішність у свідомості фактично хворих людей. На жаль, у жодному випадку сама по собі естетична операція без відповідної психотерапевтичної корекції особистісних установок та поведінкових моделей, не вирішує базових психічних проблем таких пацієнтів. Особливо тяжко піддається лікуванню дисморфофобія. При наявності супутнього психічного розладу слід лікувати його загальноприйнятими методами, надаючи хворому психологічну допомогу для подолання дезадаптації.

Якщо рішення про необхідність хірургічного втручання уже прийняте, у психологічній підготовці до операції необхідно

поінформувати пацієнта про його точний діагноз та плановане лікування. Інформація має бути інформативною але стислою, правдивою, але без залякування і драматизації. Іноді варто окремо зупинитись на розвінчанні певних навколomedичних міфів і забобон, зокрема, про анестезію або дію окремих препаратів.

Після операції тактика лікаря спрямовується на створення у хворого позитивного емоційного тла, відчуття, що він залишається в центрі уваги лікарів. Варто повідомити результати оперативного втручання у найбільш сприятливому світлі, адже усвідомлення успіху, як правило, викликає у пацієнта емоційне піднесення, зменшує прояви тривоги, допомагає нормалізувати сон, відновити рівний емоційний фон настрою, з'являється відчуття доступності перспективи щодо повернення до «нормального життя».

Важливо, щоб весь медичний персонал ретельно дотримувався принципів медичної деонтології, створюючи в стаціонарі конструктивну атмосферу залученості всіх учасників до мети відновлення душевної рівноваги і гармонії пацієнтів. Доцільним є залучення хворого до активної співучасті у терапевтичному процесі через поінформовану участь у формуванні правильного режиму роботи і відпочинку, дієти та ін. Певне значення в цьому процесі може відіграти навіть грамотний підбір пацієнтів для спільного перебування в палатах, аби вони формували колектив, взаємодоповнювали і допомагали одне одному.

Особливо важлива психологічна підтримка в постопераційному періоді, якщо операція була пов'язана з резекцією, ампутацією, пластикою обличчя після травм і опіків. Необхідно відродити у пацієнта почуття власної повноцінності, вселити надію на можливість подальшої паліативної корекції дефекту.

Якщо хірург виправляє результати важких травм і опіків, то мусить спільно з психологом підготувати хворого до першого після операції погляду в дзеркало. Не менш важливим фактором у ранньому післяопераційному періоді є коректна реакція близьких людей на зміни у зовнішності пацієнта, розуміння з їхнього боку тимчасової наявності наслідків самої операції у вигляді набряку, гематом і т.п. Пацієнт, як правило, уважно оцінює реакцію суб'єктивно значимих для нього людей, котрі відіграють для нього роль головного «дзеркала», мірила успіху. Нетактичне зауваження на цьому етапі може стати фактором стресу, який не завжди вдається тамувати застосувавши весь арсенал психотерапевтичних прийомів.

У середньому і пізньому післяопераційному періодах перед хворими часто постає проблема "сенсорного голоду». У таких ситуаціях доцільною є групова психотерапія, проведена професійним психологом. При

стійкому астеничному стані у післяопераційному періоді, поряд із раціональною психотерапією показана не медикаментозна лікування.

Реабілітація пацієнтів з вадами зовнішності представляє собою складний та багатогранний процес гармонізації адаптації хворого до нових життєвих умов. Її ключовими завданнями є покращення регуляторних механізмів нервової системи та підвищення толерантності до впливу психогенних факторів.

Рекомендована література

1. Волошин, П. В. (1998). Патология нервной системы при ожоговой болезни. Київ : Здоров'я.
2. Герасименко, Л. О. (2007а). Клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя. *Український вісник психоневрології*, (2), 47–49.
3. Герасименко, Л. О., Скрипніков, А. М., Аветіков, Д. С. (2008). Психотерапевтична корекція в роботі з пацієнтами, які мають дефекти та деформації обличчя. Полтава : монограф.
4. Маркова, М. В. (2003). Дисморфофобия в психиатрической и общемедицинской практике: вопросы диагностики и лечения. *Архів психіатрії*, 9 (3), 136–138.
5. Скрипніков, А. М., Герасименко, Л. О., Ісаков, Р. І., Рудь, В. О., Кидонь, П. В. (2016). Сучасні психотерапевтичні стратегії в лікуванні пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя. *Вісник проблем біології і медицини*, (2), 98–101.
6. Mohl, P. C. (1984). Psychiatric consultation in plastic surgery: The psychiatrist's perspective. *Psychosomatics*, 25(6), 471–476.
13. Reich, J. (1982). The interface of plastic surgery and psychiatry. *Clin Plast Surg.*, 9 (6), 367–377.
14. Wittchen, H.-U., Üstün, T. B., & Kessler, R. C. (1999). Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters? *Psychological Medicine*, 29 (5), 1021–1027.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Життя у суспільстві потребує відповідних норм поведінки задля задоволення, як індивідуальних потреб та розвитку, так і міжособистісної взаємодії в межах найближчого оточення чи соціуму в цілому. Але у будь-якому суспільстві завжди є окремі особи чи групи, що порушують наявні стандарти соціально припустимого поведінки.

Щоб розуміти, яке поведіння можна вважати таким, що відхиляється від соціальних норм, треба визначити основні варіанти соціального поведінки. До них відносяться:

1. Нормативна поведінка – це стандартне поведіння, котре відповідає соціальним нормам та культурним традиціям суспільства; характерно для більшості людей, викликає схвалення оточуючих і дає можливість ефективної соціально-психологічної адаптації для особистості; воно формується в відповідності до обставин життя, є продуктивним за цілеспрямованістю, але позбавлено індивідуальної яскравості.

2. Маргінальна поведінка – це межове поведіння щодо границь соціальних норм; найчастіше, викликає напругу в міжособистісних відносинах та, найчастіше, є дезадаптивним щодо виникаючої ситуації; але воно розширює, розмиває границі суспільно прийнятних норм та може потенціювати формування нових поведінкових стереотипів.

3. Нестандартна поведінка – це ненормативне поведіння, яке виходить за рамки прийнятих у даному суспільстві та в цей час норм, та властиво меншій кількості людей. Має дві основні форми:

– креативне або творче поведіння, яке спрямовано на реалізацію особистісних ідей; є яскраво самобутнім; у більшості випадків є прогресивним та продуктивним для суспільства, поступово приводить до зміни соціальних норм, формуючи нові поведінкові стереотипи, тому на загал схвалюється оточуючими, але в іноді викликає опір оточуючих в зв'язку з нерозумінням та незвичністю проявів;

– девіантне поведіння, яке відхиляється від норм, прийнятих в цей час у даному суспільстві; воно непродуктивно з точки зору самореалізації людини, завдає явної шкоди особі чи оточуючим (є аутодеструктивним або деструктивним), приводить до соціальної дезадаптації, обов'язково викликає несхвалення та опір оточуючих.

4. Патологічна поведінка – це поведіння, яке відхиляється від медичних норм, проявляється конкретними симптомами психічних розладів, суттєво знижує продуктивність і працездатність особистості, тобто супроводжується вираженою соціальною дезадаптацією; на загал викликає співчуття або страх з боку оточуючих.

Визначення поняття «девіантна поведінка» та його психологічного підґрунтя

Девіантна поведінка – це будь-яка форма поведінки, що відхиляється від загальноприйнятих стандартів і норм (моральних, релігійних, вікових, етнічних та ін.), яка, насамперед, є соціально прийнятною у суспільстві та відповідає культуральним традиціям популяції. Найчастіше таке поведіння обумовлене або дезадаптивними особистісними властивостями (наприклад, стало підвищеним рівнем агресивності чи імпульсивності, навченою беспорядністю, тощо), або розладами психіки чи певним патологічними психічним станами людини (наприклад, зловживанням психоактивними речовинами, переживанням втрати, тощо). Психологічне підґрунтя девіантного поведіння полягає у тому, що особистість часто не усвідомлює, що діє особистісно чи соціально руйнівним образом. Найперше, при становленні девіантної поведінки втрачаються моральні принципи людини, здатність вникати в потреби чи почуття оточуючих. Однією з важливих характеристик девіантної поведінки є те, що вона стійко повторюється людиною поза залежністю від наслідків такого поведіння.

Особа, що має ознаки девіантної поведінки, позначається як *девіант*.

Психологія девіантної поведінки – це розділ психологічної науки, що вивчає сутність, генез і динаміку поведінки, що відхиляється від соціально нормативної поведінки. Але проблеми девіантної поведінки носять комплексний характер і вивчаються фахівцями різних психологічних напрямків, таких, як клінічна, вікова, педагогічна, соціальна чи юридична психологія.

Термін «девіантна поведінка» й само поняття девіантного поведіння в психологічній науці з'явилося завдяки роботам Еміля Дюркгейма, в яких він запропонував концепцію аномії. Термін «аномія» означає «відсутність закону, порядку» у перекладі із французького. Це такий стан соціальної дезорганізації, коли старі норми та цінності вже не відповідають реальним відносинам, а нові ще не затвердилися. Саме у такому соціальному безладі є підстави для формування індивідуальної девіантної поведінки.

Він став основоположником теорії про девіації в цілому. Девіантне поведіння, безумовно, торкається сфери людських взаємовідносин. Але спочатку означало деяку розбіжність із суспільним розумінням того, як треба поводитися в конкретних ситуаціях. Але поступово поняття девіантної поведінки стало наближеним до правопорушень, свідомому заподіяння шкоди навколишнім.

До індивідуальних засад виникнення девіантної поведінки відносяться наступні психологічні характеристики: негативна внутрішня установка щодо соціальних вимог (незгода з ними, нерозуміння, протест);

егоцентризм, завищені претензії до оточуючих при прагненні самому уникати відповідальності; хронічний емоційний дискомфорт та неефективність емоційної саморегуляції; конфліктність і слабка розвиненість комунікативних навичок; когнітивне викривлення реальності.

Ці характеристики приводять до стійкої соціальної дезадаптації в особи з проявами девіантної поведінки, а саме до вираженої, часто хронічної неуспішності у життєво важливих сферах (міжособистісні відносини, здоров'я, самореалізація, працевлаштування, законослухняність).

Особливістю девіантної поведінки, є те, що воно розглядається в межах медичної норми. Воно не повинна ототожнюватися із психічними захворюваннями або патологічними станами, хоча й може сполучатися з останніми.

Прояви девіантної поведінки

Девіантна поведінка та схильність до неї визначається певними проявами, виявити які можна спостерігаючи за поведінкою людини в житті чи при діагностичному огляді. Насамперед, ці ознаки свідчать, що особистість втрачає поняття моральних цінностей, суспільних норм і повністю зосереджується на тім, щоб задовольнити свої миттєві потреби. Або людина перебуває в неадекватному психічному стані чи може бути причетною до здійснення правопорушень або злочинів.

Одним з основних проявів девіантної поведінки є *агресивність* – її стало підвищений рівень, незалежно від актуальних обставин, наслідком якої є завдання шкоди оточуючим. Девіантне поведіння характеризується підвищеною агресивністю, непримиренністю (ригідністю) і напористістю. Така особистість (насамперед, правопорушник) буде намагатися понад усе відстоювати позицію своєї правоти – для неї існує тільки своя індивідуальна правда. Агресивність відштовхує інших людей і дозволяє девіанту досягати своїх цілей. Але дуже часто агресивність є ознакою присутності страху.

Ще однією з важливих ознак девіацій є *некерованість* поведінки. Девіант прагне все контролювати, щоб мати можливість найскоріше та за будь-яку ціну задовольнити свої миттєві бажання. Але, насправді, у більшості випадків взаємодії з оточуючими така людина поводить себе некерованим чином – із роздратуванням, збудженням і емоційним напруженням. Гарячка у прагненні найскоріше досягнути своїх цілей суттєво знижує здатність міркувати логічно та приймати відповідальні рішення. Некерованість у поведінці та підвищена агресивність є основним фактором розривання соціальних зв'язків у таких осіб.

Особи, що виявляють девіантне поведіння, характеризуються *частими та різкими змінами настрою*, бо дуже часто вони не можуть справитися з обставинами, і оточуючі, безумовно, опираються нахабним діям девіантів. Тому від веселоців до роздратування чи обурення, а можливо й агресивних дій, перехід може бути майже миттєвий. Вони не здатні ні впорядковувати свої емоції, ні контролювати реакції. Такі різкі зміни настрою у девіанта формуються через постійне психологічне напруження та виснаження адаптивних ресурсів.

Класифікація типів, варіантів девіантної поведінки

Певні труднощі щодо класифікації девіантної поведінки пов'язані, по-перше, з міждисциплінарним характером поведінкових девицій. Оскільки термін «девіантна поведінка» використовується в різних науках у різних значеннях, то існують і різноманітні класифікації поведінкових відхилень.

У рамках психологічного підходу, згідно Є.В. Змановскої, застосовуються наступні критерії виділенні соціально-психологічних девицій у поведінці особистості:

- вид норми, що порушується;
- психологічні цілі поведіння та його мотивація;
- результати даного поведінки, а також заподіяні збитки чи шкідливі наслідки;
- індивідуальні особливості девіантного поведіння.

Так, наприклад, залежно від способів взаємодії з реальністю й порушення тих або інших норм суспільства В. Д. Менделевич виділяє наступні типи девіантної поведінки:

- делинкветний (злочинне або протиправне поведіння);
- аддиктивний (киди відносяться хімічна залежність та психологічна аддикція);
- патохарактерологічний (формується на патопсихологічних особливостях чи акцентуації характеру людини);
- психопатологічний (формується на тлі невротичних, особистісних, афективних та інших психічних порушень);
- тип, що формується на гіперздатностях людини.

За класифікацією Є.В. Змановскої виділяються наступні типи девіантної поведінки:

- антисоціальна (делинкветна) поведінка (наприклад, правопорушення, що тягнуть за собою карну або громадянську відповідальність);
- асоціальна (аморальна) поведінка (наприклад, агресивне поведіння, сексуальні відхилення, азартні ігри на гроші, бродяжництво, тощо);

– аутодеструктивна (саморуйнівне) поведінка (наприклад, суїцидальна поведінка, хімічна залежність, фанатична поведінка, виктимне поводження, тощо).

Причини виникнення девіантної поведінки

Девіантна поведінка базується на групах зовнішніх та внутрішніх біо-психо-соціальних факторів. До основних біо-психо-соціальних чинників, що детермінують формування девіантної поведінки відносяться наступні групи факторів:

– *біологічні* або внутрішні спадково-біологічні та конституціональні предиктори (насамперед, генетична обтяженість психічними розладами та органічні ураження ЦНС, наявність невиліковного захворювання);

– *психологічні* або внутрішньо-особистісні причини та механізми (насамперед, наявність тривалих психотравмуючих обставин, а також досвід девіантної поведінки в минулому);

– *соціальні* або зовнішні умови середовища (певне несприятливе місце проживання за кліматом, геофізичними особливостями чи екологією середовища), а також зовнішні соціальні умови, мається на увазі будь-які несприятливі умови життя, а саме:

а) загальносуспільні чинники (загальні соціально-економічні та політичні умови життя, національні традиції та звичаї, вплив засобів масової інформації, тощо);

б) чинники впливу тих соціальних груп, у які є включеним девіант (дискримінація або психологічне насильство, пов'язане з расовою чи суспільною (класовою) приналежністю, а також за етнічними особливостями; несприятливий вплив субкультурних прошарків, професійних чи інших соціальних груп);

в) мікросоціальні чинники (насамперед, психологічне насильство у родині та конфліктні стосунки з найближчим оточенням, дезадаптивні чи асоціальні форми поведінки в родині чи в найближчому оточенні, низький рівень матеріального забезпечення).

Треба розуміти, у більшості випадки девіантна поведінка формується на тлі сукупності біологічних та соціально-психологічних факторів. Але конкретні причини, по яких людина вибирає для себе девіантне поводження, досить різноманітні. Ці причини іноді настільки підкоряють собі особистість, що вона втрачає волю, здатність мислити, згідно здорового глузду, самостійно приймати рішення.

Таким чином, психологічна складова є дуже важливою у формуванні девіантної поведінки. До основних психологічних чинників її розвитку відносяться:

– емоційні проблеми (а саме, тривога, депресія, постійне переживання негативних емоцій, труднощі розуміння та вираження емоцій);

– когнітивні викривлення (дисфункціональні думки, стереотипи мислення, обмежені знання, міфи, забобони, неадекватні установки);

– порушення вольової сфери (імпульсивність, надмірний або недостатній самоконтроль, непослідовність та хаотичність у поведінці, ригідні поведінкові стереотипи);

– проблеми саморегуляції (порушення здатності ставити мети та домагатися їх втілення; неадекватна самооцінка, низька здатність до рефлексії, малопродуктивні механізми подолання стресових ситуацій, низькі адаптивні можливості та дефіцит особистісних ресурсів);

– негативний життєвий досвід (насамперед, численні чи тривалі психічні травми, досвід насильства, негативні звички, постійне незадоволення власним життям);

– порушення в цінностно-мотиваційній системі особистості (інфантилізм, егоцентризм, несформовані чи викривлені моральні цінності, високий рівень фрустрації, інтенсивні та невирішені внутрішні конфлікти, неефективні механізми психологічного захисту, відсутність або втрата сенсу життя).

У девіантів, як правило, мають місце певна сукупність перерахованих психологічних проблем.

Також треба відмітити, що девіантне поведіння завжди характеризується надмірною уразливістю та підвищеною агресивністю. Така людина вимагає, щоб його бажання негайно задовольнялися, не зважаючи на реалії ситуації. Будь-які типи девіантного поведіння надзвичайно руйнівні, вони роблять людину вкрай нещасним, бо вона втрачає можливості для самореалізації, власного розвитку, формування гарних міжособистісних стосунків та якісної соціальної адаптації. При тривалому збереженні девіантних проявів особистість поступово починає деградувати, втрачаючи соціальні навички, втрачаючи звичні цінності й навіть свої власні позитивні якості характеру.

Таким чином, девіантна поведінка – це серйозна та поширена проблема сучасності. Таке явище обов'язково має потребу в якнайшвидшій корекції.

Рекомендована література

1. Максименко, С., Соловієнко, В. (2000). *Загальна психологія* : навч. посіб. (256 с.), Київ : МАУП.

2. Leonhard, K. (1976). *Akzentuierte Persönlichkeiten*. Stuttgart, New York: Fischer.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, ВМИРАЮЧОГО ПАЦІЄНТА ТА ЕВТАНАЗІЇ

У всьому світі близько 800 000 чоловік вмирають в результаті самогубства кожного року; майже одна третина всіх самогубств відбувається серед молодих людей. Самогубство є другою провідною причиною смерті серед 15–19-річних дітей, а також другою за величиною причиною смертності жінок у віці 25–39 років. Ці дані відповідають загальному глобальному стандартизованому за віком рівню самогубств який в 2016 році складав в 10,5 на 100 000 населення (13,7 і 7,5 на 100 000 для чоловіків і жінок відповідно) (*National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*, 2018). Підраховано, що для кожної людини, яка помирає внаслідок самогубства, більше 20 інших намагаються здійснити самогубство.

В Україні рівень самогубств традиційно є вищим за світовий рівень. Так максимальний показник було зафіксовано у 1996 році – 29,6 на 100 000 населення (55,9 і 8,8 на 100 000 для чоловіків і жінок відповідно). Але протягом останніх десятиліть рівень суїцидів поступово знижується і у 2017 році склав 13,0 на 100 000 населення (25 і 4 на 100 000 для чоловіків і жінок відповідно).

- Самогубство – смерть, заподіяна самому собі, з доказами (явними або неявними), що людина мала намір померти.

Суїцидальна поведінка – будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, що спрямовані уявленнями про позбавлення себе життя.

- Спроба самогубства – поведінка, що завдає шкоди, з нефатальним результатом, що супроводжується свідченнями (явними або неявними) про те, що людина має намір померти. Вона має дві фази. Перша – зворотна, коли об'єкт сам може припинити спробу, друга – незворотна.

- Невдала спроба самогубства – потенційно самопошкожуюча поведінка з доказами (явним або неявним) про те, що людина мала намір померти, але припинила спробу до нанесення фізичної шкоди.

- Суїцидальні думки (ідеї) – думки про те, щоб служити агентом власної смерті. Суїцидальні думки можуть варіюватися по серйозності в залежності від специфіки планів самогубства і ступеню суїцидальних намірів.

- Суїцидальні наміри – суб'єктивні очікування і прагнення до саморуйнівного акта, який закінчиться смертю.

- Летальність суїцидальної поведінки – об'єктивна небезпека для життя, пов'язана з методом або діями самогубства. Зауважте, що летальність відрізняється від і може не завжди збігатися з очікуванням індивідуума від того, що є медично небезпечним.

• Навмисне заподіяння собі шкоди – навмисне заподіяння собі хворобливих, руйнівних або шкідливих дій без наміру померти.

Пресуїцид – період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації. Виділяють гострий (хвилини, години) та хронічний (тижні, місяці) пресуїциди.

До факторів ризику суїцидальної поведінки відносять:

- навмисні само ушкодження/спроби суїциду в минулому;
- психіатричне лікування з приводу (особливо в разі шизофренії, депресії і наркотичної / алкогольної залежностей);
- імпульсивні риси особистості, емоційна нестійкість;
- соціальна ізоляція, самотність;
- недавно понесена важка втрата, соматичні захворювання, що супроводжується сильним болем;
- похилий вік;
- чоловіча стать;
- безробіття;
- суїцидальна поведінка в оточенні;
- наявність легкого доступу до засобів, які можуть бути використані для самогубства (анестезіологи, власники зброї, особи, що приймають ліки або вживають наркотики).

Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє наступні основні фактори ризику виникнення суїцидів, залежно від рівня яких треба докладати зусиль по превенції суїцидів (Saxena & Krug, 2014):

Рівень впливу фактора	Фактори ризику суїцидів
СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	Перешкоди до отримання медичної допомоги
СУСПІЛЬСТВО	Доступ до засобів скоєння самогубства Безвідповідальне освітлення в ЗМІ Стигма в зв'язку зі зверненням за допомогою
МІСЦЕВІ СПІЛЬНОТИ	Лиха, війни, конфлікти Стрес акультурації і переміщення Дискримінація Травма або жорстоке поводження
ВЗАЄМОВІДНОСИНИ	Почуття ізоляції і дефіцит соціальної підтримки Міжособистісні конфлікти, негаразди або втрати
ІНДИВІДУАЛЬНІ ФАКТОРИ	Попередня суїцидальна спроба Психічні розлади Шкідливе вживання алкоголю Втрата роботи або фінансові проблеми

	Відчуття безнадійності Хронічний больовий синдром Випадки самогубств в сім'ї Генетичні і біологічні фактори
--	--

Проте описують не лише фактори ризику суїцидів, а й лімітуючі фактори, які запобігають суїцидам.

1. Здібності, якості, екологічні та особисті ресурси, що підвищують стійкість; прагнення до зростання, стабільності та / або здоров'я і / або збільшення здібності поратися з іншим життям.

2. Система підтримки соціального контексту:

- Сильні міжособистісні зв'язки з членами родини та підтримкою громади.

- Зайнятість.

- Функціональний (непошкоджений) шлюб.

- Обов'язки з виховання дітей.

- Обов'язки перед іншими.

- Досить безпечне та стабільне середовище.

3. Позитивні особистісні риси:

- Пошук допомоги.

- Хороший контроль імпульсивності.

- Хороші навички у вирішенні проблем, конфліктів.

- Відчуття приналежності, почуття ідентичності та доброї самооцінки.

- Культурні, духовні та релігійні переконання про сенс і цінність життя.

- Оптимістичний прогноз – визначення майбутніх цілей.

- Конструктивне використання вільного часу (приємні заняття).

- Стійкість.

4. Доступ до медичної допомоги:

- Підтримка через постійні відносини в сфері охорони здоров'я і психічного здоров'я.

- Ефективна клінічна допомога при психічних, фізичних і наркологічних розладах.

- Хороша прихильність до лікування і розуміння важливості здоров'я і гарного самопочуття.

Оскільки суїцид дуже рідко буває спонтанним, і більшість осіб які його задумали тривалий час обмірковують, традиційно виділяють наступні **стадії формування суїцидальної поведінки** – тимчасові етапи становлення суїцидальної активності з характерними формами її проявів (Амбрумова & Тихоненко, 1980):

1 стадія – *суїцидальна предиспозиція*: виявляється такими особливостями як тривожно-депресивний радикал, імпульсна,

інтерперсональна залежність, фрустрація потреб з прагненнями до ліквідації;

2 стадія – латентний пресуїцид: період часу, коли особа знаходиться у стані соціально-психологічної і психічної дезадаптації і одночасно перебуває в «мотиваційній готовності» до суїциду, при цьому ознаки суїцидальної активності відсутні. Характеризується незначними змінами у поведінці (підвищена тривожність, зміна настрою, порушення у спілкуванні, асоціальні вчинки, алкогольні ексцеси), суїцидальними фантазіями, періодичними суїцидальними думками;

3 стадія – маніфестний пресуїцид: виявляється постійними суїцидальними думками, суїцидальними висловами, різкою зміною поведінки, способу життя, різними формами саморуйнуючої поведінки;

4 стадія – гострий пресуїцид (стан психологічної кризи, пряма загроза здійснення суїцидальних дій): виявляється надцінним характером суїцидальних думок, суїцидальними тенденціями, цілеспрямованим пошуком засобів здійснення суїцидальних дій, прямими або непрямими «прощаннями» з близькими, неадекватними формами поведінки («злий віщий» спокій, ідеоторномоторна розгальмованість, ажитація);

5 стадія – суїцидальні дії (суїцидальна спроба або самовбивство).

Психологічний стан особи, яка вирішила намагається покінчити життя самогубством описується терміном «суїцидальна криза». У спілкування з такими особами повинні насторожувати такі прояви, як несподіваний спокій, який настав після ажитованої депресії, різке полегшення обсесивно-компульсивних симптомів, помітна зміна звичайної поведінки, завзяте заперечення суїцидальних думок депресивним пацієнтом, накопичення медикаментів, підготовка заповіту, несподівана роздача боргів.

Залежно від мети розрізняють наступні форми суїцидів (Амбрумова, Тихоненко, 1980):

Справжні (істинні) самогубства, замаху і тенденції – їх метою є позбавлення себе життя, в якості кінцевого результату передбачається смерть, однак, ступінь реальної бажаності смерті може суттєво відрізнятися, що відбивається на умовах і способах реалізації суїцидальних тенденцій.

Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка – передбачає не позбавлення життя, а лише демонстрацію цього наміру. Іноді така демонстрація може закінчуватися завершеним суїцидом внаслідок недоврахування реальних обставин.

Самоушкодження – їх мета обмежується лише нанесенням собі ушкоджень та травм без мети позбавити себе життя. Нарешті, як уже зазначалося раніше, небезпечні для життя дії, що направляються іншими цілями, слід відносити до нещасних випадків.

З іншого боку виділяють різновиди суїцидів залежно від домінуючих мотивів (Амбрумова & Тихоненко, 1980):

1) «Протестні» форми суїцидальної поведінки виникають в ситуації конфлікту, коли об'єктивна його ланка ворожа або агресивна по відношенню до суб'єкта, а сенс суїциду полягає в негативному впливі на об'єктивну ланку. Помста – це конкретна форма протесту, нанесення конкретної шкоди ворожому оточенню. Дані форми поведінки припускають наявність високої самооцінки, активну або агресивну позицію особистості з функціонуванням механізму трансформації гетероагресії в аутоагресію.

2) Сенс суїцидальної поведінки типу «заклику» полягає в активації допомоги ззовні з метою зміни ситуації. При цьому позиція особистості менш активна.

3) При суїциди з мотивом «уникнення» (покарання або страждання) суть конфлікту – в загрозі особистісному чи біологічному існуванню, якій протистоїть висока самоцінність. Сенс суїциду полягає в уникненні непереносимості готівкової загрози шляхом самоусунення.

4) «Самопокарання» можна визначити як «протест у внутрішньому плані особистості»; конфлікт, переважно, внутрішній при своєрідному розщепленні «Я», інтеріоризації і співіснуванні двох ролей: «Я-судді» і «Я- підсудного». Причому сенс суїцидів самопокарання має дещо різні відтінки у випадках «знищення в собі ворога» (так би мовити, «від судді», «зверху») і «спокутування провин» («від підсудного», «знизу»).

5) При суїциди «відмови» відсутня розбіжність мети і мотиву: мотивом є відмова від існування, а метою – позбавлення себе життя.

Для кращого розуміння психічної діяльності осіб, які вчиняють суїцид розглянемо мотиви і приводи суїцидальних вчинків в рамках інтеграційного підходу (Бородин & Михлин, 1978):

1. Особисто-сімейні конфлікти, у тому числі:

- несправедливе ставлення (образи, звинувачення, приниження) з боку родичів і оточуючих;
- ревності, подружня зрада, розлучення;
- втрата значущого іншого, хвороба і смерть близьких;
- перешкоди до задоволення ситуаційної актуальної потреби;
- незадоволеність поведінкою і особистісними якостями значущих інших; самотність, зміна звичного стереотипу життя, соціальна ізоляція;
- невдала любов;
- брак уваги, турботи з боку оточуючих;
- статева неспроможність.

2. Стан психічного здоров'я, в тому числі:

- реальні конфлікти у психічно хворих;
- патологічні мотивування;

- постановка психіатричного діагнозу.
- 3. Стан фізичного здоров'я, в тому числі:
 - соматичні захворювання, фізичні страждання;
 - каліцтва.
- 4. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента:
 - побоювання судової відповідальності;
 - боязнь іншого покарання або ганьби;
 - самозвинувачення за непорядний вчинок.
- 5. Конфлікти в професійній або навчальній сфері, в тому числі:
 - неспроможність, невдачі на роботі або в навчанні, падіння престижу;
 - несправедливі вимоги до виконання професійних або навчальних обов'язків.
- 6. Матеріально-побутові труднощі.
- 7. Інші мотиви і приводи.

Виявлення ризику суїцидів є важливим завданням як для всього суспільства в цілому, так і для працівників системи охорони здоров'я. В основі діагностики завжди є оцінка про- та контрсуїцидальних факторів. Існує багато психологічних методик виявлення суїцидальної поведінки, схильності до суїцидів. Ми пропонуємо короткий перелік адаптованих методик.

Метод тестування. Оцінка суїцидального ризику і намірів

Методика Психодіагностика суїцидальних намірів у дітей «ПСН «В» (В.Войцех, А.Кучер, В. Костюкевич.)

Методика діагностики схильності до поведінки, що відхиляється «СОП» (А. Орел).

Опитувальник суїцидального ризику «ОСР» (А.Г. Шмелєв).

Методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду (І.А. Погодін).

Методика визначення схильності до суїцидальних реакцій «СР-45» (П.І. Юнацкевіч).

Вивчення схильності підлітків до суїцидальної поведінки (СПСП) М.В. Горської.

Методика діагностики суїцидальних нахилів «Суїцидальна мотивація» (Ю.Р. Вагін).

Методика діагностики суїцидальних нахилів «Протисуїцидальна мотивація» (Ю.Р. Вагін).

Шкала суїцидальних інтенцій Пірса.

Шкала оцінки ризику суїциду Паттерсона.

Проективний метод дослідження суїцидальної поведінки:

Тематичний аперцептивний тест (чотири фотографії).

Тест «Ваші суїцидальні нахили» (З. Королєва).

Графічний тест «Ваші думки про смерть» Л.Б. Шнейдер.

Метод незакінчених пропозицій.

Емоційно-особистісний тест Луїзи Дюссо «Казка «Похорон» (адаптація М. Габрунер, В. Соколовська).

Методи анкетування в психодіагностики суїцидального ризику:

Діагностична анкета критичних ситуацій підлітків.

Шкала безнадійності Бека.

Анкета вивчення ставлення підлітків до смерті (І.М. Лаврикова).

Метод стандартизованого самозвіту в психодіагностики суїцидального ризику.

Методика «Карта ризику суїциду».

Шкала наміри суїцидів.

Метод психодіагностической бесіди в отриманні додаткової інформації для психологічного ув'язнення і подальшої корекції суїцидальної поведінки:

Скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки (Л. Юр'єва).

Прогностична таблиця ризику серед дітей та підлітків (А. Волкова).

Наприклад, шкала оцінки ризику суїциду Паттерсона (The Sad persons Scale, (Patterson, Dohn, Bird, & Patterson, 1983) складає:

Фактор	Значення
Стать	1 – чоловічий; 0 – жіночий
Вік	1 – <19 років або> 45
Депресія	1 – якщо є
Парасуїциди	1 – якщо є
Зловживання алкоголем	1 – якщо є
Порушення раціонального мислення (марення, галюцинації, фіксація на втраті, депресивний звуження сприйняття)	1 – шизофренія, розлад настрою, когнітивні порушення
Недолік соціальної підтримки (проживання в самоті, важкі порушені відносини, що не приймає соціальне оточення)	1 – якщо присутній, особливо при недавньої втраті «значущого іншого»
Організований план суїциду	1 – якщо є, а обраний метод потенційно летальний
Відсутність дружини (чоловіка)	1 – розлучений, вдів, відділений, проживає в самоті
Хвороба	1 – якщо є, особливо хронічна, інвалідизуюча, важка

Загальний бал варіює від 0 (дуже низький ризик) до 10 (дуже високий ризик) та передбачає наступні дії.

0 – 2, низький ризик – Амбулаторне спостереження

3 – 4, середній ризик – Амбулаторне спостереження з частими зустрічами (1-3 р / нед); денний стаціонар; розглянути можливість госпіталізації.

5 – 6, високий ризик – Рекомендувати госпіталізацію, якщо немає впевненості в якісному амбулаторії спостереженні (психіатрична і соціальна служби, родичі)

7 – 10, дуже високий ризик – Госпіталізація (в тому числі примусова)

Допомога у разі суїцидальної кризи має бути негайною (хвилини, години). Необхідно зібрати інформацію про причини кризи, очікуваннях і цілях (чого хотілося досягти суїцидом), прояснити внутрішній сенс кризи, дізнатися, кому приписується вина. Потрібно давати клієнту правдиву інформацію, в тому числі і про свої почуття; слід уникати утіх.

Слід обов'язково задати питання, що стосуються суїцидальних намірів. Можлива наступна послідовність запитань:

1. Ви відчуваєте тугу і безпорадність, відчай?
2. Відчуваєте Ви, що нікому до Вас немає діла?
3. Чи є у Вас відчуття, що життя не варте того, щоб її продовжувати?
4. Чи є у Вас фантазії про смерть?
5. Чи є у Вас думки про нанесення собі самоушкодження?
6. Ви відчуваєте бажання накласти на себе руки?

Якщо пацієнт ствердно відповідає на останні питання, необхідно уточнити наступне:

- Як часто з'являються думки про самогубство / самоушкодження?
- Чи має пацієнт конкретний спосіб цієї дії?
- Чи був (є) у нього певний план самогубства (час, місце, обставини, спосіб)?
- Чи є доступ до обраного способу (медикаменти, отрути, зброя тощо)?
- Чи відчуває він здатність протистояти цим думкам?
- Що може допомогти протистояти цим ідеям (сім'я, діти, робота, друзі, надання медичної та психологічної допомоги та ін.)?

Варто звернути увагу, що більшість осіб, які вчинили спробу суїциду, повідомляли рідним, близьким особам або працівникам системи охорони здоров'я про свої наміри. Але дуже часто їх не почули. Чого слід уникати в розмові, аби пацієнт розповів Вам про свої наміри.

- Часто перебивати пацієнта.
- Показувати, що Ви «шоковані», проявляти занадто сильні емоції.
- Демонструвати, що Ви зайняті, і що у вас немає часу.
- Виявляти заступницьке ставлення (розмовляти з позицій «старшого» або всезнаючого людини).
- Допускати неясність у висловлюваннях.
- Стимулювати на більш «серйозні» суїцидальні дії.

- Давати обіцянки про те, що Ви збережете «в таємниці» суїцидальні задуми.

Основними завданнями кризового втручання є подолання винятковості ситуації, розробка ясного плану дій. При цьому альтернативний вихід із ситуації пацієнт знаходить сам, лікар забезпечує підтримку і допомагає адекватним радою. Необхідно стимулювати фізичну активність пацієнта. Опрацьовуються варіанти поведінки в майбутніх кризових ситуаціях. Після проведення першої бесіди про суїцид необхідно критично ставитися до виникшого полегшення, можливе складання «антисуїцидального контракту». Важливо, щоб після надання першої допомоги пацієнт перебував під наглядом до тих пір, поки не буде проведено подальше лікування (психотерапевтичне і/або медикаментозне).

Психологічні аспекти умирання та смерті

Смерть являє собою припинення усіх життєвих функцій. Вона має особистісне і культурне значення, стосується не тільки вмираючої людини, але й живих. Згідно з психоаналітичними теоріями, для людей нормально боятися смерті, хоча ряд досліджень показують, що набагато менше страх смерті відчують люди, які дожили до похилого віку. Їх лякає не сама смерть, а можливість тривалого й болісного вмирання.

Традиційно виділяють п'ять фаз пристосування до думок про смерть (Кюблер-Росс, 2001):

1. «Заперечення». Першою реакцією на звістку про смертельну хворобу дуже часто бувають слова: «Ні, тільки не я, не може бути!»

2. «Гнів» (іноді – протест). Коли пацієнт вже не в силах заперечувати очевидне, його починають переповнювати лють, роздратування, заздрість і обурення. Виникає наступне логічне запитання: «Чому саме я?», «Чому ця біда трапилася зі мною, а не з ним?»

3. «Торг/торгівля». Пацієнт намагається домовитися з хворобою, домовитися з вищою силою у тому вигляді, в якому її розуміє, «обіцяє» промірну поведінку у обмін на диво зцілення.

4. Депресія. Причин до зниження у пацієнтів з невиліковними хворобами може бути багато. Але тут йдеться не про психогенні депресії, пов'язані з минулими втратами (матеріальними, впливами хвороби на зовнішність тощо). Тут йдеться про депресію, викликану неминучими втратами в майбутньому. Не варто пропонувати такому пацієнту бачити у всьому світлу сторону, адже це, по суті, означає, що він не повинен думати про майбутню смерть. Абсолютно протипоказано твердити йому, щоб він не засмучувався, так як всі ми відчуваємо горе, коли втрачаємо кохану людину. На етапі депресії хворий буде вдячний тим, хто зможе

просто побути поруч, не роблячи постійних спроб його втішити, надаючи допомогу невербально.

5. Прийняття смерті. Якщо в розпорядженні пацієнта було багато часу і йому допомогли подолати описані вище етапи, він досягне тієї стадії, коли депресія і гнів відступають. Він уже виплеснув всі колишні почуття: заздрість до здорових людей і роздратування тими, чий кінець настане ще не скоро. Він перестав оплакувати неминучу втрату улюблених людей і речей і тепер починає розмірковувати про прийдешню смерть з певною часткою спокійного очікування. Хворий відчуває втому і, в більшості випадків, фізичну слабкість. Прийняття не слід вважати етапом радості, це, скоріш, перепочинок. У цій фазі треба створювати впевненість у хворого в тому, що він не залишиться один наодинці зі своєю смертю (контекст – "Я Вас не залишу"). Залежно від свого духовного потенціалу, лікар на цій стадії може залучити на допомогу релігію.

Однак деякі дослідники вказують на проблеми цієї моделі:

- Згідно зі спостереженнями, пацієнти не проходять через всі стадії, а порядок їх слідування не дотримується (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007).
- Емпіричність виділення стадій на основі проведення інтерв'ю з хворими
- Іноді хворі та їхні родичі підлаштовуються під відому програму стадій
- Послідовне проходження стадій залежить від оточення, тому не має підстав вважати, що всі пацієнти пройдуть через одні й ті ж стадії.

Проблема евтаназії

Евтаназія – це умисні дії чи бездіяльність медичних працівників, які здійснюються ними за наявності письмово оформленого клопотання пацієнта, який перебуває у стані, коли усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, з дотриманням законодавчо встановлених умов, з метою припинення його фізичних, психологічних і моральних страждань, у результаті яких реалізується право на гідну смерть.

Наразі в Україні евтаназія заборонена п.4 чт.281 Цивільного кодексу України де зазначено, що «забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя». Але у деяких країнах (Нідерланди, Бельгія, Швейцарія, Японія, Канада, Індія, деякі штати США та Австралії) евтаназія дозволена в тому чи іншому вигляді, чітко регламентованому законом. Зазвичай нормативні акти, які регламентують проведення евтаназії містять наступні вимоги для її проведення:

1. Неможливість існуючими на сьогодні способами і прийомами медицинивилікувати хворого, полегшити його страждання.

2. Усвідомлене прохання хворого про проведення евтаназії.

3. Достатнє інформування такого хворого з боку лікуючого лікаря щодо стану здоров'я і наслідків евтаназії.

4. Проведення консилиуму фахівців-медиків, за умови одноголосного підтвердження думки про неможливість врятувати або полегшити страждання хворого.

5. Інформування родичів хворого.

6. Інформування правоохоронних органів.

7. Рішення суду про можливість застосування евтаназії.

У даний час підхід до проблеми евтаназії характеризується полярністю думок. Якщо прихильники ототожнюють її з полегшенням хворому його страждань, з "приємною, легкою смертю", то опоненти прямо пов'язують це з убивством. Підвищений інтерес до евтаназії пов'язаний у тому числі й з істотним постарінням населення, що викликає безліч питань соціального, економічного, медичного і правового характеру.

Виділяють два її види: активну і пасивну евтаназію.

Активна евтаназія – навмисне умертвіння «з жалю», на прохання хворого, або без нього. У правовому аспекті ці дії кваліфікуються як навмисне вбивство – в тих країнах, де евтаназія заборонена законом. Активну евтаназію називають також "методом наповненого шприца".

Пасивна евтаназія – припинення особливо складних медичних методів для підтримання життя хворого, які хоча і продовжують його існування, але й не рятують. Йдеться про скорочення періоду дістаназії, тобто "Поганого вмирання". Інша назва пасивної евтаназії – "метод відкладеного шприца". У країнах, де евтаназія визнана законодавчо, для її виконання необхідно дотримання близько сорока вимог, у тому числі має бути і констатація відсутності яких-небудь інших сучасних медичних методів збереження життя хворого.

Основні аргументами проти евтаназії:

– можливість помилкового діагнозу, коли первинно невиліковне захворювання, виявляється, надалі піддається лікуванню;

– гуманність професії лікаря, що зобов'язує останнього продовжувати життя, а не прискорювати прихід смерті;

– дозвіл евтаназії здатний призвести до зловживань з боку медичних працівників (вбивства, замасковані під евтаназію);

– порушення волі бога (вищої сили у тому вигляді, в якому її розуміють);

– незворотність рішення – неможливість змінити рішення про евтаназію в процесі її проведення, якщо особа, стосовно якої проводиться ця процедура, передумала;

– зупинка прогресу в медичній науці.

Основні аргументи за евтаназію:

– це вищий прояв реалізації права людини на життя;

– законодавство дозволяє хворому відмовитись від лікування;

– краще спокійна гідна смерть, ніж важкі, принижуючі страждання, породжені нестерпним болем;

– обмеження прав невиліковно хворих людей у порівнянні з іншими людьми, оскільки останні для зведення "рахунків з життям" можуть зробити самогубство, у той час як невиліковно хворі за станом здоров'я часто позбавлені такої можливості;

– перерозподіл медичних ресурсів – дозвіл евтаназії може вивільнити обмежені медичні ресурси для надання допомоги іншим, не смертельно та невиліковно хворим особам.

Наразі в Україні та світі розвивається система надання паліативної та хоспісної допомоги. Головною метою паліативної допомоги є створенням максимально можливого комфорту для хворого (в першу чергу знеболення), тобто метою паліативного лікування є поліпшення якості життя хворої людини. Особливо це важливо для хворих приречених, повільно вмираючих (наприклад, від онкологічного захворювання).

Паліативна медицина визнає тяжкість людських страждань і прагне полегшити їх, але не визнає правомірність евтаназії як засобу припинення страждань. Головним тут є не тільки продовження життя, а й створення умов для того, щоб решта життя для хворого була більш комфортабельною і значущою. З цих позицій прохання про евтаназії – це свідчення неспроможності проведених лікувальних заходів, якщо вони взагалі проводилися, а неконтрольовані страждання термінальних хворих повинні розглядатися як невідкладний клінічний стан (Новиков & Чиссов, 2006).

Коли вичерпані можливості патогенетичного лікування основного захворювання, для полегшення страждань хворого вдаються до симптоматичного, а в цих ситуаціях так званому паліативному лікуванню. Головною його метою є знеболювання зі створенням максимально можливого комфорту для хворого, тобто метою паліативного лікування є поліпшення якості життя хворої людини. Особливо це важливо для хворих приречених, повільно вмираючих (наприклад, від онкологічного захворювання). Головним тут є не тільки продовження життя, а й створення умов для того, щоб решта життя для хворого була більш комфортабельною і значущою.

Рекомендована література

1. Кюблер-Росс, Э. (2001). О смерти и умирании. Киев : София.
2. Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297(7), 716–723.
3. *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. (2018). Geneva: World Health Organization. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>
4. Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24 (4), 343–345, 348–349.
5. Saxena, S., & Krug, E. G. (Ред.). (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva : World Health Organization.

ОСНОВИ ПСИХОГІГІЄНИ. ОСНОВИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

Психопрофілактика – це галузь психологічної медицини, яка розробляє заходи, що запобігають виникненню психічних захворювань (Білобровка et al., 2018).

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 та душевний розлад.

Психопрофілактичні заходи прийнято ділити на три етапи або рівні: 1 - здорова людина, 2 - страждає тимчасовими психічними розладами; 3 - наявні чинники ризику психічного захворювання. Конкретно психопрофілактику поділяють на первинну, вторинну та третинну (Никоненко, 2016).

Первинна психопрофілактика – це система заходів щодо запобігання виникненню нервово-психічних розладів. Вона передбачає боротьбу з алкоголізмом і наркоманією, охорону здоров'я (зокрема психічного) дітей і вагітних жінок, правильну організацію виховання і педагогічного процесу, організація годин занять і відпочинку учнів з урахуванням віку, прогнозування можливих спадкових хвороб, а також організацію режиму праці і відпочинку, масове залучення населення до занять фізичною культурою і спортом, створення найбільш сприятливих умов для охорони здоров'я, для виховання фізично і духовно сильних людей (Білобровка et al., 2018).

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 психогенії. 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 травматизму на виробництві і в побуті, покращення 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 ситуація в країні, соціальна незахищеність, безробіття, міжнаціональні конфлікти тощо.

Безпосередніми причинами пограничних психічних розладів (психогенних реакцій, неврозів) дуже часто спричиняють сімейні, соціальні, побутові та інші конфлікти. Однією з причин можуть бути ятрогенії і порушення правил 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

методів 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 внутрішньо особистісний 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 з позиції здорового глузду і з позиції здорового глузду діяти.

Визначальна 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. Ці завдання тісно пов'язані з соціальною психологією, оскільки необхідним є уважне вивчення групової, колективної діяльності, спільної поведінки і спілкування, особливостей психічного стану індивіда як особистості та 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.

Як приклад може бути наведено діяльність установ сфери охорони здоров'я (лікарні, пологові будинки, жіночі консультації тощо) щодо своєчасної (у тому числі і допологової) діагностики патологій внутрішньоутробного розвитку дітей; вирішення проблеми зайнятості дозвілля дітей та підлітків силами установ системи шкільної та позашкільної освіти, тощо. Слід зазначити, що саме первинна профілактика (її своєчасність, повнота і постійність та приємність) є найважливішим видом превентивних заходів у галузі запобігання відхилень у поведінці дітей та підлітків (Никоненко, 2016).

Вторинна психопрофілактика – це комплекс заходів, спрямованих на ранню діагностику психічних захворювань, своєчасне і активне лікування захворювання, що вже почалося, запобігання небезпечним для життя хворого станам. 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, як в стаціонарі так і в подальшому, після виписки.

У вторинній психопрофілактиці важливе місце належить комплексній фармакотерапії, зокрема й плацебоекту.

Ефективність дії лікарської речовини залежить від психічного стану хворого. Щоб виявити елемент навіювання при вивченні нового препарату, щоб не завищувалася позитивна дія ліків і справжній лікувальний ефект, застосовують спеціально виготовлені лікарські форми, яким надають максимальної схожості з препаратом, що випробовується. Плацебо застосовують не лише для вивчення дії лікарських препаратів, а й з терапевтичною метою, наприклад, коли хворий наполягає на вживанні препарату, а лікар не вважає за доцільне, або на додаток до активної терапії. В таких випадках вживання плацебо приводить до позитивного лікувального ефекту, та його посилення.

Ефект плацебо залежить від соціокультурних особливостей соціуму, характеру хворого, особистості лікаря та їхніх взаємовідносин. Довірливі люди, люди, які легко підпадають під зовнішні впливи, вірять лікареві, сильніше реагують на прийом плацебо. Посилити ефект плацебо можна за допомогою форми, смаку, кольору, запаху (солодкі, гіркі, ароматичні, таблетка чи форма для ін'єкцій). Навіть зовнішній вигляд упаковки має значення в ефективності плацебо. При проведенні активної лікарської терапії поліпшення стану хворого може бути пов'язане не тільки з дією лікарського засобу, але й з плацебо-ефектом (Вітенко et al., 2001).

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, та тривалої психотерапії.

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.

Суть реабілітації полягає в тому, щоб шляхом використання збережених психічних задатків 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, уміння 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 реадаптацією, 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 функціонування.

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 можливості хворого, його інтереси, інтелектуальний рівень і життєві установки (Никоненко, 2016).

Психологія профілактики

Втілення в практику профілактичних заходів часто зустрічає деякі традиційні звичні погляди людей. Одним з них є спрощений погляд на хворобу і лікування. Більшість людей розуміють цю проблему в таких категоріях:

Хвора людина–лікар–ліки–лікування–здорова людина.

Таке уявлення найбільш близьке розумінню звичайної людини. Категорії профілактичного порядку менш доступні прямому розумінню:

Причини хвороби – профілактичні заходи – здоров'я населення, людини.

Профілактика ще не розроблена остаточно і не при всіх хворобах ефективна. Часто заходи, які слід проводити при профілактиці, бувають пов'язані з особистими неприємностями і обмеженням задоволень, і задоволенням різних вимог (наприклад, за потреби схуднути, обмежити куріння, при виконанні вимоги займатися фізкультурою).

Звідси витікає подвійне ставлення населення до профілактики, де зустрічаються інтереси і побоювання з двох протилежних сторін: бажання бути здоровим і водночас бажання отримати як можна більше задоволення (Вітенко et al., 2001).

Психологія санітарної просвіти

Санітарна просвіта – це лікувальна психопрофілактична діяльність, метою якої є залучення населення як до індивідуальної профілактики і участі в лікуванні, так і до ширшої суспільної профілактики, тобто передусім створення здорового життєвого середовища.

За змістом важливими темами санітарної просвіти є: психічна гігієна і профілактика неврозів, статеве виховання і охорона здоров'я матері і дитини.

Форма санітарної просвіти може бути колективною й індивідуальною. Деякі форми колективної санітарної просвіти діють на ширші прошарки населення, здебільшого на здорових людей, наприклад, поради лікаря, що передаються по радіо і телебаченню, публікації в пресі, короткі фільми і бесіди скеровуються на ширші верстви населення, так і цілеспрямовано – на певні визначені групи суспільства: на робітників

таких підприємств, де їх життя перебуває під загрозою, на групи хворих певними хворобами, на хворих одного стаціонарного відділу лікарні.

Індивідуальна санітарна просвіта, що має характер короткого пояснення, за яким проводиться розмова, спрямована на окрему людину, найчастіше на хворого і його родичів. Індивідуальна санітарна просвіта пронизує весь лікувальний процес. Зокрема, індивідуальна санітарна просвіта родичів має значення особливо в справі охорони здоров'я дитини. Зокрема- гармонізувати психіку матері з гіперопікою, чи іншими вадами виховних стратегій

Санітарна просвіта у всіх формах різною мірою сприяє ширшій суспільній профілактиці запобігання виникнення та поширення визначених хвороб, а також сприяє профілактиці рецидивів хвороб, які вже вилікувані (Вітенко et al., 2001).

Психогігієна. Загальна характеристика психогігієни

Психогігієна – галузь психології і медицини, насамперед гігієни, яка вивчає фактори й умови навколишнього середовища, що впливають на психічний розвиток і психічний стан людини, і розробляє рекомендації щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я (Білобровка et al., 2018).

Елементи психічної гігієни з'явилися в життєвому просторі людини задовго до того, як почалась наукова систематична розробка принципів психічної гігієни і розвиток гігієни розумової діяльності.

Ще в античній літературі ми часто зустрічаємось з поняттям міри, психічної гармонії, життєвої мудрості. Демокрит говорив про евтімію, тобто добре врівноважене життя. Епікур про атараксію – душевний спокій мудрої людини, яка пізнала закони природи і позбавилась страху смерті. Церковна ідеологія середньовіччя із своїм дуалізмом душі і тіла опиралась перш за все на релігійні і моральні категорії, дещо односторонньо розглядаючи і оцінюючи психічні явища з точки зору гріха, вини, самовідданої любові, відношення до надприродних сил і підготовки до загробного життя. Релігійний світогляд того часу давав можливість людям в більшій мірі пасивно пристосовуватись до життєвих умов, зменшував ступінь суб'єктивного незадоволення мас, що, в усякому разі стримувало соціальні вибухи, які могли вилитись в повстання. А нові повстання – це нова кров, нові жертви, нові репресії, нові психотравми. З цього можна зробити висновок, що і середньовічна релігія з позицій життєвої мудрості виконувала відповідну суспільно-гігієнічну “атарактичну” функцію.

Народження і становлення буржуазії в період Ренесансу принесло в життя не тільки розмах великих справ, ентузіазм, відкриття і прогрес, але також несправедливість, жорстокість і страждання, про що красномовно

свідчить історія відкриття і колонізації заморських земель, бурхливого розвитку промисловості в першу чергу в Європі і в США.

Дещо пізніше мислитель і педагог Ян Амос Коменський з наукових позицій торкнувся області, тісно зв'язаної з психічною гігієною. В своїх “Правилах життя” він писав: “Якщо хтось порушує думку або совість, то це потрібно заборонити раніше, щоб з цими речами не мати нічого спільного. Нашу думку може порушити надмірна кількість і непомірність роботи. Хто заглибиться в неї, обов'язково знайде терні, які інколи виглядають як троянди. Отже, якщо хочеш мати спокій – уникай необачності. Що приходить на твою долю – роби мовчки, що приходить на долю інших – залиши. І в своїх власних справах не будь надмірно дбайливим, педантичним по відношенню до будь-якої дрібниці. Щоб бути більш працездатним – дай собі інколи відпочинок або зміни вид праці. Там, де напруження не чергується з відпочинком, там немає витривалості. Натягнутий лук трісне. В іншому місці Коменський пише: “Зберігай правила помірності в усьому. Хочеш бути спокійним? Не розсіюйся в багатьох справах не займайся непотрібними справами, не піддавайся гніву. Хочеш бути мудрим? Не бажай всього, що ти бачиш, не вір всьому, що чуєш, не говори всього, що знаєш, не роби всього, що вмієш, а тільки те, що корисно”.

Поняття «психічна гігієна» виникла в 19 ст. Але початок організованого психічно-гігієнічного руху було започатковано К.Бірсом, який в 1908 р. випустив книгу “Душа, яка знайшлася знову”. Автор сам тривалий час був пацієнтом однієї американської лікарні для психічно хворих і після виписки з неї проаналізував недоліки в поведінці і позиції лікарів та інших працівників по відношенню до хворих. Після цього Бірс розвинув діяльність, яка була наведена на покращення умов життя психічно хворих в лікарнях і на зміну підходу і відношення суспільства до них після виписки їх з медичного закладу.

Психогігієна виникла у зв'язку з потребою боротися з поширенням захворювань, що мають психогенну природу. Кількість таких патологічних змін особливо зросла під час Першої світової війни і в наступні роки, що й стало причиною обговорення цього питання на двох спеціальних Міжнародних конференціях – у Вашингтоні (1930) і в Парижі (1937). Після Другої світової війни (Лондон, 1948) відбувся перший Міжнародний конгрес, який ухвалив організувати Всесвітню федерацію з психічного здоров'я.

С. С. Корсаков вважав головною причиною розвитку нервово-психічних розладів тяжкі умови життя людини. Поліпшення їх у масштабі всієї держави, створення належних умов праці, побуту і відпочинку зумовить зменшення нервово-психічних захворювань (Конечний, Боухал, 1983).

Психогігієна складається з таких розділів: вікова психогігієна, психогігієна праці і побуту, психогігієна сім'ї і сексуального життя.

Вікова психогігієна

Вікова психогігієна передбачає психогігієну дитинства (дошкільну і шкільну), підліткового, зрілого та старечого віку.

Піклуватися про психічне здоров'я дитини треба уже на стадії її внутрішньоутробного розвитку. Правильний спосіб життя жінки під час вагітності, додержання нею психогігієнічних і психопрофілактичних вимог – запорука збереження і зміцнення здоров'я дитини.

Від народження дитини треба стежити за режимом її годування, сну, уникати фізичних і розумових перевантажень. Психічний розвиток людини залежить від типологічних особливостей її нервової системи, від рівноваги між процесами гальмування і збудження.

Типологічні особливості протягом життя можуть зазнавати змін під впливом навколишнього середовища. Еластичність нервової системи дає змогу значною мірою коригувати психологічні параметри. Рухливі, жваві діти за деяких умов (наприклад, одноманітність) можуть стати млявими і безініціативними.

Разом з тим за сприятливих умов і відповідно до виховного впливу дитина з природженою слабкою нервовою системою може стати значно рухливішою, жвавішою.

Тому формування здорової особистості вимагає врахування різноманітних факторів, і зокрема типу її нервової системи. Дуже рухливим дітям слід приділяти особливо багато уваги, утримуючи в розумних межах їхню активність, інакше в них не формуватимуться зосередженість і самовладання, що буде заважати їм адаптуватися в колективі, становитиме труднощі щодо внутрішньої дисципліни. Загальмованим дітям бажано періодично усамітнюватися, не бути весь час у колективі, оскільки для них хвилювання є надто сильним подразником. Де зовсім не означає, що таких дітей слід тримати в тривалій або в повній ізоляції. Їм варто збільшувати навантаження поступово, систематично залучаючи цих дітей до групи однолітків. Щоб мляві діти не відставали в розвитку, їх треба постійно спонукати до тієї чи іншої діяльності.

Особливе значення має виховання почуттів у дітей дошкільного віку. Важливо, щоб у оточення був веселий, бадьорий настрій (передусім у батьків), оскільки діти буквально «заряджаються» їхнім настроєм і намагаються наслідувати їх у всьому. Тому батькам треба уникати конфліктів, сварок в присутності дітей. З досвіду відомо, що правила цього батьки часто не дотримуються. Вони навіть не уявляють, до яких наслідків може це призвести в перспективі. Важливим аспектом виховного впливу сім'ї на дитину є створення обставин розумної

вимогливості, що не припускає диктаторського, а іноді й грубого тону. Краще запропонувати різні заняття, що передбачають підвищення вимог, а також вправи, спрямовані на подолання труднощів. Це є важливою передумовою розвитку почуттів у дітей. Разом з тим у процесі формування особистості треба уникати невиправданої опіки, постійних немотивованих покарань, оскільки все це може гальмувати розвиток емоційної сфери. Важливо також зважати на думку дитини, поважати її і визнавати як особистість, намагатися якомога більше задовольняти потребу в спілкуванні. Особливо травмує психіку дітей почуття непотрібності батькам. Навряд чи можна порівняти цей негативний вплив на емоційну сферу з чимось іншим.

Значної уваги потребує комплекс проблем, пов'язаних з навчанням і розвитком учнів у загальноосвітній школі та ліцеях. Йдеться про формування у них позитивного ставлення до процесу навчання, яке значною мірою визначає розвиток пам'яті, мислення, уваги. Також треба визначити оптимальне співвідношення між фізичною та розумовою працею, навчанням і відпочинком тощо. Важливою вимогою психогігієни є додержання школярами та ліцеїстами режиму дня. Треба стежити за тим, щоб дитина в один і той самий час лягала спати і вставала, у певний час виконувала домашнє завдання, їла, гралася.

Збереження психічного здоров'я дітей вимагає від батьків вияву постійного інтересу до їхньої навчальної діяльності. Дитині, якій важко, треба допомогти і в дуже коректній формі навіювати впевненість, що вона досягне мети, якщо буде працювати. Дуже важливим фактором є оцінювання знань дитини педагогом. Навіть справедливо виставлена незадовільна оцінка часто має негативний педагогічний ефект, особливо якщо батьки замість допомоги, аналізу карають дитину.

Є й такі батьки, які, щоб уникнути травмування психіки дитини, не звертають уваги на оцінки. Це, звичайно, не вихід із становища. Потрібна копітка робота в системі «батьки–діти». Тобто, успіхи дитини, оптимістична настроєність її, рівні взаємин в сім'ї, позитивна мотивація, інтерес і захопленість при опановуванні навчального матеріалу в школі сприяють не лише розвитку дитини, а й зміцненню її здоров'я.

Психічне здоров'я залежить від правильного виховання дитини в період статевого дозрівання. Цей період сам собою характеризується істотними біологічними і психологічними змінами. Підліток – це вчорашня дитина, але ще не доросла людина. Своєрідність поведінки його визначається, передусім, потребою самоствердження. У цей період ставлення до оточення ускладнене, почуття самотності перебуває у протиріччі з невизнанням його дорослості навіть батьками.

Замість дитячого уявлення про світ у підлітків з'являється якісно нове розуміння і ставлення до навколишнього. Разом з тим форми

поведінки у них ще не досить усталені. Підлітки звичайно відчувають значну потребу в рухах. Вони гамірливі, непосидючі, що часто дорослі сприймають як навмисну недисциплінованість. Насправді ж ці дії є наслідком внутрішнього неспокою підлітка. У підлітків відбувається швидка зміна емоцій і почуттів. Так само швидко змінюються судження і відношення.

Психічний розвиток іде паралельно з прискореним фізичним розвитком. Змінюються пропорції тіла, руки і ноги стають довшими, тулуб росте не так швидко. Звідси порушена збалансованість між органами серцево-судинної системи і дихання, з одного боку, і розмірами тіла і м'язовою діяльністю – з іншого, отже, підліток відчуває недостатність кисню, він збудливий.

Батьки в цей період розвитку підлітка мають терпляче і послідовно формувати позитивні якості його особистості. Вимоги до підлітка мають бути аргументовані. Виконувати їх треба обов'язково.

Особливу увагу в цьому віці варто звертати на виховання підлітків через колектив, оскільки думку товариша вони цінують значно вище, ніж думку дорослого, зокрема й батьків.

Специфічні зміни в організмі відбуваються у період старіння. Спочатку починає знижуватися інтенсивність обміну речовин, змінюється стан функцій окремих органів і систем організму. Спостерігається зміна в серцево-судинній системі, передусім в її працездатності: в судинах зменшується кількість непосмугованих м'язових волокон, з'являються зміни в усіх відділах серця, особливо в лівому шлуночку. Порушення серцево-судинної системи зумовлюють зниження пристосовуваності до змін у внутрішньому і зовнішньому середовищі, що вимагає спеціального, передусім, тактовного поводження з людьми цього віку. Змінюється і функціонування нервової системи людини, яка старіє. Повільніше виробляються умовні рефлексії, зменшується і стає нестійкою працездатність нервових клітин, знижується активність людини і продуктивність праці.

Психологія старечого віку передбачає виконання цілої низки загально гігієнічних вимог. Особливої уваги заслуговують питання трудової діяльності людей похилого віку.

Наукові дослідження доводять, що на здоров'я людини похилого віку позитивно впливає праця (в сім разів зменшуючи розвиток старечих психозів), негативно – неробство. Виникає питання про можливість продовження трудової діяльності особами, які мають право на пенсію за віком.

Психогігієна праці та побуту

Вивчення впливу трудових процесів і відповідних взаємин між людьми на здоров'я конкретної людини є важливим завдання психогігієни праці. Вона і впроваджує відповідні заходи, що оберігають людину від згубних впливів, тобто йдеться про створення таких умов праці, які б сприяли не лише виробництву матеріальних благ, але й фізичному і моральному вдосконаленню людини. Правильно організована трудова діяльність, що відповідає інтересам людини і суспільства, є запорукою зміцнення і розвитку фізичного і нервово-психічного здоров'я.

Особливе особлива увага відводиться профконсультаційним центрам учнів і молоді.

Утім навіть професійний добір допускає психотравмуючі фактори, які спричинюють погіршення нервово-психічного стану людини. Це, насамперед, самі умови праці (дія струмів ультрависокої частоти, ультразвук, газів та ін.) Тому нині розробляють і впроваджують в практику тонші і чутливіші методи вияву професійно шкідливих факторів.

Прояви реакції організму на дії професійно шкідливих факторів можуть бути різними залежно від того, яка саме речовина впливає на людський організм.

Сучасна психогігієна всебічно вивчає вплив умов життя на стан психічного здоров'я людей і пропонує обґрунтовані рекомендації, спрямовані на подолання негативних дій навколишнього середовища. Особливо негативний як фізичний, так і психологічний вплив на здоров'я людини справляє шум. Комунальний шум спричинює головний біль, безсоння, подразливість, а отже знижує якість і продуктивність праці. Діючи на нервову систему шум призводить до нервово-психічних захворювань, якщо діє тривалий час.

До порушень психічного здоров'я призводять також різні побутові інтоксикації, що виникають внаслідок систематичного вживання наркотичних речовин. Йдеться, передусім, про негативний вплив на організм людини алкоголю та нікотину. Хронічне вживання спиртних напоїв знижує опірність організму. В нервових клітинах алкоголь накопичується і зумовлює уразливість їх. Небезпекою є порушення процесів обміну в організмі, спричинене дією алкоголю, а також різних сурогатних вин на печінку. Систематичне вживання алкоголю є причиною невротичних і неврозоподібних реакцій.

Одним із заходів боротьби з алкоголізмом, наркоманією, палінням тютюну є організація здорового відпочинку. Варто створювати різні спортивно-оздоровчі комплекси, розвивати фізичну культуру. Для деяких професій характерна гіподинамія, а обмеження рухів зумовлює в цих випадках сильне нервове напруження.

Нервово-психічне здоров'я людини залежить від правильної організації часу, коли вона не спить, і сну. Створення умов для нормального сну – один з важливих розділів діяльності санітарної служби.

Психогігієна сім'ї і сексуального життя

Питання психогігієни сім'ї, шлюбних взаємин, сексуального життя – найважливіший аспект побуту людей.

Шлюбні взаємини дуже складні, тут перетинаються інтереси психології і медицини, фізіології і гігієни, соціології, економіки, педагогіки. Вони часто є причиною нервово-психічних розладів. Саме тут частіше ніж в інших сферах життєдіяльності людини наявні відхилення від фізіологічних, соціально-психологічних вимог і норм.

До конфлікту в сім'ї призводить не лише знятий та порушений статевий потяг, а й надмірний, якщо він не знаходить реалізації.

Першим поштовхом для розриву шлюбних стосунків, за даними американських соціологів, є сексуальні негаразди. Так, 75 % сімей, які розлучилися, мотивом розлучення називають інтим (статеву дисгармонію, подружню зраду).

Сімейні розлади часто призводять до неврозів. Понад 65 % хворих «одержали» цю хворобу через конфлікти у сім'ї. Сімейна незлагодка часто призводить до фригідності у жінок і зниження потенції у чоловіків. У 50 % чоловіків зниженою активність стала саме через сімейні конфлікти, тобто вони відіграли роль психогенних факторів.

Велике значення у збереженні сім'ї має поведінка жінки. Часто зниження потенції чоловіка викликає у неї незадоволення, роздратованість. І, не знаючи причини, вона звинувачує його у байдужості, холодності. Чоловік і собі, щоб компенсувати свій недолік, починає нерозумно догоджати їй, навіть принижуватися, що, природно, викликає у неї зневагу. Таке подружнє непорозуміння часто і зумовлює сімейні конфлікти. Разом з тим неповноцінність чоловіків, знижена активність може бути несправжньою і викликаною відсутністю елементарних знань і техніки статевих зносин.

Для профілактики статевих порушень, при нормі, велике значення має правильне статеве виховання, яке починається з дитячого віку. Для профілактики гомосексуалізму важливо у дитини розвивати уяву про належність до своєї статі, у хлопців виховувати чоловічі, а у дівчат – жіночі риси характеру. Тут важлива поведінка батьків, а не їх слова. Діти повинні бачити, що є різниця між чоловічою і жіночою роботою. Правильне статеве рольове виховання повинно бути спрямовано на ознайомлення дітей із статевими відмінностями. Але у деяких закладах це не враховується, гра проводиться без врахування статі дітей, а в школах віддають шану жіноподібній поведінці у хлопців і чоловікоподібній – у

дівчат. Чоловікоподібне виховання дівчат, яке не призводить до статевих порушень, все ж дає про себе знати при створенні сім'ї.

Задоволення статевим життям у шлюбі має велике значення для створення сімейного щастя, але саме собою не може його забезпечити. Серед жінок, що отримували високе сексуальне задоволення, щасливим свій шлюб вважали 79 %, звичайним – 16 % і нещасливим – 5 %; серед жінок, які не відчували статевого задоволення, щасливим свій шлюб вважали 35 %, звичайним – 43 %, нещасливим – 21 %.

Тому для створення повноцінних та гармонійних сімейних віносин та сімейного щастя якісний рівень статевих стосунків є дуже важливим.

Справжня любов, добрі стосунки, у тому числі й сексуальні, між чоловіком і дружиною – фундамент щастя сім'ї і основа для розвитку особистості. Порушення цих стосунків практично завжди призводить до погіршення здоров'я. Для створення міцної сім'ї слід дотримуватися цілої низки вимог. Встановлено, що зрілість чоловічого організму настає в 20-23 річному віці, у жінок це відбувається дещо раніше – у 18-21 рік! Цей вік можна вважати оптимальним для створення сім'ї, тобто для шлюбу і початку сексуального життя людини. Звичайно ранній початок сексуального життя, випадкові, позашлюбні зв'язки із вживанням великих доз алкоголю не тільки супроводжуються негативними емоціями, а й несприятливо впливають на психіку і нервову систему. Зміни нервової системи і психіки так чи інакше спричинюються до порушення взаєморозуміння між чоловіком і дружиною, до розладу сім'ї з усіма тяжкими наслідками, що з цього впливають, для подружжя, а також для дітей.

Останнім часом ініціаторами розлучення частіше стають жінки, що відбиває становище жінок у суспільстві – вони економічно незалежні і вільні. Разом з тим це свідчить і про невідповідність молоді до шлюбу. Укладаючи угоду про створення сім'ї, молоді люди не знають своїх індивідуальних, перш за все характерологічних особливостей, не володіють навичками ведення домашнього господарства, не вміють розумно використати вільний час, практично не знайомі із способами задоволення сексуальної потреби. Формування готовності до створення сім'ї – це одне з найважливіших завдань медицини, психології і педагогіки. Необхідно також створювати психогігієнічні служби. Але виконання психогігієнічних вимог у цілому залежить від спільних зусиль усіх членів суспільства (Білобровка et al.).

Психогігієна колективного життя (спілкування)

Психологічний клімат – це настрій колективу, його морально-психологічна атмосфера, основним показником якої є міжособистісні стосунки. Для здорового психологічного клімату характерні

доброзичливе, товариське співробітництво, принципова взаємна вимогливість один до одного. Для формування здорового психологічного клімату важливо опанувати мистецтвом критики і самокритики. Щоб критика виконувала мобілізуючу дію щодо тих, кого критикують, їй має бути притаманна:

1. Позитивність: важливі не тільки зміст, а й форма побудови зауважень: спочатку вказати на негативні моменти, а наприкінці бесіди відзначити позитивні, оскільки краще запам'ятовуються останні слова; здійснювати порівняння не з іншими, а власне з тим, кого критикують, згадуючи при розбиранні помилок і ті моменти, коли його праця оцінювалася позитивно; якщо критика стосується незначної помилки, бажано напочатку бесіди відзначити позитивні риси опонента.

2. Перспектива: не тільки обґрунтовано критикувати за помилки, але й пояснити хоча б у загальних рисах шлях до їх подолання.

3. Конструктивність: той, хто припустився помилки, повинен зрозуміти сутність та структуру помилки, усвідомити її викорінення і уникнення її надалі. Форма критики не повинна зачіпати гідність людини, її професійної честі, самолюбства. Критика має бути направлена на помилкові дії, а не на людину, її особисті якості, та повинна висловлюватись без сторонніх осіб.

4. Неупередженість: ступінь критики повинен не перевищувати вини того, кого критикують. Щоб уникнути негативної реакції, критикуючий має подумки, а в складних ситуаціях і з олівцем в руках скласти план аналізу помилки, розділити всі чинники, що призвели до помилки, на об'єктивні і суб'єктивні, що безпосередньо чи опосередковано залежать від того, кого критикують.

5. Лаконічність: людина не може довго вислуховувати зауваження; її увага відволікається, вона починає думати про сторонні речі. При цьому найбільш доцільним є застосування дедуктивного методу умовиводів: спочатку викласти основну думку, головний вивід, а потім привести докази.

6. Цілеспрямованість: предметом критики мають бути головні, а не другорядні питання: не сперечайтесь за дрібниці, щоб не заступити головного і не підірвати віри до себе, в свої можливості.

7. Коректність, тактовність, ввічливість: брутальність, хамство, нетактовність спричиняють не тільки деморалізуючу дію на людину, знижують ефективність її праці, але й призводять до значних психосоматичних, психоневротичних і невідкладних (інфаркти, інсульти) станів. Грубість – це ознака слабкості, невміння переконати людину в своїй правоті силою логіки.

8. Оптимальна кількість зауважень. Безмірно часте і тривале використання критики спричиняє байдужість до зауважень, приводить того, кого критикують, до думки, що це є стилем роботи критика.

9. Гнучкість форми критики, яка повинна змінюватися в залежності від обставин, але мати однозначний зміст. Дотримання субординації, ступінь досвіду робітника, колегіальність.

10. Своєчасність: затримана критика не тільки втрачає свою актуальність, але й нерідко розцінюється як придирка.

11. Індивідуальність: слід брати до уваги індивідуальні якості особи критикованого – темперамент, стать, вік, здоров'я, рівень культури, кваліфікацію, минулі заслуги та мотиви, які призвели до помилки. Неадекватне сприйняття критики часто виникає необгрунтовано, як виправдання своєї поведінки.

Основні типові варіанти неадекватного сприйняття критики:

1. Демонстративний: характеризується бурхливими проявами, прагненням не стільки довести справедливість, скільки продемонструвати негативне ставлення до критики, звинуватити у помилковості обраного методу оцінки поведінки, роботи. Контраргументи «демонструються» на підвищених тонах, грубо, нетактовно. Особливо це є характерним для осіб, схильних до агресивного типу поведінки.

2. Депресивний: критика сприймається як засіб, що застосований для дискредитації, приниження, причіпок. Властиві низька самооцінка, невпевненість у власних можливостях, постійне хвилювання, надмірна вразливість, знижений фон настрою, сензитивність. Депресивна реакція створює підґрунтя для психосоматичних розладів. Її витоки нерідко знаходяться у дитячому і підлітковому віці у разі сімейного виховання з надмірною опікою, або коли дитина стає об'єктом муштри із вимаганнями педантичного виконання своїх обов'язків, слухняності.

3. Конформістський: тенденція змінювати свою поведінку відповідно до тверджень оточуючих. Будь-яка критика – вірна чи невірна – отримує позитивну оцінку, що може доходити до догодження. Властивими є відсутність самостійності при ухваленні рішень, прагнення сховатися за колективну думку, уникнути відповідальності. В окремих ситуаціях поява конформізму може оцінюватися позитивно, приміром, позитивна реакція медсестри на необгрунтовані звинувачення тяжкохворих з несприятливим прогнозом або психічно хворої людини.

4. Індиферентний: байдужа пасивність («в одне вухо влітає в інше – вилітає»). Ґрунтується на неправильному уявленні про критику – що критикують, начебто, для формального порядку, і критика не допомагає, а шкодить. Але індиферентне сприйняття критики може у деяких випадках носити позитивний характер, якщо, наприклад, осудження та докори, навіть необгрунтовані, виходять від тяжкохворої людини. Лікар чи

медсестра, керуючись логікою, мають сформулювати для себе вірну установку: «Так, хворий неправий, вчинив мені несправедливе зауваження, але його можна зрозуміти, тому що він змучений хворобою. Я не маю права сперечатися з ним, хворобливо реагувати на його зауваження...». Оптимальний варіант реагування на критику у загальних рисах описаний у широко відомій пам'ятці: «Не згоден – заперечуй, заперечуєш – пропонуй, пропонуєш – здійснюй».

Психогігієна медичного працівника

Професії лікаря і медичної сестри пов'язані з особливою психічною напругою, здатної 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 летальним кінцем, 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 тощо), 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.

До основних підходів, засобів і методів, що сприяють розвитку психогігієнічних знань і їх втіленню в життя, відносяться: широка медична освіта населення; високий рівень викладання загальної та клінічної психології в медичних закладах освіти; 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 тощо); 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 (Никоненко, 2016).

Рекомендована література

1. Білобровка, Р. І., Карпінська, Р. І., Жигайло, Н., Рахман, Л. В., Кулик, Б. В., Панас, А. Р., Плевачук, О. Ю. (2018). Основи загальної та медичної психології у вищій школі. Львів : Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. 285 с.

2. Никоненко, Ю. П. (2016). Клінічна психологія. Київ : КНТ.
3. Конечный, Р., Боухал, М. (1983). Психология в медицине. Прага : Авицениум.
4. Вітенко, І. С., Влох, І. Й., Напрєєнко, О. К., Животовська, Л. В., Білобровка, Р. І., Держко, І. З., Михняк, С. І. (2001). Практикум з психології. Київ ; Львів : Аліот.
5. Ждан, В. М., Скрипніков, А. М., Животовська, Л. В., Сонник, Г. Т., Денеко, М. О. (2014). *Основи медичної психології*: навч.-метод. посіб. Полтава : ТОВ «АСМІ».

Основи психологічного консультування в медичній практиці

Стрімкий розвиток психологічного консультування почався в 40-50 роки минулого століття. Цьому в значній мірі сприяв розвиток психотерапії. Психотерапія значною мірою зв'язана з медичним консультуванням та впливає на нього. В нашій країні психологічне консультування (а також й психотерапія) в медичній практиці регламентується наказом МОЗ № 199 від 15.04.2008 року. Згідно з цього наказу затверджений порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу.

Психологічним впливом є вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.

Мета психологічного консультування виключно:

- визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини;
- психологічне забезпечення освітньо-виховного процесу у навчальних закладах.

Психологічне консультування може надавати фахівець, який має вищу освіту за напрямком підготовки “Психологія”. Застосування методів психотерапевтичного або психологічного впливу відносно осіб з наявністю розладів психіки та поведінки може здійснюватися спеціалістами, які мають підготовку з наступних медичних спеціальностей: “психотерапія”, “психіатрія”, “наркологія”, “медична психологія”. Лікарі інших спеціальностей також можуть використовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу, якщо ці методи були набуті на циклах тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими програмами та навчальними планами. Особи, які мають дозвіл на заняття народною медициною, без вищої психологічної або медичної освіти не можуть використовувати методи психологічного та психотерапевтичного впливу.

Місця застосування методів психологічного впливу:

- медичні заклади;
- заклади Міністерства праці та соціальної політики України;
- заклади Міністерства освіти і науки України.

Методи психологічного впливу в лікувально-профілактичних закладах здійснюється:

- за самозверненням особи або її законного представника;

- за направленням лікаря будь-якої спеціальності.

Незалежно від того хто направив хворого на консультування, психологічний вплив здійснюється лише за усвідомленою згодою інформованої особи, або за згодою її законного представника.

Обсяг застосування методів психологічного впливу психолога в лікувально-профілактичних закладах:

- визначення, корекція, реабілітація та профілактика порушень взаємин з оточуючим середовищем людини;
- психологічне забезпечення навчально-виховного процесу.

Деонтологічні принципи, яких повинні придержуватися психологи-консультанти, що працюють в закладах охорони здоров'я:

- дотримання конфіденційності;
- усвідомлення обмеженості своїх можливостей та своєчасне направлення людини у якої можна запідозрити розлади психіки та поведінки до лікаря психіатра, психотерапевта, нарколога;
- уникати стосунків, що виходять за рамки професійних;
- бути неупередженим та чуйним;
- уникати ролі «Рятівника» при роботі з людьми.

Взагалі до людини треба ставитися так, як би ви хотіли, щоб до вас ставилися в аналогічній ситуації.

Етапи психологічного консультування (втручання):

- початок консультації;
- середина консультації;
- закінчення консультації.

Початок консультації:

- познайомтеся та завірите хворого в конфіденційності бесіди;
- повідомте про наявний в вашому розпоряджанні час (зазвичай близько 50 хвилин);
- використовуйте відкриті питання (це питання на які неможливо відповісти так або ні) для визначення проблеми людини;
- використовуйте вербальні (“Так”, “Я слухаю” тощо) та невербальне (кивки або вираз обличчя) заохочування;
- використовуйте активне слухання, повторення та прояснення;
- підсумуйте скарги людини;
- якщо потрібно, фіксуйте письмово основні теми та скарги у вигляді **коротких нотатків**.

Середина консультації:

- контролюйте хід бесіди та обмежуйте надмірну активність або стимулюйте знижену активність людини під час бесіди;
- представляйте кожну нову тему після повного прояснення попередньої теми;

- починайте кожну тему з відкритих питань;
 - використовуйте закриті питання наприкінці теми;
 - звертайте увагу на нову інформацію;
 - уникайте жаргонів, спеціальних або медичних термінів; якщо хворий використовує їх під час бесіди, прояснюйте їх значення;
 - обережно формулюйте діагностичні гіпотези;
 - при прояві емоцій людиною, проявляйте підтримку та емпатію.
- Приклад: “ Я розумію, як вам важко” – це емпатія, а “ Не знаю, як би я поступив на вашому місці” – це симпатія. Прояви симпатії доречні при дружній бесіді, але недоречні при консультуванні.

Завершення консультації:

- підсумуйте зміст бесіди;
- з'ясуйте відповідність консультації очікуванням людини;
- дайте інформацію або професійну рекомендацію;
- обговоріть наступні кроки та призначте за необхідністю повторну консультацію.

Зазвичай пацієнт потребує від однієї, до декількох консультацій, 1-2 рази на тиждень.

Форми психологічного консультування (втручання):

- індивідуальна;
- подружня (в якості пацієнта розглядається пара);
- сімейна (в якості пацієнта розглядається сім'я).

Підходи до медичного консультування:

- проблемно-орієнтоване консультування (направлене на виявлення зовнішніх причин проблеми);
- особистісно-орієнтоване консультування (направлене на аналіз індивідуальних причин проблеми);
- рішення-орієнтоване консультування (направлене на виявлення ресурсів для вирішення проблеми).

Психологічне консультування може проводитися дистанційно за допомогою технічних засобів зв'язку (телефонне консультування).

Реабілітація (з латинської – відновлення у правах) – це система медичних, психологічних, педагогічних та соціально-економічних заходів, які спрямовані на усунення або на найбільш повну компенсацію обмежень життєдіяльності людини, викликаних порушенням здоров'я.

Основна мета реабілітації – як можливо швидше повернути людину в суспільство та до праці.

Обмеження життєдіяльності бувають за наступними категоріями:

- пересування
- спілкування
- самообслуговування

- здатність працювати
- контроль за поведінкою
- здатність до навчання
- орієнтація в навколишньому

Основні принципи реабілітації:

- партнерство
- різнобічність впливів
- єдність біологічних та психосоціальних впливів
- поетапність впливів

Етапи реабілітації:

- етап відбудовного лікування (відновлення біологічного статусу), проводять лікарі
- етап ресоціалізації (відновлення особистісного статусу), проводять психологи
- етап соціальної реінтеграції (відновлення соціального статусу), проводять соціальні робітники.

Рекомендована література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 15.04.2008 № 199 “Про затвердження Порядку застосування методів психологічного та психотерапевтичного впливу”.

2. Спіріна, І. Д., Вітенко, І. С., Лагутін, В. А., Серебрицька, О. В. (2004). Основи психологічного консультування в медичній практиці : навч. посіб. Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС.

ПСИХООСВІТА

Інформування пацієнта про його захворювання є важливою і досить складною частиною процесу лікування та реабілітації пацієнта. В сучасній медицині будь-яка медична дія потребує інформованої згоди пацієнта, базованої на повному розумінні її сутності та можливих ризиків. По суті, психоосвіта – це реалізація фундаментального права хворого на отримання точної та повної інформації про його захворювання.

«Психоосвіта» (в англійській літературі psychoeducation, тому як синонім в україномовних виданнях можна зустріти «психоедукація», що є транслітерацією терміна) – це система освітніх та психотерапевтичних заходів, які передбачають інформування пацієнта та його родичів про захворювання (можливі причини, пускові механізми у повсякденному житті, можливості лікування та профілактики, особливості перебігу) та навчання методам співволодіння зі специфічними проблемами в повсякденному житті, зумовленими проявами захворювання. Таким чином, психоосвіта займає важливе місце в структурі реабілітаційних заходів, є основою для формування гармонійного відношення до хвороби, залучення пацієнта до активної ролі у її подоланні шляхом зміни власної поведінки та стилю життя. Психоосвіта в широкому сенсі визначається як навчання пацієнтів та їхніх родичів всьому, що може бути корисним з точки зору терапії і реабілітації.

Широке поширення психоосвітні терапевтичні програми отримали в клініці психосоматичних захворювань (бронхіальна астма, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання тощо) і різного роду залежностей, а тому оволодіння основами психоосвітньої роботи має велике значення у процесі навчання лікарів та медичних психологів, медичних сестер [2, 3]. Значну увагу необхідно приділяти психоосвіті середнього та молодшого медичного персоналу, які працюють в клініках різної спеціалізації, бо саме з цими співробітниками медичних закладів пацієнт контактує більшу частину часу.

В останні роки «психоосвіта» стала активно розвиватися в сучасній психіатрії. Основною метою психоосвіти при цьому є формування у хворих і членів їх сімей адекватного уявлення про психічні розлади і залучення до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах. Рішенням наради Міністерства охорони здоров'я України «Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні» від 22.12.2009 кафедра психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ визначена як організаційно-методичний центр з питань психоосвітньої роботи МОЗ України, результатами діяльності якого є системний розвиток психоосвіти, методичне забезпечення психоосвітньої діяльності в психіатрії та значний доробок психоосвітніх видань. Психіатри України

багато працюють в галузі психоосвіти, за роки незалежності з'явилися Інтернет ресурси, видано багато науково-популярних видань гуманістичної та дестигматизуючої направленості.

Результати впровадження психоосвіти конкретизуються у вигляді профілактики рецидивів, підвищення комплайенса та досягнення у максимально можливій мірі незалежності пацієнта від психіатричних служб.

Інтегративна модель психосвіти являє собою комплексну біфокальну (тобто орієнтовану як на пацієнта, так і на членів його сім'ї) поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, які займають особливе місце в структурі лікувально-реабілітаційних заходів.

Ефективна організація психоосвітньої роботи передбачає залучення всіх членів мультидисциплінарної команди (лікар, медичний психолог, медична сестра; реабілітолог, соціальний працівник), а також волонтерів із числа пацієнтів та представників суспільних організацій.

Основними завданнями при проведенні психосвітніх занять є:

1. Заповнення наявного у хворих і членів їх сімей інформаційного специфічного (медичного) дефіциту знань.

2. Зниження у пацієнтів і членів їх сімей рівня стигматизованості та самостигматизованості.

3. Навчання пацієнтів та членів їх сімей вмінню пізнавати перші ознаки загострення захворювання.

4. Навчання хворих навичкам співволодіння з хворобою.

5. Корекція змінених хворобою соціальних позицій пацієнтів.

6. Зменшення ризику рецидивування захворювання.

Основними принципами при проведенні психосвітніх занять є наступні:

1. Використання інформаційних модулів.

2. Використання прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії.

3. Використання тренінгових впливів.

Додатковими принципами, дотримуваними по відношенню до психічно хворим, є наступні:

1. Апеляція до здорових сторін особистості хворого індивідуума.

2. Змішаний склад учасників занять за статтю, віком, синдромально-нозологічною і особистісно-типологічною характеристикам, що полегшує подолання в процесі психоосвіти пасивності, відгородженості, напруженості і страху пацієнтів перед спілкуванням.

Основними методами при проведенні психосвітніх програм є наступні:

1. Викладання (міні-лекції).

2. Консультування.

3. Комуникативні тренінги для пацієнтів.
4. Проблемно орієнтовані дискусії в групах.
5. Тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Використовуються такі **типи психотерапевтичних втручань**:

- емоційна підтримка,
- стимуляція,
- порада,
- роз'яснення,
- уточнення,
- конфронтація,
- об'єктивація,
- інтерпретація.

В груповій психоосвітній роботі **використовуються 5 модулів**, що складають основні напрямки роботи психоосвітніх груп. При практичній реалізації цих модулів допускається гнучкість їх використання: інформація, закладена в якомусь конкретному модулі, наприклад, спосіб вирішення хворим якоїсь проблеми, може обговорюватися і в процесі заняття, яке формально відноситься до іншого модулю (коли розглядалося питання про мобілізацію ресурсів співтовариства). Як показала практика, неодноразовий розгляд при використанні різних модулів одних і тих же питань з наростаючим рівнем їх узагальнення сприяє кращому засвоєнню і закріпленню інформації.

Орієнтовний зміст психоосвітніх модулів:

Модуль 1. Підвищення рівня спеціальних (медичних) знань пацієнта і його сім'ї.

Даний модуль є серцевиною більшості психоосвітніх програм і служить таким цілям: дає слухачам концептуально вивірену модель розуміння психічних захворювань, а також дозволяє виробити у них більш адекватну установку відносно хвороби.

Зміст цього модуля включає наступні **складові частини**:

1. «Знання хвороби»: забезпечення слухачів інформацією про хворобу, її причини, клінічних проявах, типах перебігу та ефективності своєчасного лікування.

2. «Знання симптому»: забезпечення слухачів інформацією про конкретні проявах різних психічних захворювань.

3. «Знання ситуації»: визначення індивідуальних для різних пацієнтів ситуацій та обставин, що провокують погіршення.

4. «Знання соціального контексту»: обговорення значення для виникнення, перебігу хвороби та формування інтермисии або ремісії різних соціальних подій і взаємодій; позитивний та негативний вплив соціальної підтримки.

5. «Значення зворотного зв'язку»: розгляд співвідношення оцінок стану хворого з боку пацієнта, його родичів і лікуючого лікаря; аналіз розбіжностей цих оцінок для вироблення у пацієнта здатності оцінити свій стан, спираючись при цьому на внутрішні переживання і зовнішні ознаки психічного розладу (або «ключі»).

Реалізація даного модуля здійснюється у формі лекцій, дискусій, з використанням допоміжної візуальної інформації (фото, відеоматеріали) та друкованої продукції (листівки, буклети, брошюри). Крім того, пацієнтам та їх сім'ям даються домашні завдання (наприклад, самостійна підготовка їх уявлень про яких-небудь тем, з числа обговорюваних в процесі групового заняття). В якості засобу моніторингу пацієнтам пропонується вести щоденник, в якому вони відображають динаміку стану і застосування на практиці отриманих знань. Заохочується ведення пацієнтами записів під час деяких занять.

Модуль 2. Формування умінь управління медикаментозною терапією.

Цей модуль націлений на забезпечення пацієнтів і їх родичів оптимальною і несуперечливою інформацією про ліки, основні фармакологічні ефекти та побічні дії. При його реалізації провідними підкреслювалася необхідність постійної «зворотного зв'язку» щодо впливу медикаментозного лікування на пацієнта. При обговоренні цих питань лікарем йшлося також про те, як «пом'якшити» побічні дії медикаментозної терапії. Таким чином, кінцевою метою використання даного модуля було формування у пацієнтів і їх родичів лікарського комплайенса.

Модуль 3. Напрацювання навичок вирішення життєвих проблем.

Даний модуль спрямований на посилення здатності пацієнтів і членів їх сімей вирішувати проблеми повсякденного життя. У зв'язку з цим учасників психоосвітніх груп знайомили з основами багатоступінчастої моделі вирішення проблем (ідентифікація проблеми – перелік альтернативних рішень – обговорення «за» і «проти» кожного з рішень – вибір оптимального рішення – практичне застосування). Цей модуль при проведенні психоосвітньої програми використовувався у міру виявлення різних проблем повсякденного життя, що існують у сім'ях хворих. При цьому ведучий психоосвітніх занять на початковому етапі активно визначав напрямок лінії поведінки пацієнта і членів його сім'ї, а потім, в міру навчання членів сім'ї навичкам вирішення проблем, знижував свою активність і виступав в ролі модератора, сторонньої особи.

Модуль 4. Тренінг комунікативних навичок.

У процесі реалізації цього модуля пацієнти та їхні родичі навчалися більш ефективному спілкуванню один з одним і з оточуючими: вмінню висловлювати позитивні почуття, робити позитивні прямі запити,

конструктивно виражати негативні почуття, слухати інших. Для цього використовуються методи поліпшення сімейних комунікацій на основі реальних, індивідуально значущих ситуацій: елементи тренінгу комунікативних навичок, техніки модифікації поведінки, рольові ігри.

Модуль 5. Тренінг навичок співволодіння.

У зв'язку з тим, що хворі на психічні розлади в повсякденному житті замість використання успішних стратегій співволодіння (що характеризуються умінням вирішувати різні проблеми, когнітивним переструктуруванням, опорою на соціальні контакти, вираженням емоцій) частіше застосовують неуспішні стратегії співволодіння (що виявляються в уникненні проблем, відході у світ фантазій, соціальному усуненні, непродуктивних звинуваченнях і критичні випадках на адресу самого себе), даний модуль спрямований на вироблення у пацієнта раціональних та ефективних способів співволодіння з деякими проявами хвороби, а також – з різними соціальними ситуаціями. З цією метою застосовуються різні когнітивні і поведінкові техніки (релаксація, рольові ігри та ін.) Добре зарекомендувала себе техніка позитивної реінтерпретації – переінакшення неуспіхів в маленькі успіхи, що дозволяє підкріпити оптимізм пацієнта щодо його уявлень про власну адаптацію до соціуму.

Організація роботи психоосвітніх груп. Виходячи з принципів групової терапії, більш адекватно цілям психоосвітніх занять відповідає група «закритого» типу. Разом з тим, проведення групи в якості закритої спочатку вимагає нетривалого «напівзакритого» етапу її роботи (2-3 заняття), що полегшує її формування і робить можливим включення в неї нещодавно госпіталізованих пацієнтів. Надалі ж група продовжує функціонувати як закрита. Заняття з пацієнтами проводяться в групах по 8-10 чоловік. Дану чисельність групи можна вважати оптимальною, оскільки в групах з більшою чисельністю важче приділити увагу кожному окремому пацієнтові і стимулювати участь малоактивних членів групи. Група з меншою чисельністю має ризик достроково завершити своє існування у зв'язку з вибуванням пацієнтів через їх виписки, переведенні в інше відділення, або, зрідка, відмови від продовження подальших групових занять. Тривалість зустрічей не перевищує 1-1,5 години. Перевищення зазначеного часу виявилось небажаним внаслідок наростаючого стомлення хворих і зниження їхньої продуктивності. Більш коротка тривалість проведення психоосвітніх занять не дозволяє повноцінно розглянути обговорювані питання. Заняття зручніше проводити без перерви, тому що в протилежному випадку втрачається багато часу на організаційні питання. При необхідності окремі пацієнти повинні мати змогу самотійно виходити з приміщення, в якому здійснюється психоосвітня програма (наприклад, при вираженій непосидючості, фізіологічних потребах). Оптимальною частотою зустрічей є проведення

занять 2-3 рази на тиждень (при перебуванні хворого у відділенні). Більша частота зустрічей перевтомлює хворих і не завжди сприяє кращому засвоєнню ними матеріалу. Хоча в деяких випадках, наприклад, при малій тривалості госпіталізації, збільшення частоти зустрічей може бути виправданим. Більш рідкі зустрічі (1 раз на тиждень) занадто подовжують тривалість всієї програми і швидше можуть бути використані в рамках підтримуючих психоосвітніх занять з амбулаторними пацієнтами, які повністю пройшли програму в умовах їх стаціонарного перебування у відділенні. Загальна тривалість психоосвітньої програми для пацієнтів становить 8-9 тижнів, так як при меншій тривалості не вдається виконати повністю всіх завдань психоосвітньої програми. Більша ж тривалість психоосвітнього циклу занять перевищує тривалість перебування хворого у відділенні і приводить до необхідності продовження проведення групових занять після його виписки з відділення, що не завжди є зручним (у зв'язку з необхідністю хворих відлучатися від роботи, афішувати перед своїми колегами факт продовження психіатричного лікування і т. п.). Зустрічі з родичами пацієнтів проводяться 1 раз на тиждень по вечорах. При більшій частоті таких занять родичі починають їх пропускати (у тому числі найчастіше – з об'єктивних обставин), а потім і зовсім переставали відвідувати. Оптимальним виявилось проведення групових занять у другій половині дня, коли родичам простіше знайти вільний час, і дотримуватися тривалості його від 60 до 90 хвилин.

Основою інформаційної складової психоосвітньої роботи є доказові дані, які містяться у відповідних медико-технологічних документах (керівництвах та протоколах лікування).

Прояви депресії можуть бути різноманітними, але всі вони пов'язані зі зміною настрою та ставлення до подій повсякденного життя, характерними є відчуття пригніченості, безнадії та безпорадності. Знижується інтерес до життя та всіх його задовольень, зникає бажання спілкуватись з оточуючими, виникають песимістичні думки про марність життя та про власну непотрібність, можуть виникнути навіть думки про самогубство. Депресивний стан впливає на працездатність, мотивацію і оцінку життєвих подій і може стати причиною життєвих проблем.

Основними проявами депресії є:

1. Пригнічений настрій, який відмічається більшу частину дня практично щоденно, особливо, в ранкові години, упродовж 2-х тижнів та більше, незалежно від зовнішніх обставин.

2. Відчутне зниження або повна втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов'язана з позитивними емоціями.

3. Немотивоване зниження енергії та активності, підвищення втомлюваності при фізичних та інтелектуальних навантаженнях.

4. Зниження самооцінки, впевненості в собі, наявність почуття провини, безпорадності, розгубленості, невпевненості в своїх діях, нездатність прийняти рішення чи зосередитися.

Часто спостерігаються інші скарги – надмірна сонливість або ж безсоння, тривога та занепокоєння, дратівливість, апатія, плаксивість, можуть виникнути порушення апетиту, зменшення або збільшення маси тіла.

Виділяють біологічні, психологічні та соціальні причини депресії.

До біологічних причин відносяться порушення біохімічних процесів у головному мозку, що призводить до зміни концентрації у ньому таких біологічно активних речовин, як серотонін, норадреналін та допамін. Такі порушення можуть мати спадковий характер.

Психологічних причин депресії може бути декілька. По-перше, це особисті відносини – в родині, на роботі, з друзями – які характеризуються надмірною критикою та підвищеним рівнем конфліктності. По-друге, стресогенні ситуації – смерть близьких людей, розлучення, втрата роботи. Важливим фактором є соціальна ізоляція – відсутність або недостатність довірчих контактів та емоційної підтримки.

До соціальних факторів відносяться також підвищений рівень стресу та соціальна нестабільність, які є характерними ознаками сучасного життя. Підґрунтям для розвитку депресивних розладів може також стати перевтома або тяжке захворювання з тривалим перебігом, особливо – у випадку, коли воно призводить до інвалідизації.

На початкових стадіях депресії людина просто песимістично оцінює все, що відбувається з нею або навколо неї, вона часто зосереджує увагу на тривожних спогадах, які її непокоять, картає себе за те, що неправильно вчинила в тій чи іншій ситуації. Люди можуть не звертатися за допомогою, оскільки вважають, що у них є всі підстави для того, аби перебувати у поганому настрої, вони не вірять, що зможуть коли-небудь знов відчувати радість і енергію. Однак таке ставлення є помилковим. Депресія – це хвороба, і цю хворобу краще лікувати на початкових стадіях. Дуже важливо вчасно звернутись по допомогу до лікаря.

Якщо у Вас пригнічений настрій, роздратованість або плаксивість, Ви відчуваєте постійну тривогу або почуття провини, у Вас з'явилися розлади апетиту та сну, і цей стан триває більше 2-х тижнів та призводить до порушення Вашої працездатності та міжособистісних стосунків, розкажіть про це Вашому сімейному лікарю. Говорити про свою проблему – значить зробити перший крок на шляху одужання від депресії.

Сучасний підхід до лікування депресії включає прийом фармакологічних препаратів – антидепресантів, проведення сеансів психотерапії, або їх комбінацію. Вибір стратегії лікування залежить від тяжкості симптомів, їх тривалості, наявності супутньої патології та інших

факторів, які може оцінити тільки лікар. Лікування депресії, яка виникла вперше, може призначити дільничний терапевт або сімейний лікар. Лікарі-спеціалісти – лікарі-неврологи, лікарі-психіатри – переважно, надають медичну допомогу пацієнтам з депресією за необхідності проведення додаткових діагностичних обстежень, при виникненні ускладнень або за умови неефективності призначеної терапії. У медичних закладах, що надають первинну медичну допомогу, використовують переважно антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захвату серотоніну. Ці препарати, здебільшого, добре переносяться, не викликають залежності та звикання. Потрібно знати, що терапевтичний ефект від препаратів цієї групи настає поступово, переважно, проходить 2-3 тижні до виникнення позитивних змін, тому дуже важливо дотримуватись рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози та тривалості курсу лікування і не відміняти препарати самостійно. При дотриманні режиму лікування Ваш стан поступово покращиться, але Вам потрібно знати, що для зниження ризику виникнення повторного епізоду депресії в майбутньому, препарат потрібно приймати тривалий час – принаймні впродовж 6-ти місяців після покращення самопочуття.

Психотерапія є важливою складовою лікування депресії. Вона допомагає здобути навички емоційної саморегуляції, що дозволяє, зокрема, більш ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та реально оцінювати життєві проблеми.

При лікуванні депресії важливо дотримуватись рекомендацій щодо режиму праці та відпочинку, гігієни сну та інших заходів, які є складовими здорового способу життя. Пред'являйте до себе посильні вимоги – це стосується як роботи, так і взаємовідносин з оточуючими, ставте перед собою реальні цілі, по можливості, уникайте людей, спілкування з якими Вам неприємне та підтримуйте регулярне спілкування з близькими Вам людьми, які можуть надати Вам емоційну підтримку. Плануйте позитивні події – зустрічайтесь з друзями, слухайте музику, займайтеся спортом або фізкультурою хоча б 2 рази на тиждень. Позитивні емоції збільшують рівень серотоніну та допаміну, регулярні фізичні вправи зменшують рівень гормону стресу – кортизолу, що сприяє зменшенню відчуття тривоги. При депресії позитивну роль відіграє будь-яка фізична активність, серед найбільш популярних – зайняття танцями, йогою, плавання, гра в теніс, інші спортивні ігри. Рекомендується надавати перевагу груповим заняттям, або заняттям у компанії. Хороший ефект мають медитаційні техніки та заняття йогою. Намагайтесь більше бувати на вулиці у світлу частину доби – у ряді досліджень показано позитивний вплив сонячного світла на перебіг і профілактику депресії. Важливою складовою лікування депресії є нормалізація сну – нестача сну призводить до фізичної втоми та емоційного виснаження. Обмежте

прийом напоїв, які містять кофеїн та алкоголь – вони збільшують тривожність та сприяють безсонню. Слідкуйте за своїм харчуванням – намагайтесь їсти 4-5 разів на день, навіть якщо апетиту немає – низький рівень глюкози в крові має негативний вплив на перебіг депресії. Харчування має бути повноцінним щодо вмісту основних груп продуктів, вітамінів та мікроелементів для підтримки фізичних сил та нормального обміну біологічно активних речовин у центральній нервовій системі. Синтез серотоніну – одного з гормонів, що впливають на настрій – потребує достатньої кількості фолієвої кислоти та вітаміну В6, які містяться в бананах, цитрусових, овочах зеленого кольору, горіхах. Позитивний вплив на перебіг депресії має також вітамін С, основним джерелом якого є свіжі фрукти та овочі. Не рекомендується зловживати кондитерськими виробами і солодощами – це призводить до різких коливань рівня глюкози в крові і може посилити відчуття втоми та розбитості.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Співпраця з лікарем та Ваша активна участь у лікуванні значно підвищує вірогідність одужання. Депресію можна вилікувати!

Використання для психоосвітньої роботи медичної інформації, яка базується на даних доказової медицини, забезпечує єдність психоосвітніх установок, які пацієнт може одержати в різних медичних закладах та запобігає використанню пацієнтом недостовірної, часто шкідливої, інформації, знайденої самотійно на просторах Інтернету.

Базовими положеннями в роботі з психічно хворими та їх родичами є дотримання принципів дестигматизації, гуманістичного підходу при використанні психоосвітніх технологій, доступність інформації для всіх пацієнтів незалежно від мовних, соціальних особливостей та наявності спеціальних потреб (порушення зору, слуху, мовлення тощо).

Рекомендована література

1. Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3), 205–225.
2. Гавенко, В. Л., Бітенський, В. С., Абрамов, В. А., Влох, І. Й., Кожина, Г. М., Коростій, В. І., ... Юр'єва, Л. М. (2015). *Психіатрія і наркологія:*

підручник (2nd ed.; В. Л. Гавенко & В. С. Бітенський, eds.). Київ : ВСВ «Медицина».

3. Марута, Н. О., Чабан, О. С., Вітенко, І. С., Кожина, Г. М., Коростій, В. І., Юр'єва, Л. М., Баль, А. С. (2013). Психіатрія : навч. посіб. Київ : ВСВ «Медицина.»

4. Марута, Н. А., Кожина, А. М., Коростий, В. И., Гайчук, Л. М. (2011). Жизнь с шизофренией. Что делать? Харків : ФОП Шейніна О.В.

5. Кожина, А. М., Коростий, В. И., & Гайчук, Л. М. (2011). Памятка для пациентов с депрессией. Харків : ФОП Шейніна О.В.

6. Марута, Н. А., Кожина, А. М., Коростий, В. И., & Стрельникова, И. Н. (2014). Жизнь с эпилепсией. что делать? (Научково-популярне видання) Краткое руководство для пациентов, страдающих эпилепсией и их родственников. Серия литературы по психообразованию. Харків : ФОП Шейніна О.В.

7. Кожина, А. М., Коростий, В. И., Кришталь, В. Е., Сухоиванова, Е. И., Литвиненко, В. В., & Кольцова, Г. Г. (2012). Психообразовательные стратегии как неотъемлемая составляющая современной психиатрической помощи. *Український вісник психоневрології*, 20 (3), 186.

8. Кожина, А. М., Гайчук, Л. М. (2013). Психообразование в системе современной психиатрической помощи. *Таврический журнал психиатрии*, 17 (2), 38–39.

9. Коростий, В. И., Литвиненко, В. В. (2013). Психообразовательные программы в системе реабилитации наркологических больных. *Таврический журнал психиатрии*, 17 (2), 42.

10. Кожина, А. М., Коростій, В. І., Шикова, В. В., Сухоиванова, Е. И., Кришталь, В. В. (2014). Эффективность цикла психообразовательных занятий на госпитальном этапе лечения пациентов с шизофренией. *Український вісник психоневрології*, 22 (2), 83–85.

11. Kozhyna, A. M., Korostiy, V. I., & Gaichuk, L. M. (2012). Psychoeducation in the treatment of patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 27 (S1), 1183.

12. Kozhyna, G., Korostiy, V., Gaichuk, L. (2013). Integrative model of psychoeducation in the treatment of patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 28, 1974.

13. Korostiy, V., Kozhyna, H., & Sukhoivanova, O. (2014). Psychoeducation in psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 29, EPA-1650.

14. Korostiy, V., Kozhyna, H., & Gaichuk, L. (2015). Psychoeducation in Multiprofessional Psychiatric Care. *European Psychiatry*, 30, 1655.

15. Kozhina, H., & Korostiy, V. (2014). Psychoeducation in multiprofessional psychiatric care: Ukrainian experience. *DGPPN Congress, Berlin, Germany, 26-29 November 2014*.

16. Kozhina, H., Korostiy, V. & Rezunenکو O. (2015) Psychoeducation in psychosocial rehabilitation of patients with bipolar affective disorder. *DGPPN Congress, Berlin, Germany, 23-28 November 2015, article*.

17. Чабан, О., Хаустова, Е., Жабенко, Е., Жабенко, Н., Олейник, А. (2012). Тревога: история сверхбеспокойных людей. Київ.
18. Чабан, О., Хаустова, Е., Москаленко-Моспаненко, Е., Гуменюк, М., Жабенко, Е., Торгун, Л., Безшейко, В. (2014). Популярная психиатрия: ответы на наиболее часто задаваемые вопросы психиатрам. Київ.
19. Чабан, О., Хаустова, Е., & Жабенко, Е. (2012). Депрессия. Маленькая книжица о большой человеческой проблеме, или что же необходимо знать о болезни и уходе за пациентом. Київ.
20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.2014 № 1003. (2014). Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Встановлення психотерапевтичного діагнозу передбачає поєднання психопатологічної (водночас з патоперсонологічною) кваліфікації [пацієнта] та орієнтації на «нормальну» й клінічну психотерапевтичні феноменології з виявленням і фіксацією процесів синдромотаксису (метасиндромів), водночас із дотриманням принципів пато-нозологічної конгруентності та врахуванням фармакологічного фону etc.

Процес психотерапевтичної діагностики зводиться до виявлення симптому / синдрому / нозоформи / патології як мішені і ракурсу психотерапевтичного впливу, а також визначення доцільного характеру і роду цього впливу з його типологізацією (ідентифікацією клінічно значущих характеристик), аналізом фармакологічного фону і вказівкою на процеси синдромокінезу та синдромотаксису в сфері компетенції психотерапії, які можуть спостерігатися та бути прогнозованими.

Це обумовлює доцільність викладення у главі принципів положень загальної [психо]діагностики, специфічною областю застосування якої, власне, і є психотерапія з притаманними їй діагностичними прийомами (під якими розуміються не лише специфічні феноменні прийоми, що їх передбачено окремими методами та методиками психотерапії, але також методологічно витримані та методично коректні психоїчні способи діагнозису, значною мірою імперативні у нормативному процесі діагностики).

Психотерапія є специфічною областю застосування психодіагностики, яка, з огляду на ригідне уявлення про наявність дисциплінарної дихотомії в межах «пато психології – психопатологія», часто помилково ототожнюється виключно з експериментально-психологічними дослідженнями (в клініці або поза нею). Визначенням синтагми *психодіагностика* при цьому є «психологічна діагностика», тобто «діагностика психіки» (куди відносяться, звичайно ж, і діагностика *психічного розвитку*, стану *психічних сфер*, і аналіз *психопатологічних феноменів*, *пато психологічних реєстр-синдромів* та інше подібне).

Кожен з методів психотерапії, особливо тих, що практикуються в своєму класичному варіанті, пропонує власний діагностичний апарат різного рівня складності, оригінальності, детермінованості, клінічної навантаженості, семіотичної інформативності, патогномонічності etc.

Проте, існує певний універсальний набір методів, послідовно спрямованих на реалізацію логіко-тактичних положень психотерапевтичної діагностики, а саме: *психотерапевтична співбесіда*; *етологічна діагностика*; *збір психоанамнезу*; *клініко-психофеноменологічне дослідження*, що включає спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми, *діагностику клінічного психотерапевтичного*

ефект-синдрому і ракурсів клініко-психопатологічного дослідження; патоперсонологічне дослідження; нейропсихологічне дослідження; клініко-культуральне дослідження.

Психотерапевтична співбесіда

Основним методом отримання інформації про пацієнта, джерелом та одночасно способом пізнання і усвідомлення психо[пато]логічних явищ на основі вербальної та емпатико-інтонаційної комунікації слугує *психотерапевтична співбесіда*. До її основних функцій можна віднести *комунікативну, інформативну, діагностичну та куративну*.

Психотерапевтична співбесіда може бути як вільною, неструктурованою («сповідь», або «клінічне» інтерв'ю), так і формалізованою, структурованою; перевагу слід надавати наративному, «глибинному» інтерв'ю, яке передбачає наявність фіксованого кола запитань, спрямованих на реконструкцію «історії життя» пацієнта.

Загальні структурно-стадійні блоки психотерапевтичної співбесіди виглядають таким чином:

- встановлення психотерапевтичного контакту;
- збір психоанамнезу та, при наявності, катамнестичних даних;
- психотерапевтична діагностика;
- визначення динаміки проявів захворювання в процесі лікування;
- психотерапевтичні впливи;
- оцінка успішності ходу психотерапії;
- підсумовування результатів вирішення завдань, які були поставлені в ході співбесіди.

Зміна стилістики поведінки психотерапевта може відбуватись у залежності від його методистської орієнтації, розташовуючись в понятійних континуумах «директивність – недирективність», «емпатія – віддзеркалення» та інших. Загалом, різні методи і методики психотерапії диктують різного рівня специфічності загальну стилістику поведінки; до варіантів останньої відносять: *емпатію* клієнт-центрованої психотерапії, *конструктивізм* біхевіоризму, *відстороненість* класичного психоаналізу, *директивність* гіпноугестії та емоційно-стресової психотерапії, *авторитаризм* раціональної психотерапії, *«експертну» позицію* нейролінгвістичного програмування, *співучасть* «еріксонівського» гіпнозу, *супровід* гештальт-терапії, *конгруентну варіативність* психометодології, і так далі.

Етологічна діагностика

Сполучена з клінічним обстеженням етологічна діагностика ґрунтується на фіксації ознак і проявів невербальної поведінки.

На даний час накопичено великий масив відомостей про особливості розвитку людини, ритуали, соціальну взаємодію в групах, гендерні відмінності поведінки, реалізацію агресії та конфлікту, поведінкові прояви психопатологічних станів.

Типологія поведінки людини включає *елементи* – найпростіші ознаки, які піддаються фіксації, *патерни* – поведінкові комплекси і *складні форми*, що складають, врешті, контекст поведінки; до неї також входять ритм та простір (геометрія) поведінкових проявів.

Записана протягом деякого часу типологія поведінки називається *етографією*; вона відображає індивідуально-типологічні особливості людини.

Елементи і патерни поведінки, патогномонічні щодо конкретних переживань пацієнтів, можуть бути враховані у психотерапевтичному процесі, наприклад, в груповій психотерапії; більш того, ці ознаки підлягають ранжуванню (зокрема, з метою визначення ступеня прихованої агресії / домінування – субмісії / підпорядкування).

Наприклад:

- переживання тривоги знаходить прояв у тривалій фіксації рук[и] на горлі (поведінковий аналог *globus hystericus*); зростання тривоги характеризується доторкуванням або захопленням частин тіла (носу, іншої руки) у чоловіків і стереотипіями (часті дотики до грудей та обличчя) у жінок;

- патерни прихованої депресії проявляються, зокрема, у вигляді збільшення тривалості погляду у вікно або на джерело світла;

- патерни прихованого страху характеризуються тривалою фіксацією руки на животі;

- патерни приховуваних намірів і брехні виражені в асиметрії міміки і порушеннях гармонійності співвідношення міміки, пози та жестів;

- агресивні й аутоагресивні тенденції є помітними завдяки низці специфічних ознак; зокрема, кількісною ознакою агресії є частота стискання руки в кулак;

У процесі розгляду типології поведінки в системі каналів комунікації часто використовуються спеціальні глосарії. Так, у *візуальному* каналі виділяють системи міміки, пози, жестів; у *аудіальному* – мелодику, тембр, тональність, ритм, паралінгвістичні елементи мови; у *тактильному* – частоту та області ауто- / гетерогрумінгу.

Психотерапевт – незалежно від методу (методики) психотерапії, який (яка) ним практикується – повинен проводити первинну етологічну діагностику, яка полягає в об'єктивному описі основних патернів

поведінки та базисного механізму останньої. В ході подальшої роботи з пацієнтом він фіксує зміни особливостей поведінки останнього.

Етологічні методи дозволяють також правильно побудувати тілесно-орієнтовану психотерапію, оскільки ступінь «приховування» різних частин тіла має біологічний підтекст.

Психоанамнез

Протокол збору анамнестичних відомостей, в цілому подібний до традиційної процедури психоанамнезу, містить коло специфічних питань, спрямованих, по-перше, на діагностику особистості і типів особистісного реагування [в різних ситуаціях], а по-друге, на виключно важливі для [психотехнічної] реалізації психотерапії випадки прояву сугестивності, гіпнабельності, прийняття рішень під впливом інших [осіб] – тобто спонтанних феноменів, близьких до психотерапевтичних (особливо до воротних, саногенних та індукційних).

Спеціальні діагностичні (феноменні) прийоми

В межах кожного (кожної) з методів (методик) психотерапії розроблено специфічні прийоми, спрямовані на діагностику всіх класів психотерапевтичних феноменів, так само як феномен-концептів і концепт-феноменів.

Так, для сугестивних методів – це перш за все дослідження сугестивності, для гіпнотерапевтичних технік – визначення ступеню гіпнабельності, для раціональної психотерапії – оцінка переконуваності і виявлення здатності до логічної переробки інформації, для психоаналізу та психоаналітично-орієнтованої психотерапії – аналіз вільних асоціацій, а потім – опору й інших концепт[-феномена]ів, для групової [психо]терапії – діагностика ряду індикаторних (по відношенню до можливості групової комунікації) факторів, для нейролінгвістичного програмування – аналіз спотворень «метамоделі», поведінкових комплексів-корелятив глибинних [мовних] структур та іншого, для трансактного аналізу – діагностика й аналіз типів трансакцій, для психометодології – діагностика пам'яті, ретроаналіз асоціацій, вивчення особливостей інтеріоризації «зовнішньої» мови, тощо.

Діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому

На сьогодні діагностика клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому вже ґрунтується на виявленні та інтерпретації сукупності виключно клінічних ознак.

Формування, а слідом за тим і редукція до клінічного рівня, процедури цієї діагностики стали можливими завдяки проведенню необхідного комплексу клініко-діагностичних експериментів, в процесі яких здійснювалися виявлення і дослідження сполучень [саногенних] феноменів, асоційованих з усіма основними методами (методиками)

психотерапії, і клінічних ефект-синдромов, з супутніми нейро(біо)хімічними, нейропсихологічними, нейро(електро)фізіологічними корелят-механізмами (складовими корелят-патернів) та етологічними корелятами.

Клініко-психопатологічне дослідження

Поряд з традиційною процедурою психіатричної діагностики (з психопатологічно-діагностичною, диференційно-діагностичною, організаційною та деякими іншими цілями) використовується розширений варіант клініко-психопатологічного дослідження, адаптований для розпізнавання та діагностики метасиндромів.

Патоперсонологічне дослідження

Комплементарне патоперсонологічне дослідження, що включає елементи експериментально-психологічного, спрямоване на виявлення особистісних особливостей пацієнта, а також їхні зміни внаслідок наявного [псих[о]сомат]ичного захворювання.

Нейропсихологічне та клініко-культуральне дослідження

Діагностика повинна містити, як мінімум, визначення семантичних полів з метою забезпечення співпадіння культурально-середовищних особливостей мови психотерапевта і пацієнта. Те ж стосується [напрацювання] етно-культурально детермінованої стилістики поведінки та взаємовідносин.

Характерні ознаки діагностичного апарату психотерапії такі: специфічність (наявність рис, що притаманні саме цьому типу діагноза); конгруентність (соразмерність потребам та цілям психотерапії); ідіографічність (врахування особистісних рис пацієнта); рамкові умови (відмінності в залежності від умов використання: у амбулаторній або поліклінічній практиках, а також профіля спеціаліста); динамічність (можливість змінюватися за рахунок додаткової складової).

Звичайно – за умов первинного прийому – психотерапевтичний діагноз є тричастковим: нозо-синдромально-персонологічним (I частина) із зазначенням конгруентного ефект-синдрому (II частина) й бажаного або наявного фармакологічного фону (III частина). Але діагноз у психотерапії виконує також й прогностичні функції: останні полягають у позначенні – у IV-й частині діагнозу – так званого «метасиндрому» (тобто діагноз стає вже чотиричастковим), а крім того, забезпечує можливість комбінації з даними додаткових – параклінічних – методів дослідження.

Для реалізації процедур постановки й формулювання діагнозу зручно користуватися спеціально розробленими та опробованими у клінічній практиці таблицями, що наведені нижче.

Так, I, *клініко-діагностична частина* діагнозу формується / формулюється згідно з табл. 1 (і з орієнтацією на прийняті у психотерапії

систематики / типології / класифікації психопатологічної феноменології / синдромології).

Таблиця 1

Клініко-діагностична частина психотерапевтичного діагнозу

Психопатологічний	ординарні		астенічний, астеновегетативний, астенодепресивний, астеноневротичний, депресивний, іпохондричний, істеричний, obsесивно-компульсивний, obsесивно-фобічний, панічна атака, психастенічний, психовегетативний, соматосенсорний etc.			
	оказіональні		гебоїдний, маніакальний, параноїдний, психоорганічний, психосенсорний etc.			
	ексклюзивні		аментивний, апатико-абулічний, галюцинаторно-параноїдний, гебефренічний, деліріозний, деменції, кататонічний, корсаковський амнестичний, онейроїдний, паранояльний, парафренний, потьмарення свідомості, псевдопаралітичний, епілептичний etc.			
Додаткові вказівки	розширення	етіопатогенетичне		патоперсонологічне		
		(ф) фон	(г) генез	(пн) патоперсоналогія		
	Формулювання	... на [...] фоні		... у особистості...		
		... генеза ...-генний		... у [...] особистості	акцентуованої за [...] типом	
	Варіанти	судинний психотравматичний органічний алгічний (хронічний біль)	судинний	істероїдної	демонстративним	
				ананкастичної	педантичним	
			психотравматичний	паранояльної	застрягаючим	
				епілептоїдної	збуджуючим	
			соматичний (соматогенний)	мозаїчної	змішаним	
			алгогенний	тривожної	тривожним	
психогенний			емоційно нестійкої	циклотимним		
				гіпертимним		
				емотивним		
ендогенний				дистимічним		
екзогенний	екзальтованим					
травматичний	шизоїдної	шизоїдним				
інтоксикаційний	залежної	аграваційно-рентним				
	дисоціальної	дисоціальним				

Фактично у клініко-діагностичній частині йдеться про психопатологічну й [пато]персонологічну кваліфікацію щодо психічного стану та особистості пацієнта.

Облігатною є вказівка на психопатологічний синдром – який, власне, і виступає мішенню психотерапевтичних впливів. Цю психопатологічну кваліфікацію бажано супроводжувати своєрідним «пато-нозологічним розширенням»: вказувати фон (як для невротичного, так і для психотичного й органічного реєстрів) або генез (частіше для невротичного й екзогенно-органічного реєстрів).

Рекомендується проводити і своєрідне «патоперсонологічне розширення» (тобто [пато]персонологічну кваліфікацію): висновок стосовно особистісних змін психопатичного або ж характерологічного рівнів.

Частина II, психотехнічна виставляється за прийнятою у сучасній психотерапії класичною типологією з урахуванням корелят-патернів і за допомогою даних табл. 2.

Таблиця 2

Асоціації саногенних феноменів і клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів

Метод психотерапії	Асоційований саногенний феномен	Клінічний психотерапевтичний ефект-синдром
Сугестивна психотерапія	Сугестія	гіпноїдний, просоночний поліморфно-конформний
Раціональна психотерапія	Переконання	«афективного мутизму»
Психоаналіз	Катарсис	істериформний, «афективного мутизму»
Біхевіоральна терапія	Підкріплення	фіксаційний
«Еріксонівський» гіпноз	Гіпнотичний транс	гіпноїдний, просоночний експлозивний, релаксаційний
Нейро-лінгвістичне програмування	Ейдетизм	ейдетичний, фіксаційний, резистентний
Гештальт-терапія	Гештальт-інсайт	резистентний
Трансактний аналіз	Скрипт-інсайт	резистентний
Моделювання поведінки	Навчання	фіксаційний
Екзистенціальна психотерапія	Аутентичність	псевдопуерильний
Психодинамічна психотерапія	Усвідомлення	істериформний
Психометодологія	Забування	гіпомнестичний

Для увиразнення фармакотерапевтичної, III частини психотерапевтичного діагнозу доцільно визначення взаємозв'язку клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів і фармакологічного тла, а також таблицями фонові психофармакології за основними групами психотропних препаратів.

Клінічний ефект-синдром, стикаючись із психопатологічним синдромом (або симптомокомплексом), зазнає вираженої трансформації, аж до руйнації; подібні зміни – патоморфоз (або ж патокінез) відбуваються і з останнім. Фактично йдеться про синдромотаксис – але привнесений, зовнішній, виникаючий під впливом спрямованого психотерапевтичного втручання.

Більш того, психопатологічний синдром – безпосередньо даний лише в мовленні й поведженні, – і конгруентний йому ефект-синдром психотерапевтичний завжди зливаються, тим самим видозмінюючи, модифікуючи один одного, і це змішання незмінно дає нову якість, – породжуючи *метасиндром*.

Фактично метасиндроми є втіленням процесів синдромогенезу, синдромокінезу і синдромотаксису у сфері компетенції психотерапії.

Клінічна характеристика метасиндромів має враховувати два основні вектори: *динамічний* і *структурний*. У динамічній площині спостерігалися такі зміни: 1) поліпшення (послаблення); 2) погіршення (посилення, підвищення інтенсивності); 3) збереження виразності психопатологічних проявів. У плані структурної перебудови виявилися можливими такі варіанти: 1) спрощення; 2) ускладнення; 3) збереження структури симптоматики. Ще одним варіантом було збереження синдромальної архітектоники і вираженості психопатологічних проявів. Зрештою, специфічним варіантом постала виражена структурна перебудова з невизначеним вектором якості.

В процесі розробки моделей клінічної реалізації психотерапії слід дотримуватися низки облігатних правил:

– адекватне, диференційоване використання психотерапевтичної феноменології;

– врахування зв'язності (асоціації) методу (методики, психотехніки) і саногенного феномена;

– орієнтація на викликані клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми з відповідними корелят-патернами;

– детермінація експлуатованих механізмів реалізації психотерапії складнопідрядною клінічною структурою курируваних психопатологічних синдромів;

– урахування клінічних особливостей метасиндромів, що виникають у процесі психотерапії.

Рекомендована література

1. Бурлачук, Л. Ф., Морозов, С. М. (1989). Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев : Наукова думка.
2. Гринвальд, С. Г., Чугунов, В. В., Михайлов, Б. В. (2009). Клиническая психотерапевтическая эффект-синдромология: семиотика, систематика, теоретические модели. *Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини*, 1 (2), 56–68.
3. Завилянський, И. Я., Блейхер, В. М., Крук, И. В., Завилянская, Л. И. (1989). Психиатрический диагноз. 2–е изд., перераб. и доп. Киев : Выща школа.
4. Корнетов, А. Н., Самохвалов, В. П., Коробов, А. А., Корнетов, Н. А. (1990). Этология в психиатрии. Киев : Здоровья.
5. Самохвалов, В. П. (1993). Эволюционная психиатрия (История души и эволюция безумия). Симферополь : ИМИС – НПФ «Движение» Лтд.
6. Самохвалов, В. П., Коробов, А. А. (1988). Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами: (Метод. рекомендации). Симферополь : Тип. изд-ва «Таврида».
7. Чугунов, В. В. (2002). Клиника и дисциплинарная история психотерапии. Київ : Здоров'я; Харьков : Око – Наука.
8. Чугунов, В. В. (2008). Клиника и дисциплинарная история психотерапии. Київ : Здоров'я; Харьков : Око – Наука.
9. Чугунов, В. В. (2009). Эффект-синдромология в психотерапии. 155–157. Харьков.
10. Чугунов, В. В. (2014). Психотерапевтический диагноз. 3–е изд., расшир. Харьков : Наука.
11. Чугунов, В. В., Михайлов, Б. В. (2008). Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии. *Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал*, 2 (1), 47–59.

КЛІНІКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ МЕТОД

Дисциплінарне розмежування психотерапії та психіатрії – важливий аспект у розумінні специфічних методів кожної з цих дисциплін, оскільки визначає їхній атрибутивний зміст. Такі демаркаційні характеристики, як диспозиційна ієрархія, патозологічний ареал, організаційний протокол, юридичний ценз щодо контингентів, а також терапевтичний арсенал, є істотними критеріями цього розмежування, однак справжня дивергенція починається лише після виходу в простір методології.

Розведенню цих психодисциплін (психотерапії і психіатрії) притаманна певна етапність. Початковий етап цього процесу ґрунтувався на наявності власної, автентичної діагностики як такої і супроводжувався проникненням клініко-психопатологічного (клініко-феноменологічного) методу діагностики – суто психіатричного атрибуту – у психотерапевтичну практику. Пізніше відбулася деіндентифікація сфер клінічної феноменології як цілого і феноменології психопатологічної як його частини, внаслідок чого клініко-психопатологічний метод став факультативним у клініко-феноменологічному підході.

На наступному етапі атрибутивного розведення психіатричної та психотерапевтичної клініки фахівець (психотерапевт) почав керуватись у своїй професійній діяльності специфічним, особливим по відношенню до дисципліни-психотерапії методом: семіотико-патоперсонологічні особливості пацієнта ідентифікувалися та інтерпретувалися за допомогою клініко-психопатологічного методу, тоді як для виконання психотерапевтичної інтервенції необхідним стало дослідження наявної феноменної бази.

Розуміння того факту, що дії психотерапевта у виконанні професійної діяльності становлять певну гностичну стратегію, наділену вираженою, неповторною специфікою, вказало на відмінність клініко-психофеноменологічного методу психотерапії від методу клініко-психопатологічного, а також методів інших психодисциплін. Визначальною особливістю клініко-психофеноменологічного методу стала сфокусованість на клінічній феноменології, яка знаходиться в сфері компетенції психотерапії, тоді як сутнісні характеристики його можна описати наступним чином:

- ідентифікація даного методу як власного, специфічного методу психотерапії;
- наявність змістовних та методичних відмінностей від методів всіх інших психодисциплін;
- спрямованість на виявлення феноменології «в сфері компетенції психотерапії», тобто, психофеноменології, як нормальної, так і клінічної;
- виключна таргетна сфера застосування – клінічна практика.

Спочатку термін «клінічна психофеноменологія» використовувався для позначення лише «нормальної» психотерапевтичної феноменології під впливом традиційної ієрархії «симптом → синдром → нозоформа», при цьому психотерапевтичний феномен за рівнем прирівнювався до психопатологічного симптому (на рівні клінічної семіотики). В подальшому, у процесі кристалізації клініко-психофеноменологічного методу цей термін набув поширення також у ефект-синдромології (на синдромальному рівні).

Методичний інструментарій, застосовуваний у клінічній практиці та дослідницьких програмах психоїчних дисциплін, включає два основні методи: клініко-психопатологічний та експериментально-психологічний (або психодіагностичний). Ці методи відрізняються за параметрами галузевої приналежності, теоретичної номінації, компетенційно-сентенційного ареалу та за способами реалізації, але є центрованими як на єдиному об'єкті (індивідуальна психіка), так і на спільному предметі (патологічні стани, реакції та процеси), внаслідок чого часто перетинаються у клінічній практиці – як в області цільового контингенту, так і в сфері технік та діагностично значущих висновків. Фактично, будь-яке дослідження психіки та поведінки в клініці зводиться переважно до використання цих двох методів – констеляції їхніх прийомів і технік, шкал і опитувальників, тестів і проб.

Дефініції та пов'язані тезауруси клініко-психопатологічного методу (і його складових) та суміжних (як конгруентних, так і конфронтуючих) діагностичних систем виявляються досить добре розробленими, водночас – дискурсивно гетерогенними. Експериментально-психологічний метод слугує допоміжним по відношенню до першого, залишаючись методологічно незавершеним та недостатньо впорядкованим, при наявності тенденцій до протезування ряду клінічних функцій, з акцентом на «об'єктивізації», «верифікації» etc. (головним чином – у сфері «депресології» і взагалі неврозології). Він набуває рис «калькулятивної» достовірності, хоча не може бути повноцінно застосований для відображення суті або окремих якісних параметрів досліджуваного психопатологічного / патоперсоналогічного феномену чи явища.

Вищезазначені методи не здатні охоплювати всю психоїчну феноменологію та задовольнити клінічну потребу в оцінці клінічної феноменології.

Метод в медико-орієнтованих дисциплінах являє собою доцільну пізнавальну (власне, діагностичну) стратегію, яка складається з ієрархічно організованої і горизонтально сполученої сукупності прийомів і технік, кодексу екзегези і поєднаних систем аргументів і апеляцій, а також

переважної дискурсивної стилістики (включаючи протокольну мову та тезаурус).

Часто тут має місце прийом, який можна позначити як «хибна тотожність»; зазвичай він постає у вигляді риторичного запитання: як можна визначати патологію, не спираючись на конституційовану норму?

Очевидним і загальноновизнаним є факт тропності / відповідності / конгруентності кожного з названих вище методів до певного поля / профілю психоїчної феноменології.

До основних характеристик методу варто віднести:

– *специфічність* (витікає із зазначених вище властивостей вторинності й конгруентності);

– *варіативність* (походить з тих же властивостей);

– *інтерпретативність* (базова властивість будь-якої гностичної діяльності);

– *достовірнісність* (істинність) (імперативна вимога сциєнтистської теорії пізнання);

– *дискурсивну гомогенність* (ця характеристика на сьогодні є факультативною з огляду на втрату академічної суворості, розмивання професійних кордонів, комерціалізацію психоїчної практики, згубну антропософсько-психоаналітичну імпрегнацію).

Тісний взаємозв'язок *феноменології та методу* можна проілюструвати так: зникнення будь-якого з фрагментів або страт будь-якої з феноменологій – наприклад, внаслідок зміни компетиційно-професійної ідентифікації – тягне за собою випадіння або перепрофілювання цілих структурно-логічних блоків і зниження функціональності (і, як наслідок, результативності) методу.

Таким чином, *метод являє собою гностичний дериват феноменології*.

До компетиційно-сентенційного ареалу клініко-психопатологічного методу входить різнорегістрова психопатологічна семіотика (а вірніше – специфіка психопатологічної феноменології / синдромології призвела до необхідності розробки такого високоспецифічного методу, як клініко-психопатологічний). Відповідно до сфери компетенції експериментально-психологічного методу (зазначимо: в рамках клініки) входить своєрідна «патопсихологічна феноменологія» (тобто факт існування цієї «патопсихологічної феноменології» – і регістр-синдромології – призвів до створення експериментально-психологічного методу). Тим не менш, мова ведеться лише про інший рівень, а часом – лише ракурс розгляду, однієї і тієї ж феноменології, яким би чином не позиціонувався префікс «пато».

Взаємовідносини названих методів ілюструють існуючу компетиційно-сентенційну дилему психопатології і патопсихології. Втім, різноманіття психоїчної феноменології не вичерпується

психопатологічною та патопсихологічною, оскільки існує ще один, не менш значущий та, імовірно, навіть переважний за обсягом і різноманіттям (оскільки він тяжіє до полюсу «нормального») клас – клінічна психофеноменологія.

Якщо перша з названих феноменологій, психопатологічна, є асоційованою з *клінічної психіатрією*, а друга, патопсихологічна, з *клінічною психологією*, то третя, клінічна психофеноменологія пов'язана з *клінічною психотерапією*.

При цьому клінічна психофеноменологія займає своєрідну позицію стосовно психопатологічної та патопсихологічної феноменологій, утворюючи своєрідний континуум:

– подібно до першої, вона розташовується в суто клінічній (причому не стільки в семіотичній, скільки в терапевтичній) площині, кардинально відрізняючись від неї своїм переважно саногенним характером, а також наявними змістовними та протокольними особливостями (як за властивостями реактивності-інтрузивності, так і за параметрами модифікації / катартичності / сугестивності etc.);

– подібно до другої, вона є [ре]активною (що обумовлює центрованість на ній надзвичайно широкого арсеналу своєрідних експериментально-стимульних прийомів і [психо]технік), при цьому відрізняється від неї холіцизмом відповіді (як на психофізіологічному, так і на персонологічному рівнях);

– на відміну ж від обох вищезгаданих клінічна психофеноменологія є зміщеною до сфери нормативної психоїчної феноменології (в контексті *виявлення, а не порівняння*), а отже тяжіє до нормології більше, ніж до патології.

З огляду на вищезазначене, викликані будь-яким нормативно-фізикальним психотерапевтичним впливом реактивно-особистісні відповіді / утворення за своїм визначенням не є патологічними (що, звісно, не виключає можливості існування парадоксальних та інтеркурентних форм реакцій).

Нарешті, ще одна надважлива відмінність клінічної психофеноменології від названих вище – облігатно тимчасовий характер реактивно-особистісних утворень / станів / явищ, які можуть бути виявлені та досліджені – і, тим більше, тих, які викликаються.

Саме клінічну психофеноменологію й вивчає клініко-психофеноменологічний метод. Отже, компетиційно-сентенційним ареалом клініко-психофеноменологічного методу є клінічна психофеноменологія.

Говорячи образно, якщо клініко-психопатологічний метод є методом психіатрії, а експериментально-психологічний – методом медичної

психології, то клініко-психофеноменологічний – методом психотерапії, і розрізняються вони в даному разі так само, як і самі ці психодисципліни.

Їхні протоколи є також відмінними. Так, для клініко-психопатологічного методу це обсервація – дескрипція – експертиза – кваліфікація, для методу експериментально-психологічного – це експеримент – фіксація – компарація – інтерпретація, тоді як для методу клініко-психофеноменологічного – це інтеракція – ідентифікація – аналіз – експлікація.

Отже, за умови збереження всієї нормативної атрибутики психоїчного методу, клініко-психофеноменологічний метод не є, подібно до методу клініко-психопатологічного, експертизою-кваліфікацією, і не представляє собою, як метод експериментально-психологічний, експеримент-інтерпретацію; його відрізняє, крім вищевказаних рис саногенності та холіцизму [відповіді], а також тенденції до нормології, активність.

Таким чином, клініко-психофеноменологічний метод є специфічним методом дослідження психіки і поведінки, орієнтованим на виявлення, аналіз та оцінку – як з утилітарною, так і з прогностичною метою – клінічної психофеноменології, або психотерапевтичної феноменології (як «нормальної» – психоїчних феноменів, що дозволяють здійснювати і, власне, супроводжують психотерапію, так і клінічної – складних реактивно-особистісних утворень, що виявляються в її результаті (процесі)), який лежить в основі психотерапевтичної діагностики.

Рекомендована література

Чайка, Ю. В., Чайка, Ю. Ю. (2003). История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 1). *Український вісник психоневрології*, 11 (4), 5–9.

Чайка, Ю. В., Чайка, Ю. Ю. (2004). История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 2). *Український вісник психоневрології*, 12 (4), 12–16.

Чайка, Ю. В., Чайка, Ю. Ю. (2005a). История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 3). *Український вісник психоневрології*, 13 (1), 10–13.

Чайка, Ю. В., Чайка, Ю. Ю. (2005b). История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 4). *Новости Украинской психиатрии*. URL : <http://www.psychiatry.ua/articles/paper193.htm>

Чайка, Ю. В., Чайка, Ю. Ю. (2007). История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 5). *Український вісник психоневрології*, 15 (2), 153–157.

Чугунов, В. В. (2002). *Клиника и дисциплинарная история психотерапии*. Киев : Здоров'я; Харьков : Око – Наука.

Чугунов, В. В. (2008). *Клиника и дисциплинарная история психотерапии*. Киев : Здоров'я; Харьков : Око – Наука.

Чугунов, В. В. (2010). Клинико-психофеноменологический метод в контексте психотерапевтической диагностики. *Журнал психиатрии и медицинской психологии*, (1–2), 64–68.

Чугунов, В. В. (2014). *Психотерапевтический диагноз*. 3–е изд., расшир. Харьков: Наука.

Чугунов, В. В., Михайлов, Б. В. (2010 а). Клинико-психофеноменологический метод. *Медицинская психология*, 5 (2), 3–15.

Чугунов, В. В., Михайлов, Б. В. (2010 б). Клинико-психофеноменологический метод в психотерапевтической практике. *Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження*, 255–259. Харків.

Чугунов, В. В., Михайлов, Б. В. (2010 с). Психотерапия и клинико-психофеноменологический метод. *Таврический журнал психиатрии*, 14 (1), 84–100.

Навчальне видання

Спіріна І. Д., Пилягіна Г. Я., Чугунов В. В., Фаузі Є. С., Живілова Я. С.,
Шевченко Ю. М.

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Підручник

Під загальною редакцією
доктора медичних наук, професора
І.Д. Спіріної

Українською мовою
Видано в авторській редакції

