

ОСНОВИ ЗАГАЛЬНОЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

за редакцією проф. І.С. Вітенка і проф. О.С. Чабана

*Рекомендовано Центральним
методичним кабінетом з вищої
медичної освіти МОЗ України
як підручник для студентів ви-
щих медичних закладів освіти
I-IV рівнів акредитації*

Тернопіль
“Укрмедкнига”
2003

ББК 88.48я723
О 75
УДК 616.89(075.3)

Авторський колектив:

*І.С. Вітенко, О.С. Чабан, С.В. Білоус, Я.М. Несторович,
В.Т. Ящук, О.П. Венгер* (кафедра психіатрії із загальною та
медичною психологією Тернопільської державної медичної
академії ім. І.Я. Горбачевського)

Рецензенти:

- завідувач кафедри психіатрії Харківського державного медичного університету, проф., доктор мед. наук *В.Л. Гавенко*
- директор Львівського державного медичного коледжу ім. А. Крупинського, проф., доктор мед. наук *М.Б. Шегедин*

О75 Основи загальної і медичної психології/За ред. І.С. Вітенка і
О.С. Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.

ISBN 966-673-041-3

Підручник для медичних сестер висвітлює загальні й окремі питання психології та медичної психології відповідно до сучасної навчальної програми.

Описано психологічні феномени, що спостерігаються при різних психологічних станах здорових та хворих людей. Охарактеризовано основні психічні функції та стани, їх взаємозв'язок та особливості при різних захворюваннях. Особливу увагу приділено сучасному розумінню психосоматичних розладів та психокорекції.

Підручник призначений для медичних сестер, медичних сестер вищої освіти, фельдшерів, а також може бути використаний студентами медичних факультетів.

ББК 88.48я723
УДК 616.89(075.3)

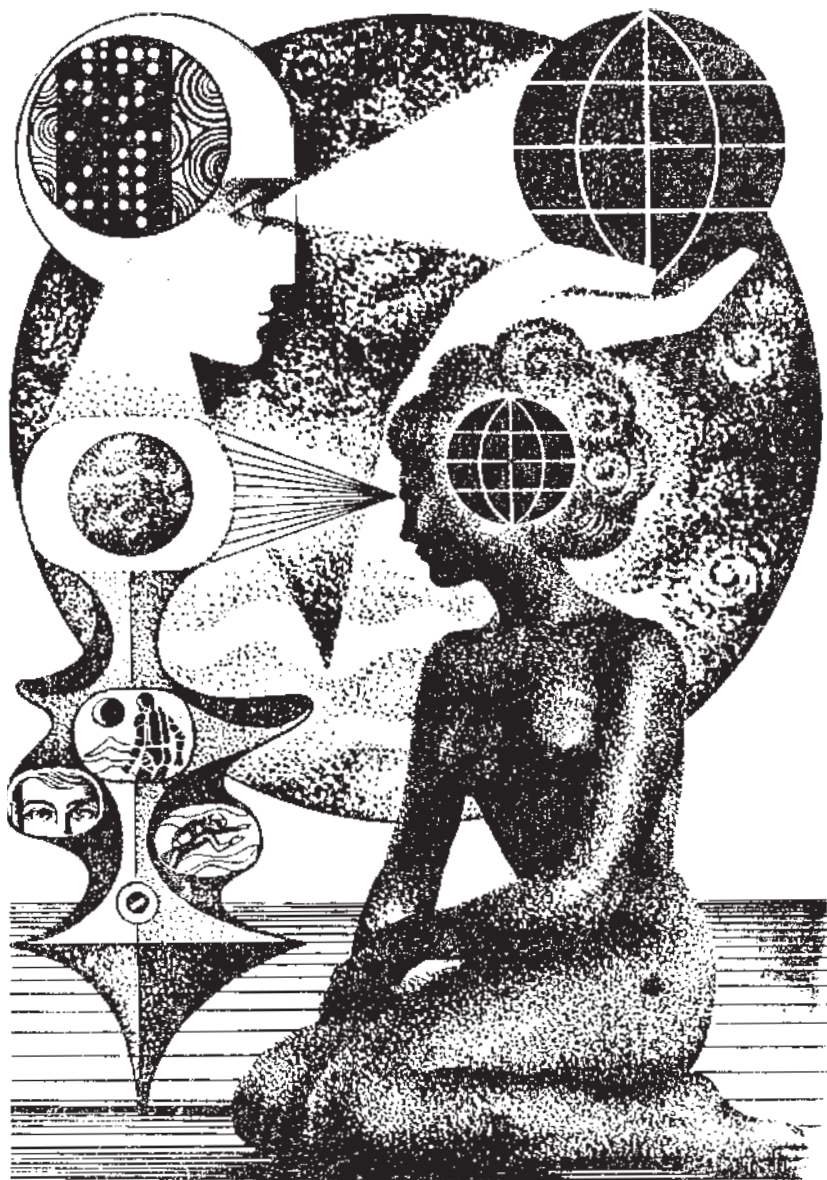
ISBN 966-673-041-3

© І.С. Вітенко, О.С. Чабан та ін., 2003

Зміст

I. ВСТУП	5
1. Предмет загальної і медичної психології. Короткий історичний нарис розвитку цих наук. Роль психології у професійній діяльності медика	8
2. Психологічні аспекти підготовки бакалаврів і молодших спеціалістів медицини	22
• Професійний кодекс медичної сестри	27
3. Мозок і психіка	30
• Еволюція психічної діяльності	35
II. ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ	41
1. Пізнавальні процеси	42
• Відчуття і сприймання	42
• Пам'ять	61
• Мислення	75
• Інтелект	85
• Розуміння і пам'ять	89
• Уявлення, поняття і уява	93
2. Емоційно-вольові процеси	97
• Емоції і почуття	97
• Увага	114
• Воля і діяльність	123
3. Свідомість	132
4. Загальне поняття про особистість. Психічні якості особистості:	145
5. Психологія релігії	164
III. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ (КЛІНІЧНОЇ) ПСИХОЛОГІЇ	175
1. Хвороба і сфери психіки	176
2. Психологія хворого	199
• Загальні закономірності внутрішньої (автопластичної) картини хвороби	199
• Типи хворих	204

• Психологічні типи реагування на хворобливий стан	208
• Госпіталізм і психічна депривація	215
3. Психологія медичного працівника	216
• Основні психологічні типи медичних сестер	224
4. Психологія родичів хворого. Психологічна співзалежність ..	226
5. Психологічні аспекти медичної етики і деонтології.....	232
6. Психологічні основи спілкування	245
• Основні психологічні компоненти спілкування	248
• Особливості спілкування людей з різними типами психологічної конституції	251
• Особливості спілкування медичної сестри з хворим.....	257
• Роль особистісного простору в спілкуванні	261
• Основи психологічної корекції спілкування	264
• Прямі методи погашення конфлікту	267
7. Основи сестринської психотерапії.....	275
• Психологічні основи психотерапії.....	275
8. Психологічний захист	296
• Позасвідомі механізми психологічного захисту	300
• Усвідомлений захист	307
• Форма захисту – релігія, молитва	310
9. Психогігієна і психопрофілактика	312
Самоконтроль (тести) із психології	320
Психологічний практикум	332
Рекомендована додаткова література	343



ВСТУП

Психологія – це наука про внутрішній, душевний світ людини. Уже саме визначення предмета цієї науки викликає багато серйозних запитань. Що таке внутрішній світ? Як співвідноситься він із зовнішнім світом? Як з'являються в нашій свідомості образи зовнішнього світу? Що таке взагалі свідомість? Як виникають наші бажання і потреби? У чому сутність волі, що направляє наші дії і вчинки? Як формується неповторний психічний склад особистості кожної людини?

Людина завжди прагнула відшукати причину всіх явищ, що привертали до себе її увагу. Серед них були питання сутності смерті й сну. Чому людина під час звичайного сну не думає про свої потреби, не реагує на звичайні подразники, не відповідає на запитання, не рухається? Чому в деяких людей під час сну спостерігаються явища сноходіння і сноговоріння? Чому під час сну тіло не розкладається, а після пробудження людина включається в життя? І, нарешті, чому після смерті людина не може повернутись до свідомості й життя, а її тіло починає розкладатись? У тих випадках, коли причина смерті не була очевидною, її пов'язували з впливом якогось потаємного фактора. Так виникло первісне уявлення про душу.

Підручник із загальної та медичної психології підготовлено з урахуванням сучасних теоретичних та практичних вимог до знань, умінь і навичок, необхідних майбутнім медичним працівникам при наданні медичної допомоги хворим, яка починається з оцінки психічного стану пацієнта, а отже, з основ практичного застосування знань медичної психології та її складової частини – автопластичної картини хвороби, а при потребі – й психопатології.

У підручнику використано новий підхід до викладання – об'єднання в єдиний комплекс складових частин основ психології та медичної психології з висвітленням та засвоєнням останніх досягнень психологічної діагностики, класифікації психопатологічних феноменів та реєстр-синдромів. Особ-

ливу увагу звернуто на збереження наступності між медичною психологією та клінічними дисциплінами, в тому числі психіатрією, наркологією, психотерапією та деонтологією.

Визначення медичної психології, її місце, обсяг дотепер дещо по-різному розуміються спеціалістами різних країн. Загальноприйнятим є те, що медична психологія є галуззю пограничною між медициною та психологією. При цьому вона вивчає проблеми медицини в психологічному аспекті та використовує психологічні методи дослідження та впливу на лікувальний процес.

У більшості країн поширене поняття “клінічна психологія”, а не “медична”. Клінічна психологія в США включає психотерапію, психодіагностику, консультативну психологію, психогігієну та реабілітацію, деякі розділи дефектології, психосоматику. В Польщі медична психологія також розуміється досить широко, її завданнями є діагностика, клініко-реабілітаційна діяльність, реабілітація інвалідів, психотерапія, психокорекція, контроль за ефективністю психокорекції та психотерапії.

На нашу думку, клінічна психологія є логічним “продовженням” загальної психології, але вже в галузі медицини, і складовою частиною медичної психології. Клінічна психологія має прикладне значення, відповідаючи потребам психіатричної, неврологічної, соматичної клініки. У нашій країні традиційно в медичну психологію включають, крім клінічної психології, також психогігієну.

ПРЕДМЕТ ЗАГАЛЬНОЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ. КОРОТКИЙ ІСТОРИЧНИЙ НАРИС РОЗВИТКУ ЦИХ НАУК. РОЛЬ ПСИХОЛОГІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИКА

Психологія як наука зародилась в античному світі. Проте трактування сутності душі й психічних процесів у древньогрецьких і римських філософів було різним. Геракліт (540-480 рр. до н. е.), Демокріт (460-370 рр. до н. е.), Епікур (341-270 рр. до н. е.) висловлювали матеріалістичні погляди на природу душі. У поетичній формі погляди античних матеріалістів на природу душі та її взаємовідносини з тілом виклав римський філософ Лукрецій Кар (99-55 рр. до н. е.). Якщо Геракліт вважав, що душа є одним із станів вогню, який вічно рухається і змінюється, то Демокріт, Епікур і Лукрецій стверджували, що вона складається з особливих найдрібніших, надзвичайно рухливих часточок.

Разом із тим, в античній філософії велике розповсюдження отримали ідеалістичні погляди про влаштування світу і психіку людей. Відомо, що майже одночасно з Демокрітом розробляв свою систему поглядів видатний філософ Платон Афіньський (428/427-348/347 рр. до н. е.). Він учив, що душа людини не матеріальна і за своєю природою є нічим іншим, як “ідеєю” – безсмертною духовною сутністю, що тільки на час земного життя з’єднується з тілом, існуючи до цього в космічному світі ідей. За Платоном, істинне життя є лише результатом “пригадування душі” світу ідей, який вона споглядала до свого земного втілення. Після тілесної смерті душа знову відлітає у світ ідей.

У світі прийнято вважати, що психологія існує як самостійна наука з 1879 р., коли В. Вундт у Лейпцигу організував лабораторію експериментальної психології. В Радянські часи стверджувалося, що перша експериментально-психологічна лабораторія була відкрита В. Бехтеревим у 1885 р. в Петербурзі. Не применшуючи значення великого внеску в психологію В. Вундта і В. Бехтерева, необхідно зазначити, що перша у світі психологічна лабора-

торія була створена М. Троїцьким у 1862 р. в Київській духовній академії при кафедрі психології. Зрозуміло, що в часи радянського воєнничого атеїзму не можна було віддати першість теологічному вузу, тому цей факт замовчувався.

Українські вчені зробили великий внесок у світову скарбницю знань із психології. У середині й другій половині XVIII століття питання психології розробляв і викладав професор Києво-Могилянської академії Г. Конинський (1717-1795). Він відомий тим, що систематизував історичний огляд вивчення душі, завершуючи його аналізом тогочасної психологічної традиції поділу душі на вегетативну, чуттєву і раціональну. Крім того, професор виділяв та описував і інші різновидності душі, зокрема “бажальну” й “рухову”, зауважуючи, однак, що цей поділ є штучним і треба мати на увазі єдину душу з певними властивостями і потенціями. Прогресивною і важливою виявилася позиція Г. Конинського щодо визнання активного характеру відображення органами чуття предметного світу. Визнаючи необхідність “згоди” між душею і тілом, він вважав, що головними властивостями раціональної душі є її нематеріальність і безсмертя.

Як уже було сказано вище, в 1862 р. в Київській духовній академії відкрили першу кафедру психології, а згодом і психологічну лабораторію. Пізніше М. Троїцького запросили на роботу до Петербурга. Так само в Московський університет від’їздить П. Юркевич – автор знаменитої психологічної праці “Серце та його значущість у духовнім житті людини”. У Київській духовній академії, починаючи свою діяльність, П. Юркевич підкреслював індивідуальність людської істоти, стверджував пріоритет переживань і почуттів, що йдуть від серця, над розумом. Він виділяв у душевному світі людини особистісну “сутність”, яка переводить те, що може бути (ідею), в те, що є (дійсність). Можна з гордістю стверджувати, що саме наш український психолог і філософ П. Юркевич випередив психологів світу на півтора століття. З переїздом М. Троїцького до Петербурга і П. Юркевича в Московський університет починаються вивчення і викладання наукової психології в Росії.

Представниками нової хвилі української психології були І. Сікорський та Г. Челпанов. Сікорський починав свою діяльність з експериментального вивчення психічних процесів. Результати цих досліджень він узагальнив у праці “Про явища втоми при розумовій праці дітей шкільного віку” (1879). І. Сікорський був добре відомим за кордоном. Так, згадану книгу негайно переклали і видали у Бельгії та Франції ще в рік її написання, а наступного року видрукували в Англії. Були видані за кордоном також його книги “Душа дитини”, “Про заїкання”. Їх використовували як навчальні посібники у Німеччині.

І. Сікорський – автор унікальної праці з фізіогноміки “Всезагальна психологія з фізіогномікою у ілюстративному викладі”. Ця робота є підсумком діяльності вченого. Саме після виходу цієї книги у світ стало загальноновизнаним, що основні риси характеру людини мають свої фізіогномічні стигми (мітки). Досвідчений психолог-фізіогноміст практично миттєво по обличчю, очах, вухах і голові може розпізнати основні риси характеру людини. Кожен майбутній медик повинен вивчити основи фізіогноміки, щоб уміти розпізнати душевну сутність хворого. Адже ще Гіппократ вчив: “Важливіше знати кого ти лікуєш, ніж що ти лікуєш”. Істотно вплинула на розвиток уявлень про природу психічної діяльності видатного психолога Г. Челпанова.

Г. Челпанов вважав, що душа є “артистом”, який керує музичним інструментом, тобто мозком. Як артист може грати тільки тоді, коли є інструмент, так і душа може впливати на тіло лише у тому разі, якщо є мозок.

У 20-30-х рр. ХХ ст. загальноновизнаним центром вивчення психології світового масштабу стала Харківська школа. На жаль, у 30-х роках більшість вчених із Харкова було переведено в Росію.

Непересічний внесок у розвиток загальної психології зробив одеський психолог Л. Рубінштейн. Його фундаментальна двотомна праця “Основи психології” є обов’язковим підручником для вивчення загальної психології в університетах.

На сучасному етапі розвитку людства, коли бурхливий розвиток науки і техніки вичерпує природні можливості, все частіше

на авансцену виступає так званий “людський фактор”, значна роль у якому належить психології. Спеціальність психолога стає все більш престижною, а кожна цивілізована людина повинна знати основи психології.

Загальна психологія вивчає структуру психічної діяльності людини й основні закономірності перебігу психічних процесів (відчуття і сприймання, пам’яті, уваги, мислення та інтелекту, емоцій та вольової діяльності, свідомості, самосвідомості, підсвідомих та несвідомих процесів). Одним із основних завдань загальної психології є вивчення особистості, її структури та основних проявів. Загальна психологія всі психічні процеси розглядає через призму особистості.

Неодмінною умовою сучасних знань про людину є постулат про єдність тіла і психіки. Сучасна психологія обов’язково враховує вплив стану тіла на психіку і дію психіки на соматичний стан.

У ХІХ-ХХ ст. сформувалось безліч окремих галузей психологічної науки, які взаємозв’язані з іншими науками, у тому числі й предмет медичної психології.

Предметом медичної психології є різноманітні особливості психіки хворого та їх вплив на здоров’я і хворобу, а також забезпечення оптимальної системи психологічних цілющих впливів, у тому числі всіх обставин, що сприяють обслуговуванню хворого, які правомірно об’єднують у систему “медик-пацієнт”.

Таким чином, медична психологія сприяє не тільки покращанню необхідних контактів із хворими, швидшому і найбільш повному одужанню, але й попередженню хвороб, охороні здоров’я, вихованню гармонійності особистості.

Більш широко медична психологія вивчає весь діапазон цілющих або згубних впливів особистості людини і міжособистих відносин на її здоров’я і хворобу.

Медична психологія поділяється на загальну і спеціальну.

Загальна медична психологія вивчає:

1. Основні закономірності психології хворої людини.
2. Психологію родичів та близьких хворого.
3. Психологію медичних працівників стосовно один одного.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПСИХОЛОГІЇ З ІНШИМИ НАУКАМИ

*Методологічною основою психології, як і інших наук,
є філософія діалектичного матеріалізму*

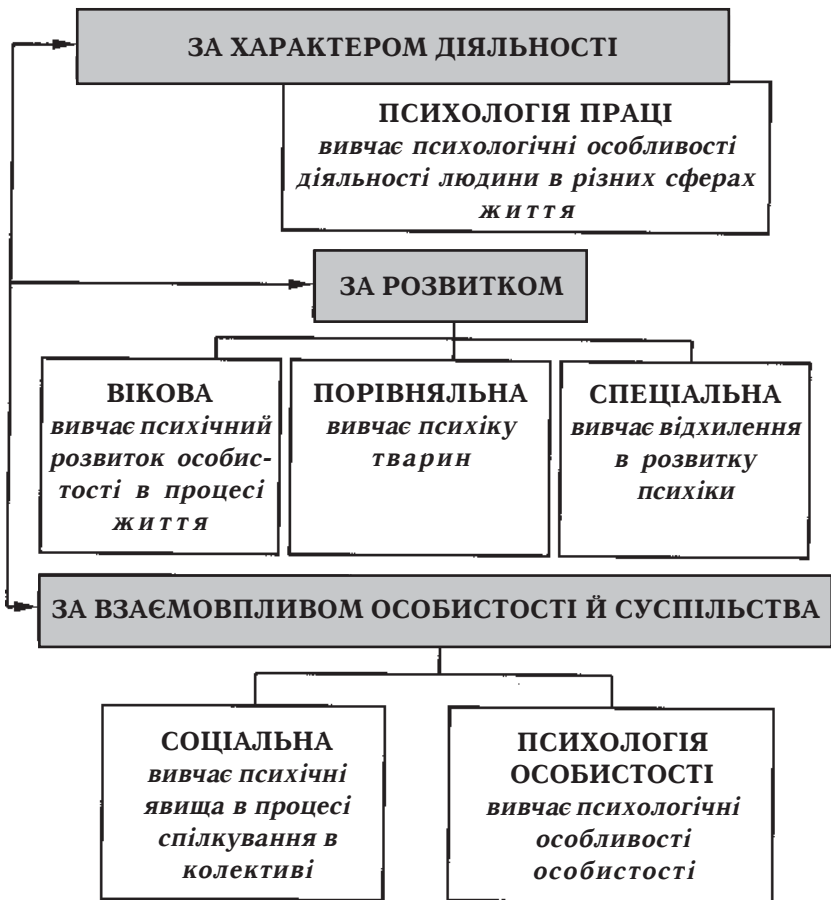


4. Психологічні аспекти спілкування медика з хворими та їх родичами.
5. Психологічну атмосферу в лікувально-профілактичних закладах.
6. Внутрішню картину захворювань, психосоматичні й сомато-психічні взаємовпливи.

7. Вплив особистості на перебіг захворювання.
8. Психологічні аспекти медичної деонтології.
9. Психологічні основи психотерапії, психогієни і психопрофілактики.

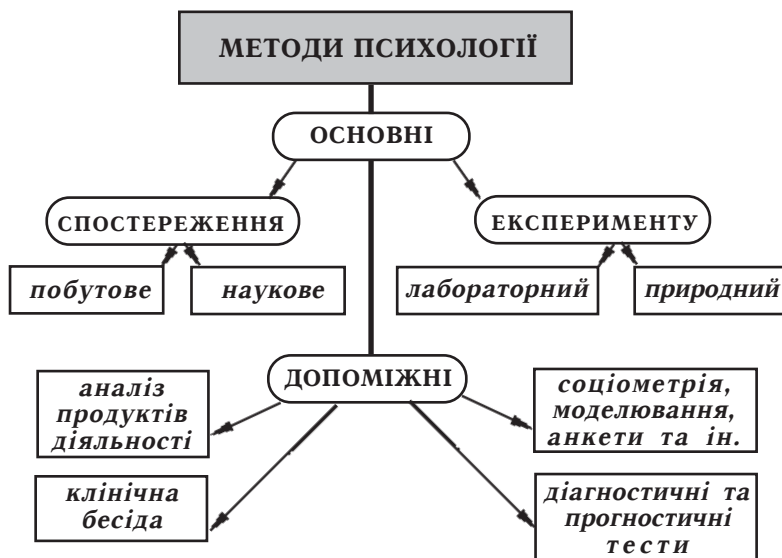
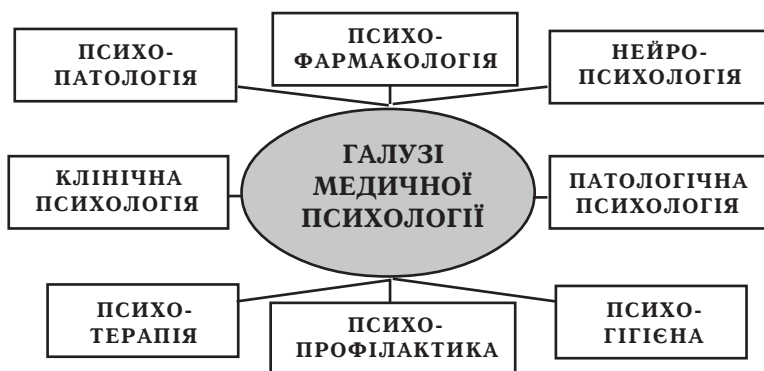
СТРУКТУРА ПСИХОЛОГІЇ

Загальна психологія вивчає сутність і загальні закономірності виникнення, функціонування і розвитку психіки. Розвивається на основі досягнень усіх галузей, разом із тим збагачує і спрямовує їх загальну теорію.



Спеціальна медична психологія має багато галузей і методів, розкриває основні аспекти лікарської етики при спілкуванні з конкретним хворим і певних формах хвороб. Головну увагу при цьому звертають на:

ГАЛУЗИ ТА МЕТОДИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ



1. Особливості психології хворих з межовими формами нервово-психічних розладів (найбільш чутливих і вразливих осіб), які фактично є об'єктом діяльності лікаря будь-якої спеціальності.
2. Психологію хворих на етапах підготовки, проведення хірургічних втручань і в післяопераційний період.
3. Особливості психології осіб із різними захворюваннями (серцево-судинними, інфекційними, онкологічними, гінекологічними, шкірними, нервово-психічними).
4. Психологію хворих з дефектом органів і систем (сліпота, глухота, глухонімота та ін.).
5. Медико-психологічний аспект трудової, військової і судової експертизи.

Елементи медико-психологічного, психогігієнічного впливу можна бачити в особливостях підходу до хворого лікарів давнини. Єгипетські лікарі, уважно обстежуючи хворого, високо цінували значення анамнезу, а дослідженню піддавали не тільки людське тіло (у нас соматичне дослідження), не тільки те, що “виходить з нього – кал, сечу, мокротиння, кров” (прообраз параклінічних досліджень), але й особливості його духовного життя.

В арсеналі лікувальних засобів єгипетської медицини поряд з хімічними, фізичними та біологічними використовували і психічні форми впливу на хворого, зокрема словесні, мімічні й пантомімічні дії.

Сирійський лікар Сараджа у свій час говорив хворому: “Дивись, нас троє: я, ти і хвороба. Якщо ти будеш на моїй стороні, нам двом буде легше перебороти її”.

Потрібно відмітити, що медичні школи Персії випускали лікарів трьох профілів: “зцілителів святістю”, “зцілителів законом” і “зцілителів ножем”.

Найбільш високою підготовкою славились перші. Їх обов'язком було лікування в широкому розумінні цього слова і тонке, мудре, розумне використання в ньому вищих душевних якостей лікаря, того, що в даний час ми називаємо психотерапією в практиці лікування. Другі зцілювали законом, тобто займались усуненням причин хвороби. Їх називали інакше “майстрами здоров'я”. Треті, як видно з назви, надавали хірургічну допомогу.

Грецька медицина, мабуть, перейняла в ході свого розвитку багато раціональних досягнень як єгипетської, так і персидської медицини. Уже в II столітті грецька наука і медицина досягли небувалого розвитку. Успіхи грецької медицини настільки широко відомі, що навряд чи варто на них зупинятися. Лише нагадаємо, що вивчення основ моралі, доброзичливості, зокрема лікарів, досягло в цей період високого рівня. “Природа, – вчив Арістотель, – дала людині в руки зброю – інтелектуальну моральну силу, але вона може користуватись цією зброєю і в зворотному напрямку, тому людина без моральних засад стає нелюдською і дикою істотою, негідною в своїх статевих і смакових інстинктах”. Підкреслюючи практичну важливість доброзичливого ставлення до людей, Демокріт вчив, що “треба привчати себе до доброзичливих справ і вчинків, а не до мови про добродесність”.

З ім'ям Гіппократа, цього великого мислителя і лікаря Еллади, пов'язана клятва, яку протягом багатьох століть давали випускники вищої медичної школи. Не випадково і те, що в її тексті особливу увагу приділено ствердженню високих моральних якостей лікаря, які забезпечують найбільш гуманні форми спілкування з хворими.

Крилатими стали слова батька медицини Гіппократа: “Медицина часто утішає, деколи полегшує, рідко зцілює”. У цьому “утішанні” – глибокий медико-психологічний зміст.

Мислителі Стародавнього Риму розвивали передові погляди на міжлюдські відносини. Цицерону належать слова: “Існують дві першопричини справедливості: нікому не шкодити і приносити користь суспільству”. Вони лягли в основу повсякденної медичної практики.

Після відкриття в 1518 р. Лінарком у Лондоні Королівського коледжу лікарів і початку курсу лекцій з медицини в Оксфордському і Кембріджському університетах в Англії значно змінюється уявлення про лікування. Локк і Сіденгам неодноразово звертались до систематизації якостей, необхідних студенту-медику. Сіденгам спеціально підкреслював роль психіки в розвитку хвороб внутрішніх органів.

На початку XIX ст. значно зростає авторитет Французької медичної школи. Великі її представники – Морель, Маньян, Шар-

ко, Бернгейм, Жане, Бабінський – не тільки підтверджували роль психіки в розвитку хвороб внутрішніх органів, але й проводили дослідження, спрямовані на розкриття закономірностей її впливу. В університетах Німеччини цього часу вперше вводяться лабораторні методи роботи студентів. Стає все більш повним і різностороннім уявлення про медицину як науку, про медика як спеціаліста, який отримує необхідну підготовку для попередження і лікування хвороб. Формуються тип медика, стосунки лікаря і хворого, які в основному характерні для нашого часу.

Розвиток самобутньої російської медицини відзначався, зокрема, тим, що вже основоположники її звертали увагу на необхідність суворого врахування обліку психології хворого. Я. Мудров у книзі “Слово про способи вчити і вчитися медицині”, виданій у 1820 р., говорив молодому лікарю: “Тепер ти пізнав хворобу і знаєш хворого, але знай, що і хворий тебе пізнав і знає, який ти. З цього ти можеш зробити висновок, які потрібні терпіння, розсудливість і напруга розуму біля ліжка хворого, щоб виграти все його довір’я і любов до себе, а це для лікаря найважливіше”. Кожен вчинок лікаря повинен бути продуманим і побудованим із таким розрахунком, щоб його усі елементи лікували.

Важливий внесок у розвиток передової психології зробив І. Сеченов. Його книга “Елементи думки” і інші роботи дійсно пронизані мотивом гуманності. У 1900 р., вивчаючи нервову регуляцію функцій внутрішніх органів, І. Павлов (1849-1936) вперше довів, що психічні фактори впливають на секрецію слини і шлункового соку. Пізніше це стало основою не тільки для дослідження обставин, які забезпечують навчання і зміну умовних рефлексів, але й для побудови зовсім нового розділу біології і фізіології – фізіології вищої нервової діяльності. У самому понятті “умовний рефлекс” розкривається глибока єдність організму з навколишнім середовищем.

Одночасно з розвитком павловської фізіології В. Бехтерев (1857-1927) із своїми співробітниками й учнями вносить дещо нове в морфологію і фізіологію мозку. Він, зокрема, розкриває постійну зміну в діяльності центральної нервової системи, яка

зумовлена безперервною дією на органи чуття зовнішнього впливу та постійної імпульсації зі сторони внутрішніх органів і систем.

Медична психологія як сучасна наука сформувалась відносно недавно і тому дещо відстає від виконання тих вимог, які ставить перед нею життя.

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЇ ЯК НАУКИ

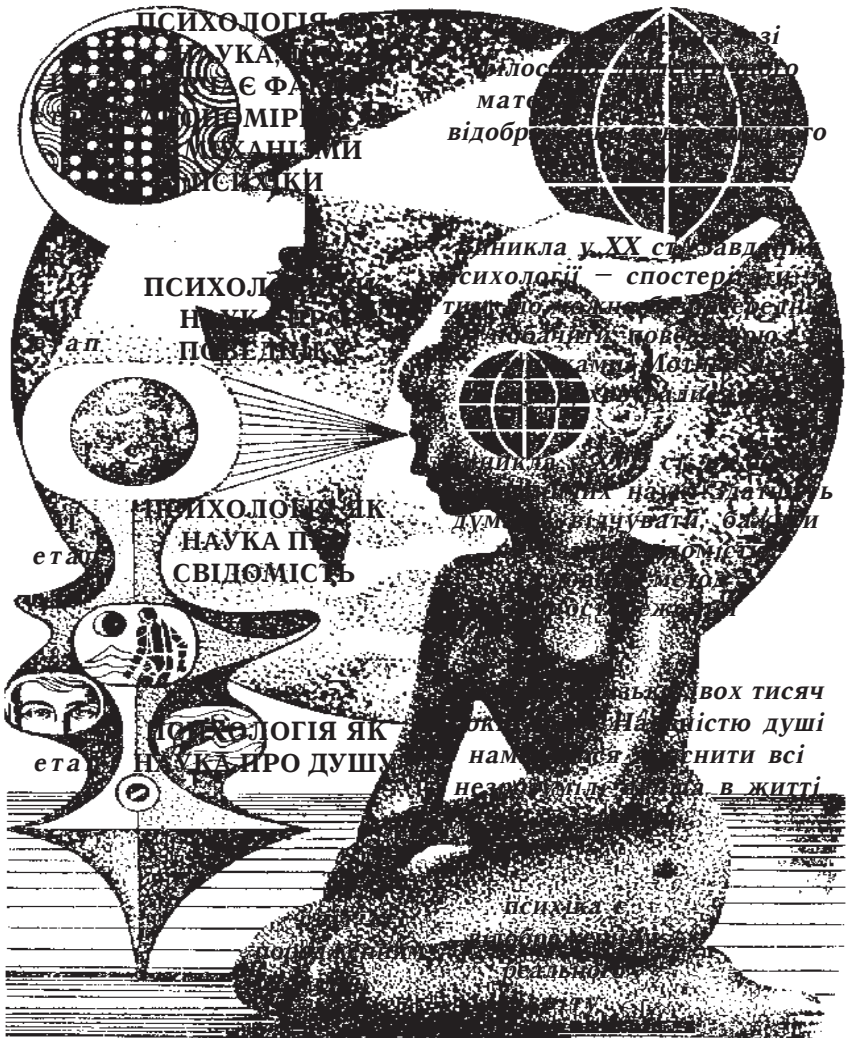
*Психологія має довге минуле,
але досить коротку історію.*

М. Еббінгауз

Основні етапи становлення психології як науки відображені нижче.

- 1872** – Дарвін (1809-1882) публікує “Прояви емоцій у людей і тварин”.
- 1876** – Бейн засновує часопис “Mind” (Розум).
- 1879** – Вундт засновує Психологічний інститут у Лейпцигу. Частиною своєї роботи він вважає вивчення таких соціально-культурних феноменів, як мова, релігія, міфи і чарівництво; психологія була для нього не тільки загальнонауковою, але і соціальною дисципліною. З цим пов’язаний той факт, що прихильники позитивізму в психології відкинули вундтівський проект психології. Знадобилося приблизно 100 років для того, щоб психологія знову повернулася до вивчення культурних і соціальних феноменів.
- 1890** – Джемс (1842-1910) публікує “Принципи психології”. Фон Еренсфельс (1859-1932) – статтю “Uber Gestalthequalitaten”, що стає основою для формування Австрійської школи гештальтпсихології.
- 1895** – Ле Бон (1841-1931) публікує “Психологію натовпу”. Болдуін (1861-1934) – “Психічний розвиток дитини і раси”, де пропонує теорію, за якою індивід в онтогенезі повторює історію людства.
- 1900-1901** Мід уперше читає щорічний курс лекцій із соціальної психології на факультеті філософії в Чикаго. Він ніколи не записував своїх лекцій. Курс, читаний Мідом у 1927 р., буде відновлений вже після його смерті за студентськими конспектами і виданий у 1934 р. під назвами “Розум”, “Я і товариство” (“Mind”, Self and Society: from the point of view of a social behaviorist).
- 1909** – Фройд, супроводжуваний Юнгом (1875-1961), читає 5 лекцій із психоаналізу на честь 20-ї річниці університету Кларка (Massachusetts).

ОСНОВНІ ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЇ ЯК НАУКИ І СВИТОГЛЯДУ НА ПРИРОДУ ПСИХІЧНОГО



**ІДЕАЛІСТИЧНИЙ
СВИТОГЛЯД**

**МАТЕРІАЛІСТИЧНИЙ
СВИТОГЛЯД**

- 1910** – Маліновські їде з Лейпцигу в Лондон, де в Лондонській школі економіки засновує соціальну антропологію як дисципліну. М.М. Ковалевський читає лекції із соціології в Петербурзькому психоневрологічному інституті й пропонує свою концепцію колективної соціальної психології, подібну до концепції Тардовського: «...єдиний засіб пізнати [...] психологію мас – це вивчити всю сукупність їхніх вірувань, заснувань, удач, звичаїв і навичок». Він підкреслює у цьому зв'язку важливість аналізу казок, билин, прислів'їв, писаних та неписаних законів і т. д., чим дуже схожий із Вундтом.
- 1912** – Уотсон читає серію лекцій у Колумбійському університеті, починаючи систематично розвивати біхевіористські ідеї. Вертгеймер (1880-1943), Коффка і Кхлер (1887-1967) у Франкфурті проводять перший експеримент, що призводить до становлення гештальтпсихології.
- 1919** – Данлоп публікує статтю «Чи існують інстинкти?», в якій ставить під сумнів інстинкт як пояснювальну конструкцію.
- 1921** – Фройд публікує «Масову психологію й аналіз людського Я» – першу із серії книг, у яких він переміщає свою увагу з аналізу клінічних випадків на аналіз культурних феноменів. У ній автор розвиває ідеї Ле Бона і Тарда про психологію юрби.
- 1922** – Леви-Брюль (1857-1939) публікує “Первісне мислення”, де обгрунтовує свою думку про те, що ментальність примітивних народів має містичний ідеологічний характер та відрізняється від раціонального і логічного мислення, характерного для західної цивілізації.
- 1924** – Флойд Олпорт видає свою книгу “Соціальна психологія”, тим самим закріплюючи соціальну психологію як експериментальну і поведінкову науку. Він пояснює соціальні феномени, застосовуючи суто біхевіористські терміни, на рівні окремого індивіда.
- 1926-1929** – дискусії в радянській психології, що стосуються марксистської перебудови психологічного знання, у результаті яких соціальній психології відмовлено в самостійному статусі. Соціальна психологія ототожнюється з визнанням соціальної зумовленості психіки, що не потребує «окремої» наукової дисципліни (Блонський). Соціальна психологія, яка вивчає соціальні групи, колективи й інститути «громадянства» у СРСР не одержує. Початок ізоляції радянської психології від світової.
- 1932** – Бартлетт публікує «Запам'ятовування: експериментальне і соціальне дослідження». Очевидний міждисциплінарний характер цієї роботи, що поєднує як психологію, так і антропологію. Лурія (1902-77), Виготський і Коффка відправляються в експедицію в Узбеки-

- стан і Киргизію для вивчення «залежності психічних функцій від історико-економічних умов».
- 1935** – Мерсісон видає підручник із соціальної психології (*Handbook of Social Psychology*). Коффа публікує «Принципи гештальтпсихології» англійською мовою.
- 1937** – Р. Олпорт стає редактором журналу “*Journal of Abnormal and Social Psychology*” на цілих 12 років. Він також публікує працю «Особистість: психологічна інтерпретація», в якій індивідуалізує поняття “особистість, так само, як нещодавно індивідуалізував поняття “установка”. Створюється часопис “*Public Opinion Quarterly*”.
- 1945-1947** – під керівництвом Левіна в Массачусетському технологічному інституті створюється Дослідницький центр групової динаміки. Густав Ічхайзер (1897-1969), віденський соціолог, який емігрував у США, публікує свою монографію «Природа нерозуміння в людських взаємовідносинах». Він на 20-30 років передбачив багато ідей, що стосуються атрибуції, керування враженням, впливів ідеологічних чинників на міжособистісне сприймання. Проте, не маючи підтримки в наукових колах, був повністю забутий до середини 80-х рр.
- 1958** – Хайдер публікує «Психологію міжособових відносин».
- 1962** – виходить у світ праця Куна «Структура наукових революцій», що розхитує раціональні підстави позитивістської науки й ідеї кумулятивного розвитку знань. Наукова істина – результат соціальної угоди в науковому середовищі, а не відкриття «об’єктивної» закономірності іманентної природи. Початок постемпірицизму в психології (визначення Гєргена).
- 1963** – Вітгенштейн продемонстрував, якою мірою використання психологічних предикатів залежить від узвичаєних лінгвістичних конвенцій. Його праці стимулювали аналіз мовної детермінації таких понять як «розум», «відчуття», «мотивація» та ін., і зробили серйозний вплив на становлення напрямку, соціального конструкціонізму в психології.
- 1966** – виходить у світ праця Бергера і Лукмана «Соціальне конструювання реальності», в якій артикулюється ідея, що соціальні об’єкти не існують самі по собі, але конструюються і трансформуються в процесі комунікації людьми, які активно осмислюють навколишню реальність.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Що вивчає загальна і медична психологія?
2. Що у давнину розуміли під терміном “душа”?
3. Де і коли виникла психологія як окрема наука?
4. Внесок вітчизняних вчених у розвиток загальної і медичної психології.
5. Основні методи медичної психології.
6. Основні причини відставання розвитку медичної психології.
7. Для чого знання основ загальної і медичної психології необхідне медику?

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ І МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ МЕДИЦИНИ

До недавнього часу медичну сестру розглядали як пасивно виконавця рішень лікаря, як його помічника, але не як партнера в лікуванні хворих і наданні їм допомоги. Більшість країн світу відчуває гостру нестачу сестринського персоналу в психіатричній службі. Внаслідок цього медична сестра переважно виконує свої обов'язки механічно. Робота сестер у наших умовах обмежується роздаванням медикаментів, виконанням ін'єкцій, вимірюванням температури тіла, організацією консультацій і спостереженням за станом хворого та технікою безпеки. Це здійснюється, в основному, на належному професійному рівні, але медична сестра виконує свої функціональні обов'язки автоматично, а на особистість хворого звертає недостатньо уваги. Такий підхід не дає можливості встановити належний контакт між сестрою і хворим, тому що основою стає її робота, а не сам пацієнт, на якого цю роботу потрібно спрямувати.

Згідно з положенням соціальної, виробничої і медичної психології, медична сестра може якісно обслужити індивідуально не більше восьми хворих, а реальне навантаження на неї, зокрема в психіатричних стаціонарах, є значно більшим.

Природно, що в таких випадках стосунки між медичною сестрою і хворими є переважно офіційними і формальними. А вищеописані умови і стиль роботи медичних сестер призводять до

різного виду напруженості, непорозумінь, сутичок і скарг зі сторони хворих та їх родичів. Психологічний вплив медсестри на хворого за таких умов є мінімальним або навіть викликає зворотний ефект “психологічного протесту” проти надання формальної медичної допомоги.

Наявні програми підготовки медичних сестер традиційно акцентовані на оволодіння базою даних, які стосуються передусім біології, основ медицини і технічної сторони сестринської справи. Підручники і навчальні програми для медичних сестер існували у вигляді скорочених лікарських варіантів. Соціальним і поведінковим наукам у підготовці медичних сестер приділялось недостатньо уваги.

Ми стали свідками процесу демократизації всіх сфер суспільного життя, в тому числі й психіатрії. Започатковано правові взаємовідносини пацієнта з медичними працівниками. Сучасна медична або клінічна психологія почала звертати увагу на особистість хворого, сприймати пацієнта як громадянина, який має свої інтереси і законні права.

Переорієнтація служби на ділове і психологічне партнерство з хворими призвела до необхідності переосмислити роль медичної сестри в системі надання їм медичної і соціальної допомоги.

Незважаючи на те, що універсальної моделі медсестринської допомоги у сфері охорони здоров'я поки що не існує, сутність її, в основному, полягає у визначенні, сформульованому Міжнародною радою медичних сестер: “Медсестринська допомога полягає в тому, щоб сприяти здоров'ю, попереджати хвороби, забезпечувати догляд за фізичними або психічними хворими і непрацездатними людьми будь-якого віку в усіх лікувальних і інших громадських закладах. Предметом особливої уваги медсестри повинна бути реакція окремої людини, сім'ї або групи людей на дійсно існуючі або можливі порушення здоров'я. Унікальна функція медсестри в її догляді за здоровими або хворими людьми полягає в тому, щоб правильно оцінити їх реакцію на стан свого здоров'я і допомогти у діях, що призводять до здоров'я, видужання або достойної смерті”.

Згідно з положеннями Американської асоціації медичних сестер (1980), основне завдання середнього медичного персоналу – “це діагностика і корекція реакцій людини у відповідь на наявні або можливі проблеми, пов’язані з її здоров’ям”. Дане визначення ставить у центр уваги саме реакцію особистості на проблеми, пов’язані зі здоров’ям. Отже, головною метою практичної роботи медичної сестри є допомога хворим впоратись із своїми проблемами, а ще краще – попередити їх. У центрі практичної діяльності медичної сестри, яка працює з хворими, є їх психологічні проблеми, пов’язані із захворюваннями. Таким чином, одними з основних завдань медичних сестер, які обслуговують хворих, є психотерапія і налагодження відповідного догляду за ними. В їх межах медична сестра повинна займатися такими видами діяльності:

- допомагати хворому чітко визначити проблеми, які негативно впливають на його здатність функціонувати як незалежна особистість;
- навчати хворого і допомагати йому зберігати й удосконалювати власні можливості та резерви, а також пристосовуватись до нових умов життя, пов’язаних із захворюванням;
- брати участь у розробці й впровадженні в практику заходів, спрямованих на попередження та усунення ознак госпіталізму у хворих, пом’якшувати оцінювання навколишньої обстановки, змінювати жорсткий обмежувальний лікарняний режим на більш вільний (“домашній”), створюючи умови для відпочинку і розвиваючи гуманні взаємовідносини з хворими для покращання лікувального ефекту;
- брати участь у розробці й виконанні індивідуальних програм активної реабілітації та соціальної терапії хворих;
- здійснювати самостійну медичну практику в плані догляду і підтримувальної терапії хворим із стабілізованими хронічними захворюваннями, які знаходяться у будинках-інтернатах системи соціальної допомоги;
- проводити необхідне навчання та інструктаж молодшого медичного персоналу, організувати його роботу і керувати ним;
- в межах своєї компетенції обстежувати хворого й оцінювати його стан із встановленням ситуаційного сестринського діагнозу і подальшим проведенням обґрунтованих заходів на сестринському рівні;

- виконувати призначення лікаря і, при необхідності, надавати невідкладну долікарську допомогу;
- виявляти ранні ознаки погіршення стану хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, включаючи небезпеку автоагресії, погіршення соматичного стану і можливість загрози для здоров'я та життя, стежити за виконанням вимог техніки безпеки;
- дільнична медсестра налагоджує і підтримує ділові стосунки із сімейними лікарями і родичами хворого та допомагає їм набувати необхідних навичок з догляду за пацієнтами, в яких розвинулось захворювання;
- дільнична медсестра веде активне спостереження за виписаними із стаціонару хворими, стежить за належним проведенням підтримувальної і протирецидивної терапії, а про появу ранніх ознак можливого загострення хронічного захворювання повідомляє дільничного або сімейного лікаря;
- частина медсестер, які мають необхідні знання, уміння та досвід, а також покликання і схильність до викладацької діяльності, готує себе до можливого в майбутньому виконання навчально-методичної роботи на медсестринських факультетах вузів і в медичних училищах.

Виконуючи ці завдання, медична сестра бере на себе роль друга, експерта, вчителя, радника і сторонника хворого.

Медичні сестри проводять із хворими більше часу, ніж лікарі й обслуговуючий персонал. Ефективність догляду за хворими прямо пропорційна тому, наскільки медичні сестри поділяють повсякденні життєві потреби і переживання хворих. Отже, медичні сестри займають особливе становище в системі, яка забезпечує лікувальний процес у тому плані, що вони першими дізнаються про прагнення і потреби хворих та реагують на них. Поряд з набуванням технічних навичок, необхідних для надання ефективної допомоги хворим, головним у діяльності медичної сестри завжди є акцент на здатності її сприймати і розуміти особистість і почуття хворого, його проблеми і труднощі. На основі цього розуміння потрібно створювати специфічні взаємовідносини, які будуть спрямовані на покращання статусу хворих.

Фахівці з організації роботи медсестер вважають, що питома вага часу, призначеного для догляду за хворими і виконання

лікарських призначень, у структурі загального робочого часу медичної сестри стаціонарної служби повинна становити 20 %, а основний час (80 %) необхідно приділяти налагодженню психологічного клімату, основою якого є належне спілкування з хворими. Таким чином, робоче місце медичної сестри переміщується з фіксованого поста на постійне індивідуальне спілкування з хворими на всіх етапах діагностично-лікувально-реабілітаційного процесу. Це, у свою чергу, ставить питання про підвищення рівня та якості психолого-психіатричних знань медичної сестри. Без належних знань і умінь медична сестра не буде користуватись авторитетом серед хворих та інших медичних працівників.

На сьогодні не викликає сумніву, що не менше половини хворих, які лікуються з приводу соматоневрологічних захворювань, насправді мають різноманітні психосоматичні порушення. Певного поширення серед соматичних хворих (як і в усьому суспільстві) набувають постстресові стани, зловживання спиртними напоями, алкоголізм, токсикоманії, наркоманії, неврози, сексуальні проблеми тощо. Таким чином, елементи психіатрії і наркології все більше застосовують у повсякденній практиці загальної медицини. Отже, оволодіти належною сучасною базою знань і умінь із психолого-психіатричних дисциплін необхідно також і майбутнім медичним сестрам, які будуть працювати у медичних закладах будь-якого соматичного профілю.

Ось чому вивченню основ дисциплін медико-психологічного блоку приділяється стільки часу й уваги. Починається воно із засвоєння основ профорієнтованої загальної, соціальної і медичної психології з особливим акцентом на основах спілкування. Після належного засвоєння необхідних знань і умінь із психології майбутні медсестри вивчають дисципліну “Медсестринство в психіатрії”. Проте автори підручника впевнені, що основи медичної психології повинні знати не лише медсестри, які будуть працювати в закладах психіатричної сітки, а і середні медичні працівники закладів загальносоматичного профілю.

Основною метою запропонованого авторами підручника є підготовка медичної сестри, яка б відповідала сучасним вимогам професійної допомоги, в тому числі не тільки в межах механістичного підходу до своєї професії, а також як діагност, психоте-

рапевт, реабілітолог та ресоціолог сестринського рівня. Досягнення цієї мети передбачає виконання таких головних завдань:

1. Давати сучасні знання й уміння з психології та медичної психології медсестрам, які будуть працювати у загальномедичній сітці органів охорони здоров'я;
2. Готувати медичних сестер для роботи в медичних закладах, в тому числі психіатричної служби, гідних цивілізованих загальнолюдських понять XXI століття.
3. Піднімати престиж медичних сестер до належного рівня.
4. Готувати медичних сестер з вищою медичною освітою.

Професійний кодекс медичної сестри

Основні якості особистості медичної сестри ґрунтуються на засадах гуманізму та професіональності, що відображено в професійному кодексі медичної сестри.

Основні положення про професійний обов'язок

1. Медсестра будує свої взаємовідносини з хворим, керуючись принципом гуманності, й не має (не проявляє) расових, соціальних, релігійних та інших поглядів, що входять у конфлікт з поглядами її пацієнта.
2. Медсестра поважає права хворого й інформує його про їхній зміст.
3. Медсестра поважає погляди хворого на життя, страждання, хворобу, процес вмирання, смерть.
4. Медсестра відповідальна за створення іміджу, що відповідає виконуваному нею завданню.
5. Медсестра вдосконалює і поповнює знання та навички, необхідні для виконання професійних обов'язків.
6. Медсестра у своїй діяльності не виходить за межі власної компетентності.
7. Медсестра підтримує ініціативи і заходи, які сприяють вдосконаленню професіоналізму.
8. Медсестра здійснює догляд за хворими, керуючись нормами, викладеними в даному професійному кодексі.

Ставлення медичної сестри до хворого

1. Здійснюючи догляд, медсестра ставить на перше місце інтєреси хворого.

2. Медсестра стимулює хворого брати на себе відповідальність за власне здоров'я.

3. Медсестра стимулює хворого активно брати участь у догляді за ним (активно протидіє байдужості пацієнта до власних проблем).

4. Медсестра створює ситуацію, в якій хворий може вільно та невимушено поводитися відповідно до своїх світогляду, звичаїв, цінностей і норм.

5. Медсестра контролює молодший медичний персонал, який бере участь у догляді за хворим.

6. Медсестра, яка порушила відносно хворого поведінкові норми, викладені в даному професійному кодексі, відповідає за це перед пацієнтом та адміністрацією.

7. Медсестра утримується від будь-яких форм зловживання владою відносно хворого.

8. Медсестра доступно інформує хворого про все, що пов'язане з доглядом.

9. Медсестра відіграє роль посередника між хворим та іншими фахівцями в тих випадках, коли вона не володіє інформацією, необхідною пацієнту, або не має права її повідомити.

10. Медсестра здійснює догляд за хворим тільки в разі його згоди.

11. Медсестра збирає тільки ті відомості про хворого, які необхідні для здійснення догляду.

12. Медсестра зберігає в таємниці довірену їй хворим інформацію, яка не підлягає розголошенню.

13. У разі необхідності медсестра інформує хворого про можливість подання скарги і надає відповідну допомогу.

14. Медсестра не приймає подарунків від хворого.

15. Медсестра, яка відмовляється виконувати певні дії відносно хворого на основі свого світогляду, передає обов'язки щодо догляду колегам, якщо стан пацієнта дозволяє це зробити.

16. Медсестра надає термінову допомогу кожному, хто її потребує.

17. Медсестра надає пацієнту інформацію про його хворобу, якщо це не зашкодить його здоров'ю.

Ставлення медичної сестри до колег та інших людей, так чи інакше пов'язаних із хворим

1. Медсестра співпрацює з колегами й іншими людьми, виходячи з потреб хворого.
2. Медсестра поважає погляди і компетентність колег та інших людей, які беруть участь у догляді за хворим.
3. Медсестра прислухається до думки колег та інших людей і радиться з ними.
4. Медсестра задіює до прийняття рішень родичів і близьких недієздатного хворого.
5. Медсестра готова тимчасово брати на себе обов'язки колеги на його прохання.
6. Медсестра, яка не бажає брати участь у відповідних видах діяльності, виходячи із принципових поглядів, знаходить собі заміну серед колег.
7. Медсестра, яка бачить у діях колег чи інших спеціалістів небезпеку для здоров'я хворого, вживає заходів стосовно його захисту.
8. Медсестра підтримує колег та інших осіб, які постраждали від поведінки хворого.
9. Медсестра об'єднує дії інших осіб для здійснення догляду за хворим.

Ставлення медичної сестри до суспільства

1. Медсестра підтримує заходи та дії представників професії щодо створення і покращання умов професійної діяльності.
2. Медсестра займає активну позицію, сигналізуючи про порушення гігієнічних вимог, і усуває фактори, які загрожують здоров'ю людей.
3. Медсестра відповідає за використання матеріальних цінностей і засобів, що знаходяться в її розпорядженні.
4. Медсестра приймає умови праці, які відповідають цінностям її професії.
5. У разі страйку медсестра продовжує здійснювати догляд за хворими, не завдаючи шкоди їхньому здоров'ю.

МОЗОК І ПСИХІКА

Матеріальний субстрат психіки утворюють центральна нервова система, головний і спинний мозок (рис. 1). Безсумнівний вплив на психічне життя і його формування виявляють також ендокринні залози з їх гуморальною і хімічною регуляцією та вегетативна нервова система.



Рис. 1. Центральна й периферична нервова система.

Ендокринна система тісно зв'язана з нервовою, тому деколи говорять про нейрогландулярну систему. Гуморальна регуляція є найбільш ранньою, її найвищий центр – гіпоталамо-гіпофізарна система. Зокрема про вплив ендокринної системи на психічне життя свідчать такі дані: підвищення секреції щитоподібної залози посилює чутливість всієї нервової системи до периферичних і центральних подразників, внаслідок цього прискорюється перебіг психічних процесів, їх послаблення спостерігається при зниженій функції щитоподібної залози. Бурхливі психічні зміни в юнацький період зумовлені власне статевими гормонами. Керуючий і регулюючий вплив на психічне життя здійснює головний мозок (рис. 2).

З неврології відомо, що при ураженні лобної частки, хворий втрачає здатність до генералізації, його увага концентрується на деталях, він стає малорухомим, нечутливим, апатичним, деколи – депресивним при підвищеній дратівливості. При ураженні пристінкової частки часто виявляють: втрату навичок читання, письма, розлади чутливості та ін.

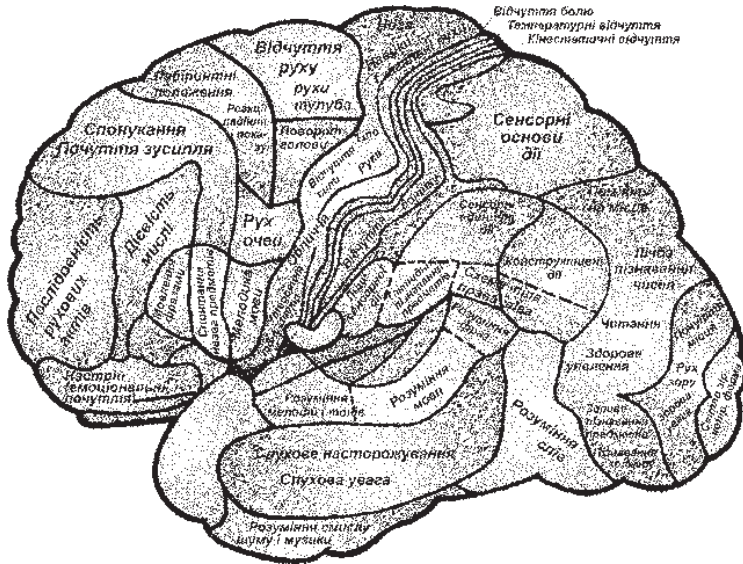
Розрізняють також специфічні й неспецифічні системи (зв'язок мозкових полів з периферією). Зокрема, пірамідна система, яка проводить рухові імпульси, лімбічна, яка забезпечує емоційні процеси.

При психічному перевантаженні, особливо при емоційній реакції страху і розлюченості, відбувається функціональна мобілізація лімбічної системи і підкіркових структур, перш за все гіпоталамуса і ретикулярної формації.

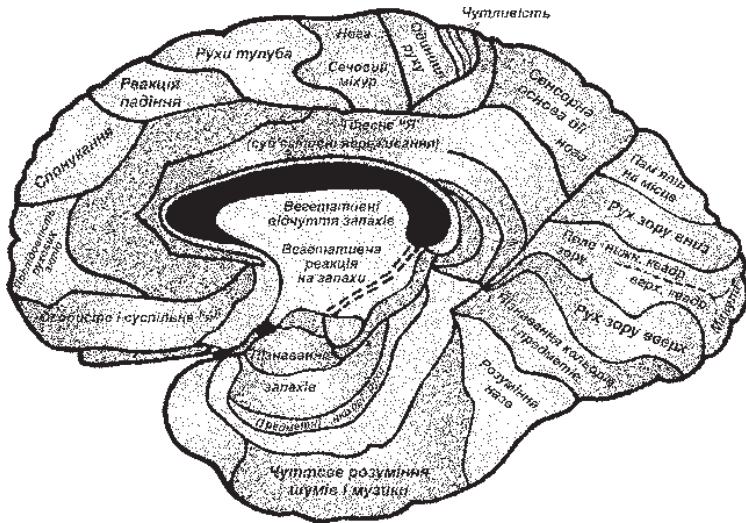
Ретикулярна формація має велике значення для стану свідомості. Вплив її на електричну активність головного мозку забезпечує її активаційну функцію.

Необхідно також згадати про вплив вегетативної нервової системи (холінергічна й адренергічна системи), яка складається із центрів, що знаходяться в корі головного мозку, особливо в діенцефалоні, продовгуватому мозку і префронтальній частці.

Розподіл на ваготонічний (тип добросовісного, заклопотаного психастеніка із фобіями, пітливістю в пахвових ямках і на долонях, який постійно мерзне, має низький кров'яний тиск і брадикардію) і симпатикотонічний тип (психічно скоріше легковажні,



а



б

Рис. 2. Локалізація психічних функцій за Клейстом:
а) зовнішня частина кори головного мозку; б) внутрішня частина кори головного мозку.

ейфоричні, екстравертовані, зі схильністю до гіпертонії і тахікардії пікнічні особи) в основному відображає і типи психічні, зумовлені вегетативною нервовою системою.

Адаптаційні й регуляційні системи знаходяться в єдності структури і функції. Функція, безсумнівно, залежить від структури, але із збільшенням пластичності зростає відносна незалежність функції від структури, а цим самим – і можливість зміни діяльності без зміни структури. З іншої сторони, структура теж залежить від функції, перш за все в генетично більш молодих органах (таким органом власне і є головний мозок).

Нервова діяльність в еволюції психіки

Явища, що вивчались психологією, здавна виділялись людським розумом як особливі. Їх стали називати психічними явищами, на відміну від реальних подій і фактів і відносити до сфери духовного життя.

Наукове з'ясування психіки людина почала ще в античні часи. Арістотель розглядав психіку як сукупність усіх життєвих функцій організму, починаючи з дихання, живлення, розмноження і закінчуючи мисленням, він ще вважав, що субстратом психіки є серце. Але вже в стародавні часи виникли здогадки про зв'язок психіки з мозком. Матеріалістичне розуміння психіки міцніло і розвивалось під впливом досягнень природознавства.

Обстоючи залежність психіки від мозку людини, її розвитку в процесі життя, підпорядкованість її об'єктивним законам, вітчизняні вчені-демократи ХІХ ст., найближче підійшли до діалектико-матеріалістичного розуміння питання про відношення психічного до фізичного.

Істотний внесок зробили у науку в 2-й половині ХІХ ст. праці І. Сеченова, ідеї якого експериментально розробив і розвинув у ХХ ст. І. Павлов, який разом із своїми учнями створив учення про вищу нервову діяльність тварин і людини.

Психіка – це функція головного мозку, його здатність відображати об'єктивну дійсність. Наукове розуміння буття ґрунтується на визнанні його матеріальності. Психіка – одна з властивостей матерії.

У процесі біологічної еволюції, що тривала понад мільярд років, відбувся перехід від нижчих до вищих форм життя на Землі: виникла і розвинулась нервова система, що стала органом психічної діяльності. Нервова система досягла найвищого ступеня розвитку в людини з її найскладнішими за будовою мозком, свідомістю.

Психіка – це властивість мозку відображати об'єктивний світ.

Давно існує думка про те, що психічне є продуктом мозку і функціонує рефлекторно (Декарт).

У своїй книзі “Рефлекси головного мозку” (1863) І. Сеченов висунув і обґрунтував думку про те, що всі акти свідомої і несвідомої психічної діяльності людини за способом свого походження є рефлексами.

Розробляючи далі ідею рефлекторної роботи вищих відділів головного мозку, І. Павлов запропонував метод об'єктивного дослідження нормального їх функціонування. Він і його учні шляхом застосування винайденого ним методу умовних рефлексів створили “справжню фізіологію головного мозку”.

І. Павлов виходив з матеріалістичного положення І. Сеченова про єдність організму і середовища. Взаємовідношення організму із середовищем необхідні для задоволення його потреб, для його життя і розвитку. Нервова система відіграє провідну роль у забезпеченні відношень організму до середовища. Остання бере участь в об'єднанні (інтеграції) роботи всіх частин організму і регулює його зв'язки із зовнішнім світом, його внутрішню життєдіяльність.

Нервова система складається з центральної і периферичної. Центральна – головний і спинний мозок, периферична – спинний мозок і черепно-мозкові нерви, що зв'язують мозок із зовнішнім середовищем і внутрішніми органами (рецепторами, мускулами, залозами), а також міжхребцеві нервові вузли і позамозкові частини вищої нервової системи.

Різні частини кори відрізняються одна від одної особливостями своєї цитоархітекτονіки (клітинної будови) – цитоархітектоні поля.

Кора головного мозку зв'язана з усім організмом – прямий і зворотний зв'язки.

Чим досконаліша, централізованіша нервова система, тим більша провідна роль в її діяльності належить корі великих півкуль

головного мозку, тим вона більшою мірою є розпорядником, розподільником усієї діяльності організму. Діяльність її має умовно-рефлекторний характер. Кора головного мозку є системою, яка дуже подібна до саморегуляції, самонавчання. Вона – матеріальний субстрат психічної діяльності людини (і вищих тварин), її здатності пізнавати світ, набувати життєвого досвіду, її свідомості.

Мова внесла новий принцип у діяльність великих півкуль, який полягає в абстрагуванні й узагальненні незчисленних сигналів першої системи, аналізі та синтезі цих нових узагальнених сигналів.

У зв'язку з розвитком другої сигнальної системи у людини змінилась і її перша сигнальна система, набувши тих особливостей, що відрізняють її від першої сигнальної системи у тварин.

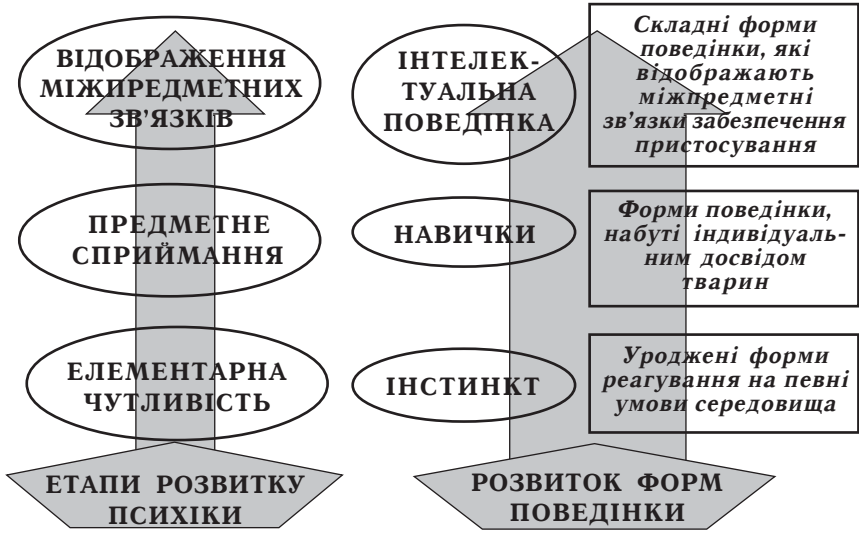
Сприймаючи предмети та явища об'єктивної дійсності, людина спирається при цьому на людський досвід, зафіксований у мові, якою вона користується.

Еволюція психічної діяльності

З точки зору матеріалізму й еволюційного підходу до розвитку всіх систем, які визначають життєздатність і поведінкові реакції живих істот у ході розвитку життя психіка виникла не випадково. Взагалі істотним для життя є обмін речовин між організмом і середовищем. Організм може жити, лише засвоюючи потрібні йому речовини з навколишньої природи. Необхідною ж умовою обміну речовин є взаємодія тваринного організму з середовищем і пристосування до нього. Отже, потреба в пристосуванні і призвела до зародження та розвитку у тварин здатності реагувати на зміни середовища.

Першим живим істотам властива була лише подразливість, що є необхідною умовою обміну між організмом і середовищем. На основі подразливості виникла чутливість, тобто здатність відчувати в її перших елементарних проявах. Сучасні наукові дані дають підстави вважати, що психіка зародилась у тварин у формі недиференційованої здатності відчувати вже на перших етапах їх біологічної еволюції Основні етапи розвитку психіки у тварин можна прослідкувати на наведеному схематичному зображенні.

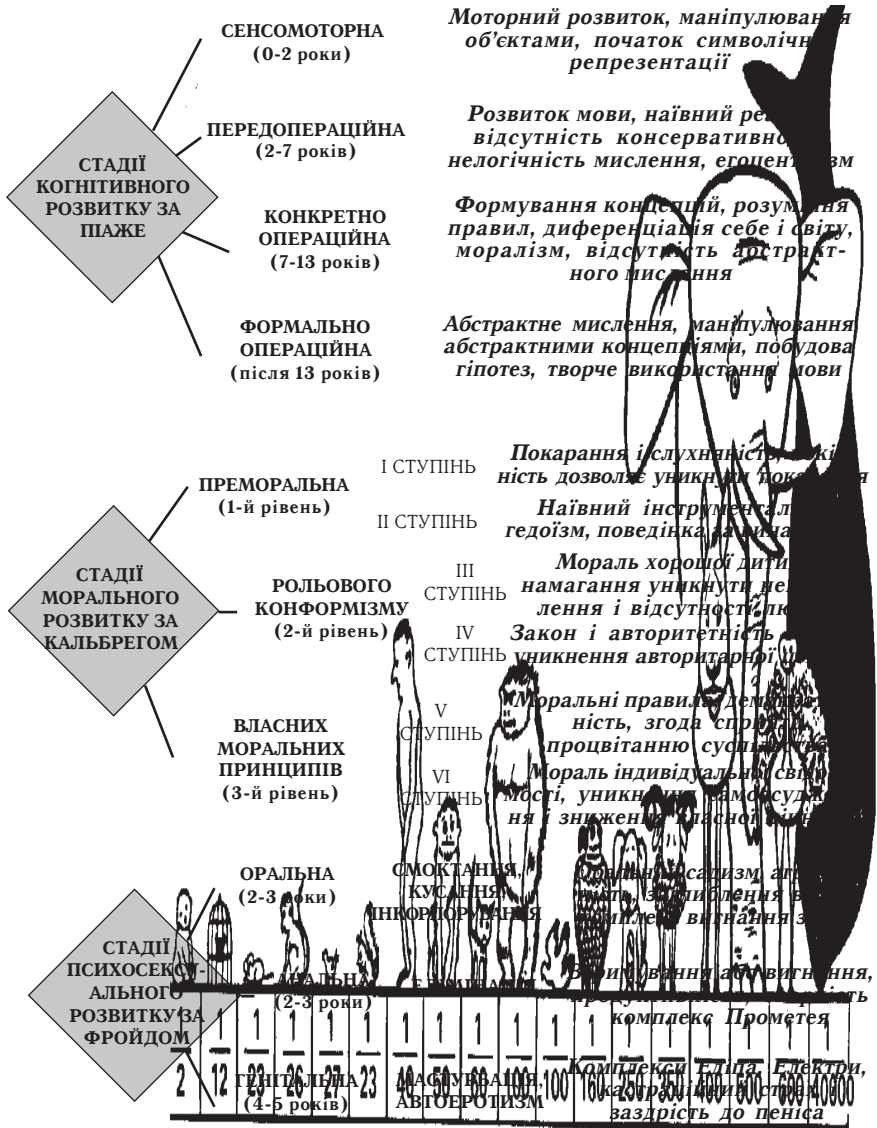
ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХІКИ У ТВАРИН І ФОРМИ ПОВЕДІНКИ У ФІЛОГЕНЕЗІ



ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ТВАРИН І ЛЮДИНИ

ДІЯЛЬНІСТЬ ТВАРИН	ДІЯЛЬНІСТЬ ЛЮДИНИ
<i>Інстинктивно-біологічна</i>	<i>Спрямовується пізнавальною потребою, потребою у спілкуванні</i>
<i>Не існує суспільства, спільної діяльності</i>	<i>Кожна дія набуває для людей змісту в спільній діяльності</i>
<i>Керується наочними враженнями</i>	<i>Абстрагується, проникає у зв'язки і взаємовідношення речей, встановлює причини</i>
<i>Типові спадково закріплені програми поведінки</i>	<i>Передавання і закріплення досвіду через соціальні засоби спілкування (мова та інше)</i>
<i>Зачатки діяльності знаряддям не створюють ніяких нових операцій</i>	<i>Виготовлення знарядь праці</i>

СТАДІЇ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ



Подразливість властива найпростішим одноклітинним тваринам, у яких немає нервової системи і спеціалізованих органів чуття. На різні подразнення (хімічні, світлові, електричні) вони відповідають загальними реакціями всього організму.

Пізніше з'явилися багатоклітинні організми з диференційованими органами і системами. У зв'язку з розвитком органів руху в них виникли органи чуття. Сприймання і відчуття небезпеки вимагали активної дії, що призвело до появи примітивних органів руху. Щоб тонше виконувати рухові реакції еволюція відповідала розвитком кінестетичних органів чуття, а потім, у більш досконалих організмів, органів зору, слуху тощо. Для інтегрування систем чуття і руху еволюційно з'явилися нервові елементи і нервова система. Щодо психічних проявів менш розвинених тварин, таких, як гідри, медузи тощо, з дифузною нервовою системою, то пристосування їх до середовища здійснювалось через прості безумовні рефлекси. У безхребетних із складнішою (ланцюжковою) нервовою системою спостерігається раціональна, в плані виживання і продовження роду, складна безумовнорефлекторна, або інстинктивна, діяльність. Кожен вид такої діяльності – це ланцюг рефлексів, в якому закінчення попереднього є збудником для наступного рефлексу.

Уже в безхребетних з'являються зачатки пам'яті, основою яких є закріплення тимчасових нервових зв'язків. Загальновизнано, що краще розвинена здатність виробляти індивідуальні форми поведінки властива ссавцям з їх розвиненими півкулями головного мозку. Матеріальним субстратом цих індивідуальних форм поведінки є кора великих півкуль головного мозку й утворювані в ній тимчасові нервові зв'язки.

Кожна реакція, а тим більше навичка, є результатом аналітико-синтетичної роботи мозку тварин. Отже, навичка утворюється не випадково, а закономірно на основі вироблення умовних рефлексів і осмислювання ситуації принаймні на конкретнообразному рівні.

Поведінка хребетних, як і безхребетних, тварин включає в себе уроджені видові й індивідуально набуті компоненти. Але співвідношення між ними змінюється у хребетних у напрямі зростання питомої ваги індивідуальних компонентів у їх поведінці.

Ця зміна співвідношення між уродженим і набутим у пристосувальній діяльності особливо помітна у ссавців, зокрема собак, вища нервова діяльність яких, як показали дослідження І. Павлова, має чимало спільних рис з вищою нервовою діяльністю людини.

Усе це свідчить про подальший розвиток у цих тварин їх здатності відображати об'єктивну дійсність. Незаперечні факти вказують передусім на високий розвиток у них різних відчуттів (зорових, слухових, рухових, дотикових, нюхових тощо). Ці відчуття проявляються неоднаково в різних хребетних тварин, що залежить від умов існування, до яких вони пристосовані.

Більш розвинені хребетні тварини відображають не лише окремі властивості предметів зовнішнього світу, а й деякі предмети в цілому. Отже, відбувається перехід від відчуття до сприймання предметів. Доказом цього є утворення умовних рефлексів і навичок.

Розвиток здатності впізнавати у своїй діяльності об'єкти чи феномени сприймання призводить до виникнення у них емоційної образної пам'яті. Відомо, що свійські тварини знаходять дорогу додому, впізнають двір, де вони живуть, господаря і т. д. Собака знаходить їжу, захovanу в певному місці, коли йому наперед показати, де її ховають, впізнає людей, з якими він зустрічається, пам'ятає, як вони до нього відносяться.

Більш розвинені хребетні тварини відображають у своїй пристосувальній діяльності не лише окремі предмети зовнішнього світу, а й деякі взаємозв'язки між ними. Характеризуючи аналіз і синтез тваринами (собаками) подразнень, що йдуть із середовища, І. Павлов зазначає, що їх можна і слід назвати елементарним, конкретним мисленням.

Багатьом хребетним тваринам, особливо птахам, кішкам, собакам тощо, властиві й диференційовані емоції. Згідно з канонами класичної загальної психології, вони породжуються задоволенням або незадоволенням їх біологічних потреб і нерідко набувають великої сили. Докладні описи проявів різних емоцій у тварин починаються з Ч. Дарвіна.

У сучасному природознавстві провідною є теорія нейропсихізму, згідно з якою психіка наявна тільки у тварин, які мають нервову систему. Еволюція хребетних йшла по шляху ускладнення будови і функціонування в них головного мозку. Збільшення віднос-

ної маси мозку на окремих етапах розвитку демонструється за допомогою індексу Я. Рочинського (відношення квадрата маси мозку до маси тіла): у напівмавп він складає 0,13-1,37; у менш розвинених мавп – 0,56-2,22; у людиноподібних мавп – 2,03-7,35; у дельфінів – 6,72; у слона – 9,62; у людини – 32,0. Ці цифри показують, наскільки велике місце займає мозок людини в системі її тіла, а значить і в організації психіки.

Важливо відзначити, що збільшення об'єму і маси мозку пов'язане не з ростом найбільш старих стовбурових відділів, а з розвитком великих півкуль. У людини найбільш розвинена кора півкуль, при цьому найінтенсивніше формувались нові ділянки кори (неокортекс), які у менш розвинених хребетних лише з'явилися. Древні ділянки кори у людини складають лише незначну її частину (рис. 3).

Таким чином, якщо зіставити більшість фактів та інтерпретувати їх з позицій матеріального субстрату забезпечення елементарних психічних функцій, то стає очевидним, що хребетні тварини досконаліше відображають об'єктивну діяльність, ніж безхребетні. Не викликає сумнівів встановлена психологами закономірність, що розвиток здатності й відобарження є продуктом подальшого розвитку всієї життєдіяльності цих тварин і їх нервової системи, особливо у людини.

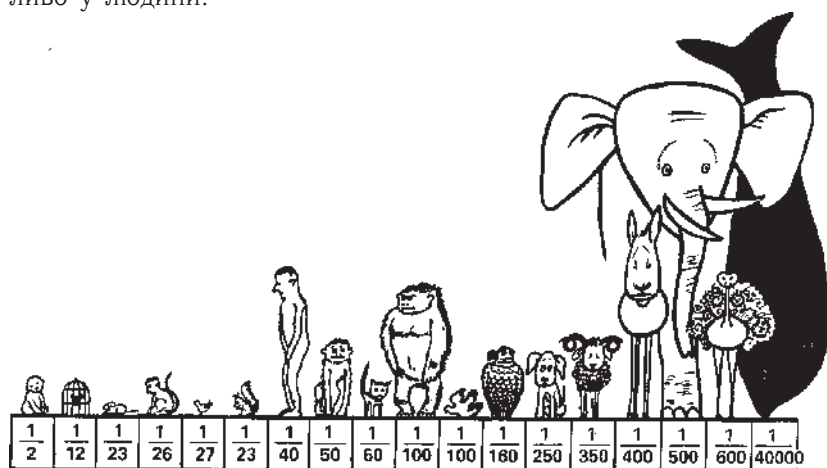
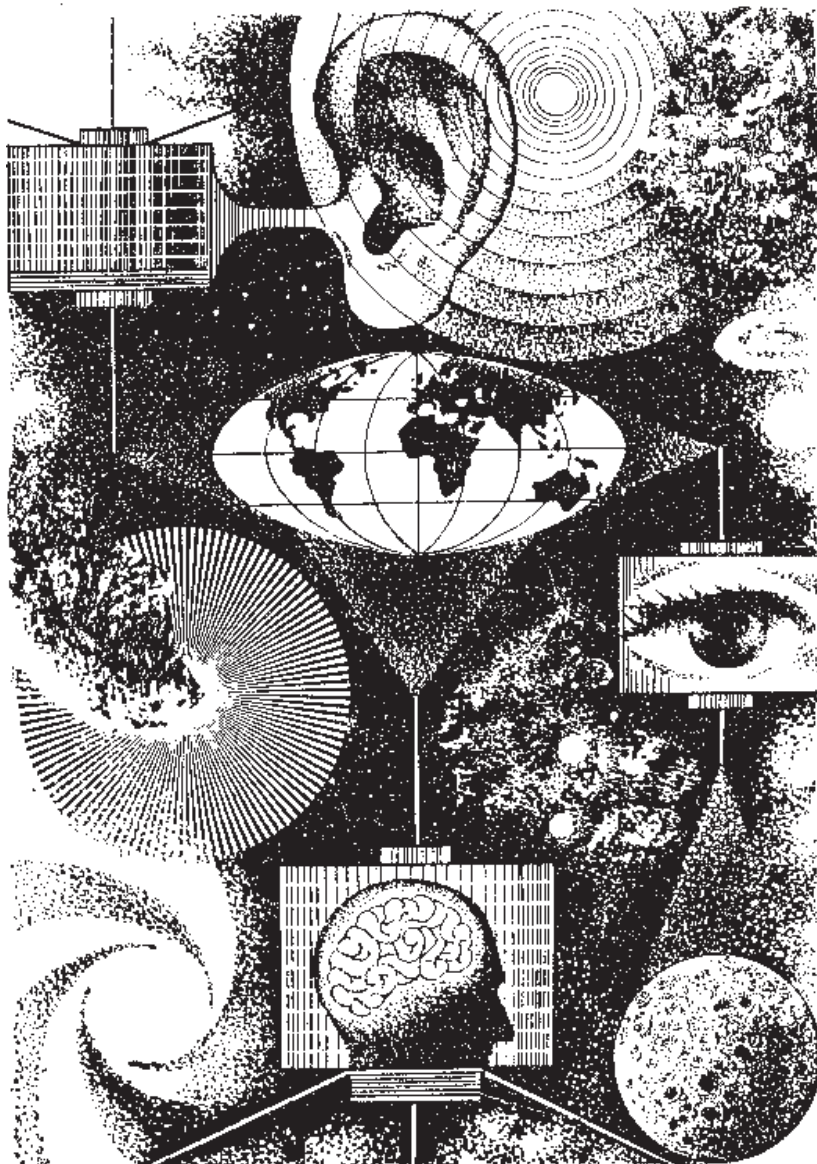


Рис. 3. Еволюція відносної маси мозку.



ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ПІЗНАВАЛЬНІ ПРОЦЕСИ

Відчуття і сприймання

Психологія вивчає психічні процеси і психічні властивості особистості.

Психічні процеси – це відчуття, сприймання, увага, пам'ять, уявлення, уява, мислення, емоції, воля та свідомість. Їх вивчають кожен окремо і в певній логічній послідовності. Проте насправді психічні процеси окремо один від одного не існують. Усі вони взаємопов'язані, а особливості перебігу психічних процесів залежать від властивостей особистості конкретної людини. Іншими словами – перебіг їх визначається особистістю і відбувається в єдності з нею. Вивчаючи окремі психічні процеси, потрібно завжди пам'ятати про цілісність психічної діяльності.

В основі психічної діяльності лежить процес відчуття. **Відчуття** – це процес відображення окремих властивостей предмета і явищ об'єктивної реальності при їх безпосередній дії на аналізатор.

Аналізатор складається з рецептора, провідника, елементів центральної нервової системи і системи зворотного зв'язку. Сприймання – це психічний процес, що полягає в цілісному відображенні предметів і явищ об'єктивної реальності як результат синтезу інформації, що надходить внаслідок подразнень аналізаторів.

Класифікація рецепторів

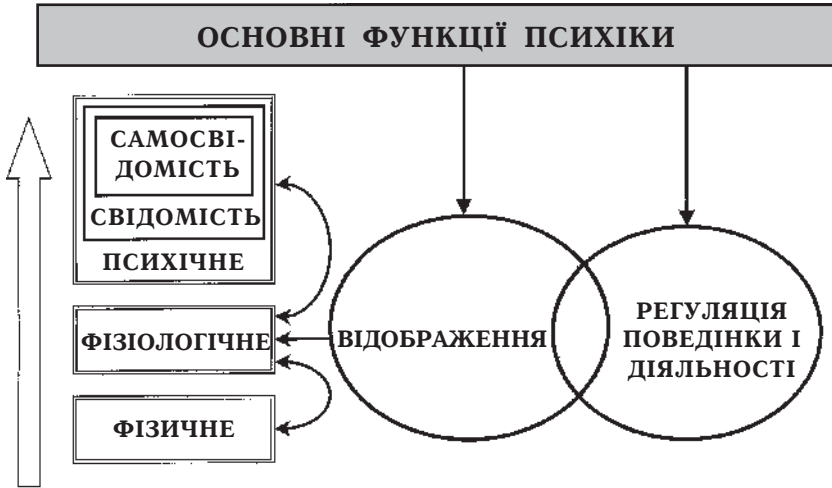
I. Екстерорецептори (зовнішні).

1. Дистанційні:

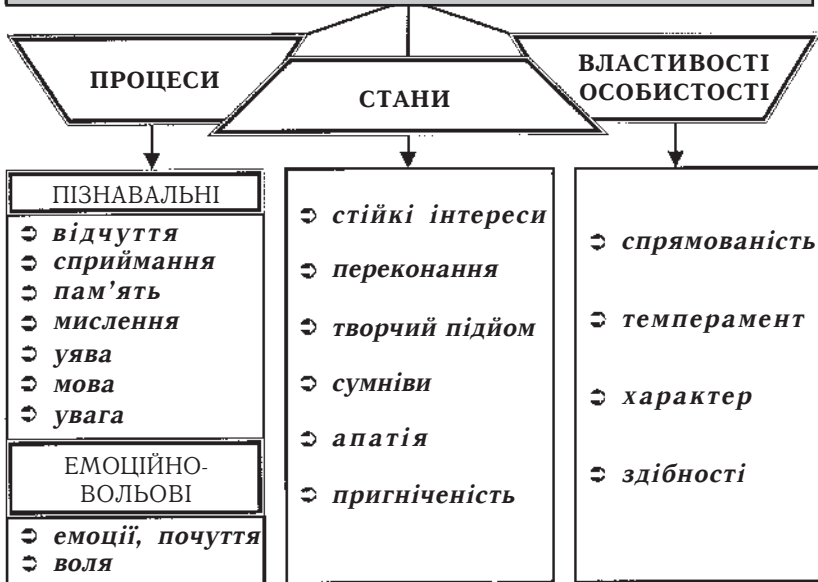
- а) орган зору – око;
- б) орган слуху – зовнішнє і середнє вуха та завиток;
- в) орган нюху – ніс.

2. Контактні:

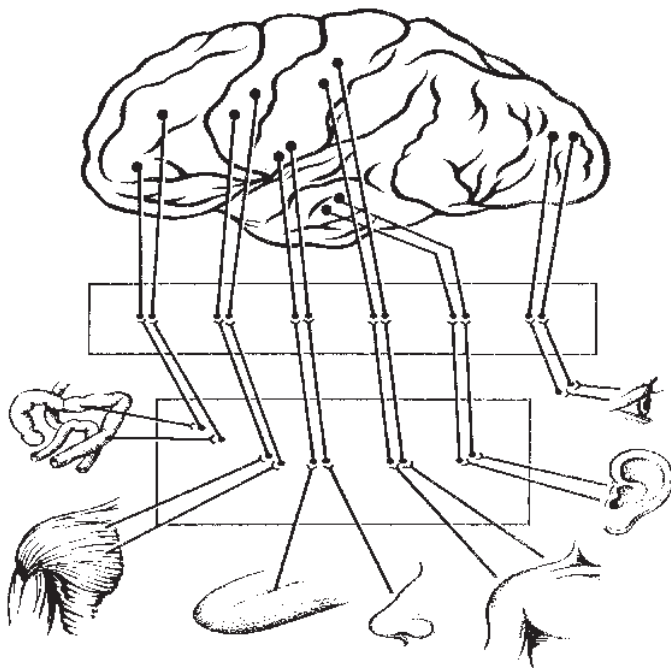
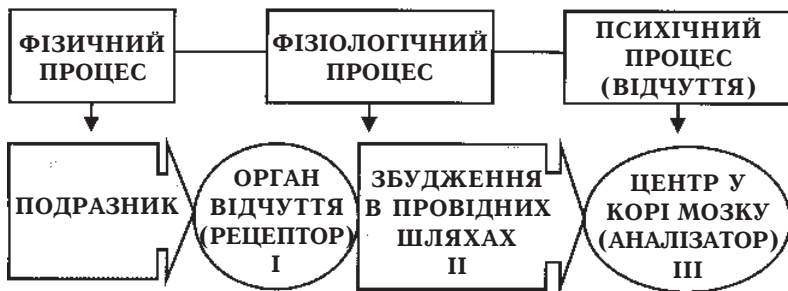
- а) рецептори дотику і тиснення;
- б) рецептори тепла;
- в) рецептори холоду;
- г) рецептори болю.



ОСНОВНІ ФОРМИ ПРОЯВУ ПСИХІКИ І ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК



ВИНИКНЕННЯ ВІДЧУТТІВ І СХЕМАТИЧНЕ ЗОБРАЖЕННЯ АНАЛІЗАТОРІВ У КОРІ



II. Пропріорецептори

1. Рецептори положення і рівноваги – вестибулярний апарат.
2. Рецептори кінестетичних функцій (рецептори в м'язах, сухожилках, суглобах і на поверхні фаланг).

III. Інтерорецептори (вісцерорецептори).

1. Рецептори травної системи:

- а) рецептори нюху – носоглотка;
- б) рецептори смаку – язик і глотка;
- в) сенсорні клітини спраги – слизова глотки;
- г) сенсорні клітини голоду – шлунок;
- д) сенсорні клітини нудоти – шлунок.

2. Рецептори системи кровообігу.

3. Рецептори дихальної системи.

4. Рецептори системи розмноження.

5. Рецептори болю всіх внутрішніх органів.

З точки зору нейрофізіології, відчуття розглядається як аналізаторна, рефлекторна діяльність.

Разом із тим, відчуття, й, особливо, сприймання людини є складними психічними процесами, в яких відображені основні ступені розвитку людини, вся біопсихосоціальна особистість у даний момент розвитку і стану організму (як фізичного, так і психічного). Найближче до первинного сприймання і відчуття як нейрофізіологічного і психічного акту стоїть новонароджений, тому що він не володіє власним досвідом. Новонароджений, на відміну від дорослої людини, не диференціює і не усвідомлює безліч подразників. Він відчуває і сприймає лише категорії “приємне” та “неприємне” (на рівні емоцій) і “безпечне” та “небезпечне” (на рівні інстинктів). Якщо новонароджений ситий, сухий і теплий – йому приємно і він спить або спокійно відпочиває. Коли ж навпаки – йому неприємно і він своїм криком сигналізує про своє незадоволення. Значно пізніше дитина починає відчувати більш тонко й усвідомлено на основі набутого досвіду (це колір зелений, а це червоний, це прохолодне, а це тепле, цей подразник приємно лоскоче, а внаслідок цього з’являється біль і т. п.). І вже тоді, на рівні сприймання, ці елементарні пізнавальні процеси проявляються як невід’ємна складова нероздільної психіки. Щоб сприйняти жовтий колір, треба знати значення слова “жовте”. Отже, необхідно мати розвинену другу сигнальну систему. А це вимагає осмислення (тобто відчуття пов’язане з мисленням), пам’яті (мама сотню разів казала, що це “жовте”). Кольори діють на емоції. Зелений і голубий – заспокоюють, червоний – збуджує. Засвічення червоного світла світлофо-

ра спонукає водія автомобіля рефлекторно натиснути на гальма. Тут ми бачимо наглядний взаємозв'язок між відчуттям кольору – з однієї сторони і вольовим актом – з іншої.

Розглянемо найважливіші загальні закономірності відчуття. Якщо сила подразнення, що діє на рецептор, є дуже малою, то відчуття не виникне. Необхідно, щоб вона досягла певної величини.

Найменшу силу подразника, що викликає усвідомлене відчуття, називають **абсолютним порогом відчуття**. Крім нього, є ще поріг різниці відчуття.

Так, збільшення маси предметів, що лежать на руці, ми відмічаємо лише тоді, коли різниця буде більшою 6%. Ці пороги відчуття не є раз і назавжди даними. У новонароджених відчуття порівняно малорозвинуті й протягом життя вдосконалюються до певної межі. У похилому віці чутливість більшості аналізаторів знижується.

Функціональний стан клітин кори може змінюватись при втомі й особливо, захворюваннях (органічних і функціональних порушеннях тієї чи іншої частини аналізатора). Чутливість підвищується внаслідок дії деяких фармакологічних речовин. Алкоголь і певні наркотичні речовини знижують чутливість. Токсичні речовини, які з'являються при хворобах, також можуть змінювати чутливість, яка при цьому в одних випадках знижується, а в інших підвищується.

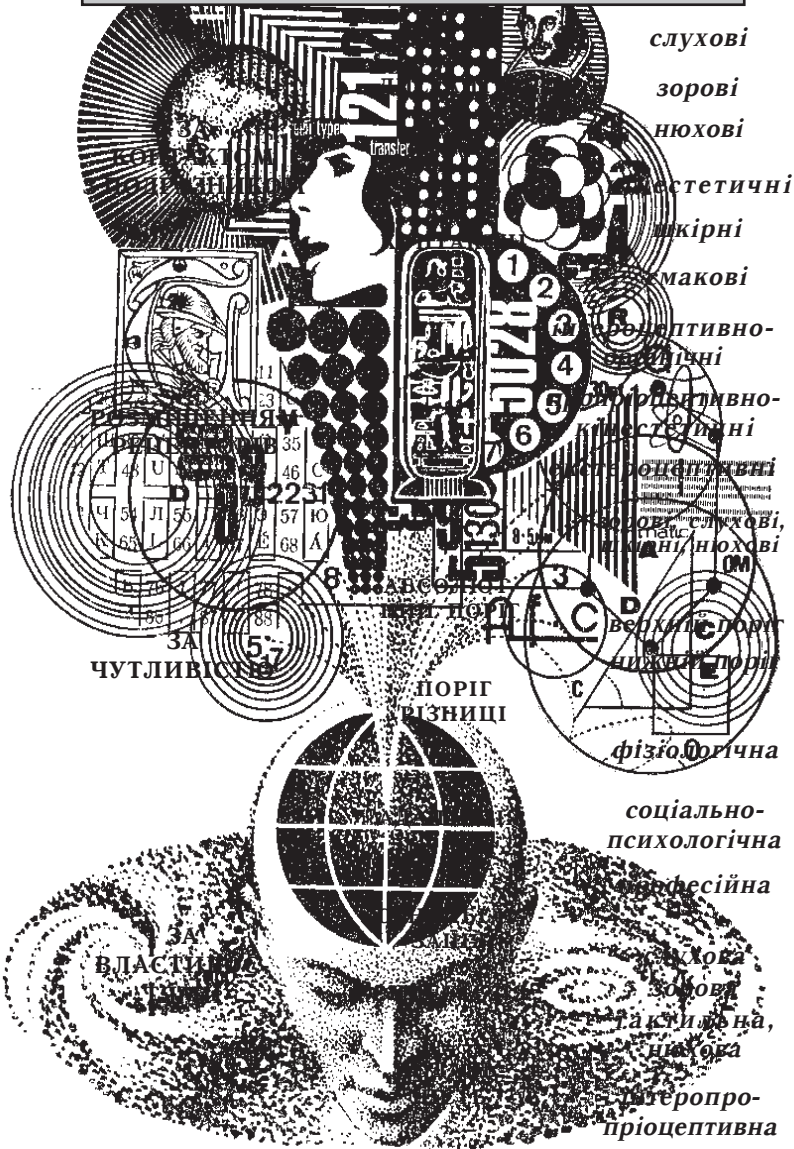
Медичним сестрам важливо виявити у хворих зміни чутливості під час спостереження за ними, щоб відповідним чином організувати догляд. При зниженні слуху у хворих потрібно розмовляти з ними голосніше, при підвищенні світлової чутливості – затемнити палату. Необхідно враховувати, що необгрунтовані скарги хворого на смак їжі можуть бути зумовленими змінами сприймання смаку, а скарги на неприємний запах – загостренням нюху.

До загальних закономірностей відчуття відносять поняття “адаптація”, “габітуація” і “сенсibiliзація”, “синестезія”.

Адаптація – це зміна чутливості внаслідок тривало діючого подразника.

Наприклад, ясного сонячного дня ви заходите знадвору в затемнену кімнату. Спочатку нічого не бачите, а потім зоровий аналізатор адаптується і ви починаєте бачити все.

КЛАСИФІКАЦІЯ ВІДЧУТТІВ



слухові

зорові

нюхові

естетичні

шкірні

макові

*рецептивно-
візуальні*

*рецептивно-
естетичні*

рецептивні

*рецептивно-
слухові,
візуальні, нюхові*

*рецептивно-
слухові*

*рецептивно-
слухові*

фізіологічна

*соціально-
психологічна*

професійна

слухова

зорова

*тактильна,
візуальна*

*термопро-
пріюцептивна*

ЧУТЛИВІСТЬ

*ПОРІГ
ВІЗНИЦІ*

ВЛАСТИВІСТЬ

Габітуація – це звикання, коли певні подразники стають настільки звичними, що перестають впливати на активність вищих відділів мозку.

Наприклад, міський житель не чує шуму від транспорту і не відчуває запаху вихлопних газів. Медики не “помічають” специфічного запаху, що є в лікарнях, не реагують на хлорний режим, а хворим потрібно кілька днів, щоб звикнути до них.

Сенсибілізація – це різко підвищена чутливість до певного подразника.

Наприклад, у палату, де знаходиться лежачий хворий, залетіла муха або комар. Специфічний звук, який виникає при їх польоті, через певний час стає нестерпним для хворого, буквально виводить його із стану рівноваги.

В астенізованих хворих поріг відчуття знижується, розвивається схильність до сенсибілізації. Стукіт каблуків взуття медичної сестри і запах парфумів негативним чином впливають на психічний стан хворого.

Відчуття лежать в основі всієї психічної діяльності. Особливо тісно вони пов’язані з емоціями. Усім відомо, як впливає на настрої відчуття болю. Емоції можуть залежати також і від підпорогових, неусвідомлених відчуттів. Передусім це стосується відчуттів від внутрішніх органів. Дуже часто першим проявом хвороби є зміна настрою.

Чутливість аналізаторів може змінюватись. Так, при органічному пошкодженні якогось аналізатора чутливість інших аналізаторів зростає. Наприклад, у сліпих різко загострюються слух, відчуття дотику і навіть нюх, у глухих – зір. Про це потрібно пам’ятати медичним сестрам, які обслуговують таких хворих.

Центральні відділи нюхових рецепторів безпосередньо зв’язані з тими підкірковими відділами мозку, де знаходяться “центри інстинктів і емоцій”. Сигнали нюхових рецепторів значною мірою впливають на ретикулярну формацію, яка підвищує збудливість кори мозку. Відомо, що вдихання парів нашатирного спирту допомагає вивести із стану непритомності. Неприємні для людини запахи, які довго на неї діють, погіршують перебіг захворювань. Чутливість до запахів залежить від гормонів і стану нервової

СПРИЙМАННЯ І ЙОГО ВЛАСТИВОСТІ



*Лінійна
перспектива*

*Які контури зображено
на малюнку?*

*Обличчя чи
дерево?*

системи. Вона підвищується зранку і ввечері, причому в багатьох хворих загострюється нюх. Це обов'язково потрібно враховувати при догляді за ними.

Значення шкірних відчуттів у пізнанні зовнішнього світу є дуже великим, особливо в немовлят і сліпих. Шкірні відчуття сильно впливають на емоційний стан людини. Кращий спосіб заспокоїти дитину – це погладити її, обняти, пригорнути до себе. Якщо сутністю відчуття є переважно процес аналізу, то в основі сприймання лежить здебільшого синтез. Сприймання не є простою сумою відчуттів, це складний психічний процес, до якого разом з відчуттям залучається попередній досвід у вигляді знань, уявлень, конкретизації і узагальнень, суджень і умовиводів. У зв'язку з тим, що сприймання залежить від попереднього досвіду і знань, воно має значною мірою суб'єктивний характер.

Основні закономірності сприймання

Цілісність сприймання. Ми завжди сприймаємо об'єкт або явище в цілому. Слухаючи музику, сприймаємо не окремі ноти, а мелодію в цілому. Коли ми бачимо достатню частину об'єкта, яка необхідна нам для отримання цілісного поняття про нього, то сприймаємо об'єкт у цілому. Наприклад, за деревами бачимо дах будинку і сприймаємо, що там є будівля.

Осмисленість сприймання. Сприймання зрілої людини завжди осмилене. Ми знаємо, як називається той предмет чи явище, які сприймаємо. Якщо не знаємо, то цікавимося в інших або досліджуємо властивості цього об'єкта чи явища. Осмисленість сприймання найбільше пов'язана з мисленням та інтелектом.

Константність (сталість). Наше сприймання зберігає стабільну інформацію про розміри і колір предмета незалежно від впливу деяких чинників. Коли, наприклад, ми дивимось на свої руки, причому ліва знаходиться на відстані 20 см від обличчя, а права витягнута далеко вперед, то сприймаємо їх як такі, що мають однаковий розмір. Проте, якщо розмістити їх одна за одною на одній прямій лінії, то відразу помітна різниця стосовно величини відповідних зображень на сітківці. Аперцепція – залежність від попереднього досвіду. Це психічне явище базується, в основному, на підсвідомих процесах. Константність найбільше пов'язана з пам'яттю і свідомими процесами.

Вибірковість сприймання. Ця закономірність виявляється в наданні переваги одним об'єктам, явищам або їх властивостям над іншими. Ми не можемо активно утримувати в зоні своєї уваги всі подразники, які діють на нас. Активна увага обмежена постійним відбором, який проводить наш мозок. Наприклад, у дружній компанії спочатку чуємо лише загальний шум голосів людей, які нас оточують. Проте достатньо, щоб один із наших знайомих раптом звернувся до нас, тоді ми перестаємо звертати увагу на шум і починаємо сприймати те, що він говорить. Це явище називають ефектом “вечірки”, або ефектом Черрі.

На направленість і вибірковість сприймання великий вплив має попередній досвід. Бегбі в 1957 р. продемонстрував значення минулого досвіду в експериментах з дітьми з Мексики і США. Він попередньо підбрав пару картинок, на кожній з яких були зображені два найбільш поширені серед жителів цих країн спортивні видовища (змагання тореадорів з биком і гра в бейсбол). Потім Бегбі показував їх дітям за допомогою стереоскопа, який давав можливість проектувати протягом короткого відрізка часу на сітківці обох очей різні картинки. Таким чином, мозок отримав одночасно складні сигнали двох типів, які він не міг об'єднати. Завдяки феномену вибіркової мозок приймав лише один із сигналів. Було встановлено, що мексиканські діти сприймали лише картинку кориди, а діти з Північної Америки – бейсбол. Мозок кожного вловлював найбільш звичний образ.

Перебуваючи в лікарні або іншому лікувальному закладі, хворі вибірково сприймають інформацію, пов'язану з діагностично-лікувальним процесом. Вони насторожено прислухаються до медичного персоналу, інших хворих та родичів і відвідувачів щодо умов і ефективності лікування. Хворі загострено сприймають неуважність або прояви антисанітарії. Підсвідомо відбувається вибірка сенсифікація сприймання і відчуттів.

Установка сприймання. Ця закономірність найтісніше пов'язана з особистістю, світоглядом, характером, минулим досвідом, вибірковою й очікуваним результатом. Поняття “установка” ввів радянський психолог Узнадзе, але більше її вивчають західні школи. Установка – це не зовсім обгрунтоване ставлення до певного суб'єкта,

явища або події. Людина ще не має повної інформації, не може об'єктивно оцінити наслідки події, але в неї вже є сформований стереотип очікуваного результату. При першій зустрічі до однієї людини виникає симпатія, а до іншої антипатія, результати однієї події ми чекаємо з невиправданим оптимізмом, іншу відразу ж оцінюємо: “Нічого доброго з цього не вийде”. Негативна установка хворого на лікування шкодить ефективності діагностично-лікувального процесу. Установка медика, що цей хворий – “неприємний тип”, “невротик”, “агравант”, “симулянт” і под., обов'язково призведе до погіршення взаємовідносин з ним. Установочне захоплення новим “модним” методом лікування, що не пройшов належної об'єктивної перевірки, може спричинити погіршення і здоров'я, і фінансового стану хворого. У процесі спілкування з хворим медик повинен спиратись не на установку, а на об'єктивні факти.

Спостережливість і спостереження. Спостережливість є дуже важливою якістю для представника будь-якої професії, а особливо для медичних працівників. Чергова медична сестра більше часу безпосередньо контактує з хворим і спостерігає за ним. Спостережлива медична сестра надає велику допомогу лікареві стосовно об'єктивної оцінки стану хворого. Найбільш глибоко спостережливість пов'язана з процесами уваги й осмисленості. Без належної уваги не може бути якісного спостереження за хворим. Без глибокого всестороннього осмислення сприйнятої інформації не можна зробити адекватного висновку про його стан. Спостережливість є однією з головних складових професіограми медичної сестри.

Серед **складних форм сприймання** виділяють сприймання часу, простору і руху.

Розглянемо більш детально психологічні особливості сприймання часу, щоб зрозуміти, як тісно, тонко і, разом із тим, рельєфно сприймання часу пов'язане з багатьма психологічними процесами і в яких феноменах це знаходить своє вираження.

Так, психологам відомий “закон свідомого заповнення часу”, який, залежно від фактора тривалості, проявляється у двох формах. У відносно короткі періоди часу ті часові проміжки, які були заповнені великою кількістю вражень, сприймаються, як

правило, більш тривалими. Але при тривалому інтервалі часу згадуються більш тривалими ті відрізки часу, які були “порожніми”, і, навпаки, “заповнені” періоди часу сприймаються коротшими. Вирішальну роль тут відіграє особиста участь (емоційна зацікавленість, інтенсивність зацікавленості, спрямованість, інтереси, їх задоволення). Ось чому дитинство і молодість у період дитинства і молодості здаються відносно більш тривалими, інколи нескінченними, періодами життя, а пізніше згадується, що вони минули дуже швидко.

Беззмистовний період часу ми сприймаємо як дуже тривалу нудьгу. Об’єктивно короткий період, заповнений страшною небезпекою, загрозою для життя або болем, переживаємо як безкінечно довгий.

Один із феноменів психології полягає в тому, що “чекання неприємності, як правило, сприймається і переживається важче, ніж сама неприємність”.

З такими суб’єктивними переживаннями часу необхідно обов’язково рахуватись стосовно психології хворого. Тут важливими є активна зацікавленість хворого – з однієї сторони і заспокоєння його – з іншої. У лікарняному режимі доцільно чергувати насичені інтервали часу з відпочинком і спокоєм.

Усі живі істоти постійно відраховують час. У ході експериментів встановлено, що собака, який отримує їжу через кожні півгодини, завжди виділяє слину через кожні 29,5 хвилин. Такий точний відрахунок часу, але в більш складній формі, спостерігається і в людини. Прикладом може бути пробудження від сну в запланований час. Перед сном ви заводите будильник і встановлюєте стрілку на конкретний час і хвилину. В певний час прокидаєтесь, хоч звичайно звикли в цей період спокійно і міцно спати. А коли ви подивитесь на будильник, то побачите, що стрілка наближається до встановленого часу. Багатьом людям при цьому здається, що десь всередині їх організму є якийсь внутрішній годинник.

Отже, цей приклад наглядно показує зв’язок відчуття із сферою підсвідомих процесів, що, як відомо, відбуваються як у стані неспання, так і під час сну.

Під час дослідів зі сном було доведено, що в період повного спокою у тварин покращується суб’єктивний відлік часу. Щодо

людей, то приклад повсякденного життя вказує, що в стані неспанья ми робимо більше помилок у відрахунку часу, ніж тоді, коли перебуваємо у стані фізіологічного сну. Це є виявом психологічної ілюзії “розтягнутості часу”.

Сприймання часу тісно пов’язане з емоціями. Під час цікавої роботи, яка приносить душевне задоволення і захоплює, час біжить так швидко, що можна пропустити заплановану зустріч з іншою людиною або телепередачу. І, навпаки, у хворих з депресивним пригніченим станом час минає дуже повільно. Це потрібно знати медикам. Хворі з важким душевним станом нерідко скаржаться на стійке безсоння і домагаються призначення їм снодійних. Проте дані тактовно налагодженого нагляду свідчать про те, що вони не сплять, скажімо, з 2-ї до 3-ї години ночі. До і після цього періоду хворі міцно сплять, але ця година тимчасового безсоння суб’єктивно сприймається і переноситься як виснажливе безсоння впродовж усієї ночі. Постійне приймання снодійних може призвести до розвитку лекоманії, токсикоманії та інших негативних наслідків. У цих випадках потрібно розуміти, що такі хворі не симулюють свій стан, що їм дійсно важко, і вони потребують адекватної допомоги, наприклад проведення курсу психотерапії.

Таким чином, процеси відчуття і сприймання базуються на двох основних компонентах: нейрофізіологічному і психічному. Чим вищий еволюційний рівень тварин, чим зріліша людина, тим більша питома вага психічного компонента. Для прикладу наведено головні складові сприймання смаку:

- У сприйманні смаку значну роль відіграють смакові рецептори язика і глотки. Але вони надають людині інформацію лише про ступінь солоності, солодкості, гіркоти і кислотності страви.
- Роль зорового аналізатора. Гарно сервірований стіл, вигляд страви і гарніру значною мірою впливають на апетит і смак страви.
- Роль нюхового рецептора. Приємний запах свіжоприготовленої їжі посилює апетит і робить страву смачнішою, неприємний – викликає відразу.
- Роль слухового аналізатора. Хрумкіт картоплі фрі або малосольного огірка підвищує апетит.

- Роль температурного аналізатора. Гарячі страви посилюють апетит, охололі сприймаються несмачними.
- Роль культурних традицій харчування. Українець залюбки їсть свинячу відбивну чи ковбасу. В іудея чи мусульманина ці страви викликають огиду. Французи ласують жаб'ячими лапками і молюсками, а китайці – тухлими яйцями.
- Роль сімейної традиції. Те, що приготувала мати, здебільшого найсмачніше.
- Роль емоційного і фізичного станів. Коли людина здорова і весела – у неї гарний апетит, в ослабленій, знервованій та у стані депресії чи тривоги апетит погіршується.
- Роль навколишньої обстановки. Одна справа – спокійно пообідати в ресторані, інша – похапцем перекусити на перерві.
- Роль голоду. Голодна людина зі смаком з'їдає і скоринку хліба, а сита перебирає харчами.

Для медиків особливо важливими є питання, пов'язані зі сприйманням болю. Тут є ще багато незрозумілого. Досі нез'ясованим залишається питання про наявність особливих больових рецепторів. Більшість дослідників дійшла висновку, що є спеціальні рецептори болю і провідники больової чутливості. Про це свідчать і клінічні спостереження. Є хвороби, при яких зберігається відчуття дотику, але зникає відчуття болю. Проте не слід вважати таких людей щасливими. Біль – це сигнал про небезпеку. Відсутність цього сигналу призводить до того, що у таких хворих можуть виникнути опіки і важкі поранення. Медична сестра повинна про це пам'ятати. Прикладаючи до тіла таких хворих грілку, потрібно вжити всіх належних заходів, спрямованих на профілактику опіків.

Не всякий біль є необхідним. Сильний може викликати шок. Хронічний послаблює захисні реакції. Звідси зрозуміла потреба в знеболюванні.

Потрібно відмітити, що сприймання болю відзначається особливою суб'єктивністю. При сильному емоційному збудженні біль притупляється. Поранений солдат іде в атаку, не звертаючи уваги на біль. Разом із тим очікування болю посилює больове сприймання. Медична сестра повинна про це пам'ятати і не затягувати виконання больочих маніпуляцій.

Потрібно чутливо реагувати на скарги хворого, старатись відволікати його увагу від болю, зайняти пацієнта важливою для нього діяльністю, навіяти більш спокійне ставлення до болю.

Нейрофізіологам і психологам відомий феномен “специфічної енергії органів чуття”. Мається на увазі загальновідомий факт, що кожен орган чуття і неадекватний подразник дають специфічну для цього аналізатора відповідь. Наприклад, орган зору самою природою запрограмований на сприймання світла і кольору, а не болю. Проте нанесений по очах удар, як правило, викликає світлове або кольорове сприймання: “Від удару посипались іскри з очей”. І, навпаки, надмірний, адекватний органу чуття подразник спричиняє універсальне відчуття болю. Наприклад, спостереження за роботою електрозварки без захисних окулярів або надмірна сила звуку (вибух бомби чи постріл гармати поруч).

У багатьох астенізованих хворих (без ознак виключення свідомості) пороги відчуття і сприймання знижуються, і більшість звичайних за силою подразників вони переносять погано. У повоєнні роки в багатьох лікувальних закладах було упроваджено так званий лікувально-охоронний режим, що полягав у проведенні ряду заходів, спрямованих на продовження сну хворих. Але потім з'ясувалось, що таке штучне усунення природних подразників погано впливає на психіку і фізичний стан пацієнтів. У зв'язку з розвитком космонавтики вчені почали досліджувати дію сенсорної ізоляції на психіку людини. Виявилось, що повна сенсорна ізоляція шкідливо впливає на психіку і може викликати експериментальний психоз.

Згідно із законом Йеркса-Додсона, організм прагне підтримати оптимальний рівень активації, який дозволяє йому функціонувати найбільш ефективно. Цей рівень залежить від фізіологічного стану конкретної людини в конкретний час. Таким чином, певні люди потребують більш сильного припливу стимулів, ніж інші, які здатні переносити їх лише в обмеженій кількості. Ця потреба в стимулах змінюється також залежно від психічного стану людини. Оптимальний рівень активності під час сну чи задумливості суттєво відрізняється від рівня активності людини, яка знаходиться у творчому запалі.

Захворювання знижує рівень активності хворих і вимагає певних обмежень подразників, але надмірне виключення їх негативно вплине на психічний і фізичний стан хворого. У зв'язку з цим склались традиції “золотої середини”. Неприємних подразників повинно бути якнайменше. Бажана дія позитивних подразників незначної інтенсивності (тиха музика, читання відволікальної літератури, посильна культтерапія тощо). Медична сестра повинна усвідомити, що надокучати хворому надто частими відвідуваннями так само шкідливо, як і залишати його на тривалий час одного (“щоб він спокійно відпочив”). У першому випадку в пацієнта може розвинути тривожна думка, що він дуже хворий, а йому про це не говорять, а в іншому, що на нього “всі махнули рукою” у зв'язку з безнадійністю стану.

Взаємозв'язок між відчуттям і сприйманням

Взаємозв'язок між відчуттями дуже складний. Наприклад, якщо одночасно з якимось подразником діє й інший сильний подразник, чутливість наших органів чуття значно знижується – новий подразник своєю силою зменшує інтенсивність попереднього подразника. Це давно відомий факт із практики. Дитину, яка плаче, можна заспокоїти, якщо відволікти її увагу за допомогою сильнішого подразника. І, навпаки, при дії більш слабкого подразника чутливість інших аналізаторів підвищується. Існують особи, які під час роботи вмикають радіо, але грає воно неголосно. Щоб навчити читати людей з поганим зором, використовують неголосне тикання годинника або метронома.

До взаємодій сприймання відносять і так звані симультантні й подальші контрасти. Після тривалого розглядання зеленого квадрата, заплющивши очі, ми суб'єктивно сприймаємо червоний колір протягом певного часу. Після солодкого інші, менш солодкі продукти здаються кислішими (наприклад, яблука), сіра поверхня на білому фоні сприймається темнішою, а на чорному – світлішою.

Вплив одного сприймання на інше досить виразно видно на прикладі так званих сенсорних ілюзій. Якщо, наприклад, намалювати три паралельні лінії і пересікти їх рядом коротких ліній так, що верхню лінію будемо пересікати косими лініями зліва направо, середню – справа наліво, нижню – знову направо, то середня

лінія буде сприйматись нами не паралельною, а ніби такою, що відхиляється вправо вгору. На малюнку, на якому зображено коридор, що перспективно звужується, з двох фігур, однакових за висотою, більш віддалена від нас фігура буде здаватись більшою, тому що наш минулий досвід перспективи психологічно зменшує сприймання. Це є сенсорна ілюзія.

Часткову деформацію дійсності іншими, не лише сенсорними, компонентами називають психологічними ілюзіями. Наприклад, зайшовши в темний коридор, дитина лякається фігури в кутку, але потім сміється, коли усвідомить, що її налякали пальто і капелюх, що висять на вішаку.

Ілюзії не є патологічним явищем, якщо вони являють собою процеси, які відбуваються у здорової особистості (чекання, страх і под.). Розрізняють ще афективні ілюзії, що виникають під впливом емоцій. Патологічними є так звані істинні ілюзії, тому що вони з'являються лише при патології психіки, хвора людина сприймає їх некритично і вважає реальними.

Наші уявлення про дійсність не є лише відображенням об'єктивної реальності, й, навпаки, дійсність існує в нашому сприйманні як відображення стану нашого настрою і почуттів. Тут правильним буде вважати, що ми бачимо не лише сам світ, а його через себе в ньому. Тобто будь-яка об'єктивність сприймається з тією чи іншою мірою суб'єктивності.

Приклади суб'єктивності ілюзорного сприймання:

- Порада видної людини має більшу вагу, ніж порада людини з нижчим соціальним статусом.
- Відважний схильний применшувати небезпеку.
- Лінивому найменша перешкода здається непереборною.
- Приємні емоції викликають у нас прихильність до своїх об'єктів, а неприємні не менш сильно настроюють проти них. Так, в очах закоханого кохана стає досконалістю, тоді як суперниця бачить її незграбною і непривабливою. Нерідко після того як згасне любовний потяг, зникає краса об'єкта.
- Фанатику кожний член його секти здається святим, тоді як найбільш праведні члени іншої секти сприймаються уособленням диявола.

- Людина, яка отримала погану звістку, здебільшого дає переконати себе доказами, які не сприймаються ніким з її оточення.
- Натовп жадібно вірить у дива і задовольняється доказами, яких було б замало навіть для подій найбільш звичних, або коли б людина сприймала ці докази не в умовах натовпу, а ізолювано.
- Для закоханих час розлуки тягнеться безкінечно: кожна хвилина, як година, а кожен день, як рік. Те ж саме відчуваємо і ми, коли чогось, з нетерпінням чекаємо.
- Для школяра канікули минають дуже швидко.
- У пустинній місцевості дорога завжди здається довшою, а шлях, пройдений із приємним попутником, – значно меншим і за часом і за відстанню.
- Багату людину вважають ще багатшою, ніж вона є насправді.
- Земельна ділянка здається ширшою, коли її обгородити, і ще більшою, коли на ній є сад, поділений на кілька частин.
- Кімната середніх розмірів сприймається більшою, коли вона обставлена. Але якщо обставити дуже велике приміщення, воно переважно буде здаватись меншим.
- Кімната середніх розмірів здається меншою, якщо стеля її нижча звичайної. Але та ж низька стеля в дуже великому приміщенні спонукає сприймати його більшим, ніж у дійсності.
- Відчуття нещастя посилюється при зіставленні з втраченим щастям.
- Людина високого рангу навіть тим, хто її оточує, невпевненість, аж до того, що повністю знищує їх у власних очах.
- Ми по різному сприймаємо й оцінюємо людей, з якими бачимось часто, і людей, яких зустрічаємо вкрай рідко.
- Людина, яка носить окуляри сприймається більш інтелігентною, працелюбною, надійною і, разом із тим, меншою мірою наділеною почуттям гумору, ніж вона, але без окулярів.
- Більшість людей зовсім не дивується, коли догвоволосий юнак з перстнями на пальцях і сережками у вухах провалює якусь справу, але не пробачає ці ж промахи вишукано одягнутій молодій людині.

Наведені приклади свідчать про те, що відчуття і сприймання є не лише нейрофізіологічним актом, значною мірою вони зумовлені різноманітними психологічними процесами і станами, які нероздільно пов'язані один з одним і невіддільно органічно пов'язані з особистістю в цілому.

Практичні поради

1. В астенозованих хворих пороги відчуттів знижені. Тому необхідно створити всі належні умови щодо попередження дії надсильних для хворої людини подразників (шум, голосна мова, різкі запахи, тривалі візити відвідувачів тощо).

2. При догляді за хворими потрібно враховувати процеси адаптації, габітуації та сенсibilізації. Так, процес адаптації до стаціонарних умов триває переважно три-чотири дні. Тривала габітуація більш характерна для хворих із сільської місцевості, а сенсibilізація – для жителів міста.

3. При догляді за хворими і спілкуванні з ними необхідно враховувати чутливість аналізаторів: голосніше звертатись до осіб із зниженим слухом, уважно слідкувати за дією грilки на ділянки тіла, уражені паралічами або парезами, затемнити палату, де знаходяться хворі, яким медикаментозно розширили зіниці тощо.

4. Потрібно враховувати вплив кольорів на стан психіки хворого: зелений і голубий – заспокоюють хворих, а червоний і оранжевий збуджують нервову систему.

5. Хвороба посилює вибірковість сприймання.

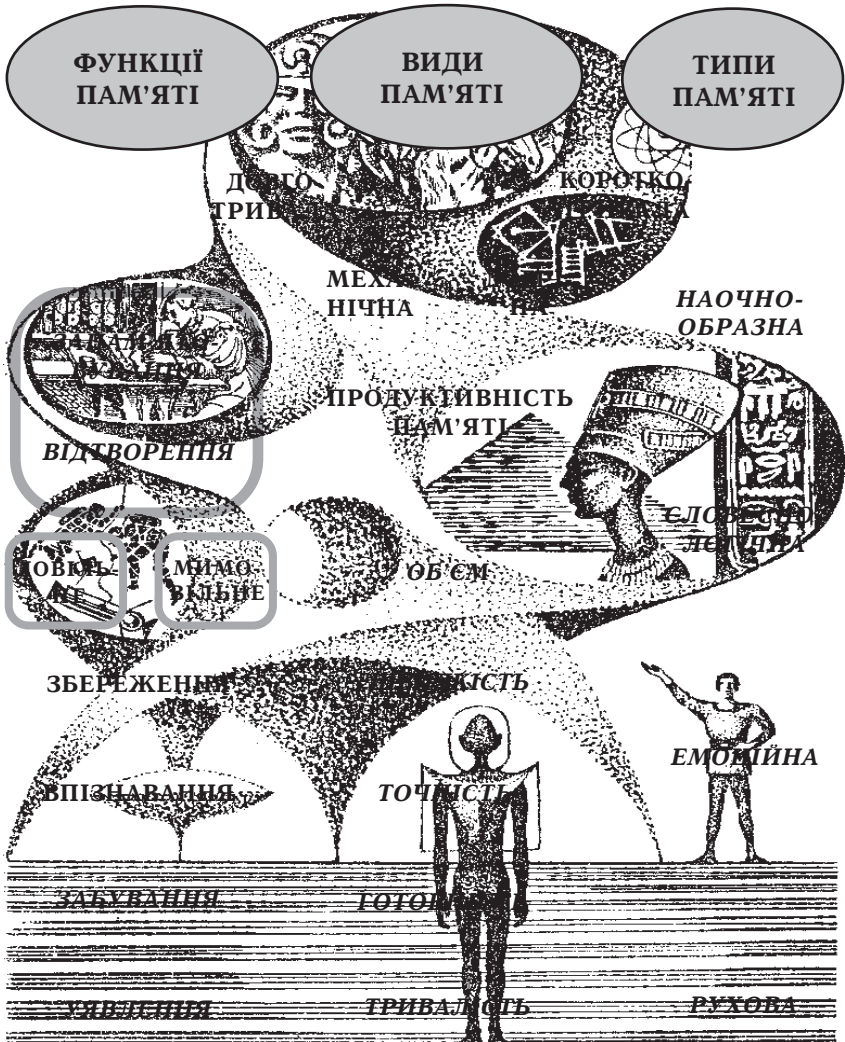
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення понять “відчуття” та “сприймання”.
2. Види та роль рецепторів у відчуттях.
3. Класифікація відчуттів.
4. Що таке сенсibilізація?
5. Взаємозв'язок між відчуттям і сприйманням.
6. Суть закону Йеркса-Додсона.
7. Що таке ілюзії?

Пам'ять

Пам'ять – це здатність до фіксування, зберігання, відтворення й забування різноманітного досвіду та інформації.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПАМ'ЯТІ



У кожному виді психічної діяльності беруть участь не всі психічні процеси, наприклад, безпосереднє сприймання може бути відсутнім під час мислення. Але немає жодного виду психічної діяльності (свідомої або несвідомої), яка не спиралась би на пам'ять. Пам'ять є центральним стрижнем психіки. У довготривалій пам'яті зберігаються весь наш досвід, усі набуті знання і здібності. Пам'ять – це єдине справжнє базове багатство, яке здобула людина, ядро її особистості.

Нейрофізіологічною основою процесів пам'яті є здатність мозку закріплювати, зберігати та відновлювати сліди минулих вражень. Так, запам'ятовування і зберігання ґрунтуються на закріпленні утворюваних тимчасових нервових зв'язків, забування – на їх гальмуванні, згасанні, відтворення – на їх відновленні.

Асоціації та їх види. Запам'ятовування образів, думок та інших відображень дійсності завжди ґрунтується на утворенні й закріпленні певних зв'язків між ними. Ці зв'язки називають асоціаціями. Розрізняють такі їх види: асоціації за суміжністю, за схожістю і за контрастом. В асоціаціях за суміжністю пов'язуються образи об'єктів, які сприймалися одночасно або послідовно, суміжно в просторі й часі. В асоціаціях за схожістю і контрастом – образи предметів, які схожі або контрастні між собою в будь-якому відношенні. Відтворення здійснюється також через ці асоціації. Наприклад, сприймання знайомої людини викликає у нашій уяві образ іншої людини тому, що ми бачили її в одному місці й одночасно з цією, нам знайомою людиною або ж тому, що ця людина схожа на знайому нам людину або відрізняється від неї за якими-небудь зовнішніми ознаками чи рисами характеру.

Основні види пам'яті за тривалістю

За тривалістю збереження інформації в пам'яті й можливістю її відтворення розрізняють два основних види пам'яті: короткотривалу і довготривалу.

Вважають, що при короткотривалій пам'яті сліди сприйнятого зберігаються у вигляді кільцевого потоку хвиль збудження, що зв'язує відповідні нейрони. Цей потік збудження може самопідтримуватись певний час (звичайно до чергового сну, під час якого самозбудження кільцевих структур припиняється й інформація забувається).

Різновидом короткотривалої пам'яті є так звана оперативна пам'ять. Усяка розумова діяльність складається з ряду етапів. Наприклад, потрібно помножити 17 на 13. Спочатку множимо в подумки 17 на 10, отримуємо 170 і цей результат запам'ятовуємо. Потім множимо 17 на 3, отримуємо 51 і цей результат також запам'ятовуємо. Далі додаємо 170 і 51. Зрозуміло, що проміжні цифри нам потрібно запам'ятати лише доти, доки ми не отримали кінцевого результату. При обдумуванні якоїсь проблеми також отримуємо певні проміжні висновки, але забуваємо про них, коли одержуємо кінцеве рішення. Для цих проміжних операцій і потрібна оперативна пам'ять.

Тривале зберігання в пам'яті інформації пов'язане із змінами в нуклеїнових кислотах (РНК і ДНК) нервових клітин. Препарати РНК уже з успіхом застосовують для лікування хворих з послабленою пам'яттю.

Не існує спеціального відділу мозку, де зберігається пам'ять. У збереженні її беруть участь уся кора великих півкуль і підкіркові відділи. У відтворенні довготривалої інформації основна роль належить скроневим часткам кори великих півкуль головного мозку.

Види пам'яті за її змістом

Залежно від того, що запам'ятовується і відтворюється, розрізняють чотири типи пам'яті за її змістом: рухову, емоційну, образну й асоціативну (словесно-логічну).

Найстарішою у філогенетичному аспекті є *рухова* (або *дійова*) пам'ять. Ось чому саме дійова пам'ять є найбільш довготривалою. Людина, яка навчилась ходити ще немовлям, буде ходити до глибокої старості. Це саме стосується вміння користуватись ложкою, виделкою, писати, їздити на велосипеді, плавати і под. Усе життя людини базується на застосуванні практичних навичок, більшість яких доведено до автоматизму. Здобуваючи певну спеціальність, людина засвоює необхідні навички саме завдяки руховій (дійовій) пам'яті. Медична сестра з часом забуде деталі теоретичних знань, але необхідні практичні навички, доведені до автоматизму, повинні постійно підтримуватись, інакше втрачається автоматичне їх застосування, хоча знання сутності навички й уміння їх відтворити зберігаються в пам'яті практично впродовж усього життя.

Якщо хворий довго знаходиться у лікарні, яка нібито стала його другим домом, він розучується самостійно існувати поза нею. Взагалі він розуміє, що повинен робити, вміє себе поводити вдома і в суспільстві, проте навички повноцінного життя поза лікарнею значно знижені. Такий стан людини називають госпіталізмом. Медична сестра повинна про це пам'ятати й осмислено планувати та проводити всі належні заходи, спрямовані на профілактику госпіталізму і реабілітацію хворих.

Емоційна пам'ять полягає в запам'ятовуванні й відтворенні людиною своїх емоцій і почуттів. Як і рухова, вона також дуже стійка. Думка, предмет, подія, які емоційно вразили людину, можуть з першого ж разу надовго залишитись у пам'яті. Емоційна пам'ять особливо розвинена у дітей. Погано пригадуючи події вчорашнього дня, дитина яскраво пригадує події сильно емоційно забарвлені. Якщо хвору дитину, яка починає вередувати, лякати на шталт: “Поводь себе чемно, бо прийде лікар чи медсестра і зробить тобі укол!” – у неї здебільшого розвинеться негативна установка на медиків. Медична сестра повинна оберегати психічний стан і емоції хворих. Якщо є необхідність провести неприємну для споглядання маніпуляцію, тим більше, коли у загальній палаті знаходиться важкий або агонізуючий хворий, його потрібно перевести в окрему палату чи бодай відгородити від інших переносною ширмою. Споглядання деяких ситуацій, які для медичної сестри є звичайною буденною справою, для багатьох хворих – душевні тортури, стрес, а емоційна пам'ять дуже міцна і важко (здебільшого лише формально) корегується логікою. Емоційне забарвлення сприймання сильно впливає на їх запам'ятовування. Ми краще запам'ятовуємо те, що нам приємне, а неприємне переважно забуваємо. Ось чому минуле у спогадах людини часто буває для неї забарвленим у “рожевий колір”. Позитивні емоції полегшують будь-яке запам'ятовування, і дуже важливим є ставлення до матеріалу, який потрібно вивчити. Майбутня медична сестра повинна любити свою спеціальність та із задоволенням вивчати передбачені навчальною програмою дисципліни. Лише в цьому випадку навчання буде ефективним.

Образна пам'ять виявляється в запам'ятовуванні образів, уявлень, конкретних предметів, явищ, їх властивостей і наочних зв'язків та взаємовідношень між ними.

Залежно від того, якими аналізаторами сприймаються об'єкти для запам'ятовування, образна пам'ять буває зоровою, дотиковою, нюховою тощо. Так, ми запам'ятовуємо і відтворюємо образи знайомих людей, яких бачили, мелодії пісень, які чули, особливості поверхні предметів, які обмацували, запахи квітів, які нюхали.

У дошкільні роки запаси пам'яті швидко збільшуються. Особливо збагачується рухова і зорова пам'ять. Зорові образи, які згадує дитина, настільки яскраві й детальні, що майже не відрізняються від безпосереднього сприймання. Але у неї ще мало розвинена друга сигнальна система. Запам'ятовування і згадування у дитини є здебільшого мимовільними. Майже немає ще словесно-логічної пам'яті. Ось чому дитина швидко забуває те, що запам'ятала, якщо не повторює це постійно. Про дані особливості пам'яті дітей потрібно пам'ятати медперсоналу дитячих закладів і лікарень.

Мовні асоціації за суміжністю, схожістю, контрастом і причинністю, які є формою існування понять, суджень і умовиводів, називають смисловими, або логічними, зв'язками. Вони особливо продуктивні в пам'яті людини.

Змістом *словесно-логічної* пам'яті є наші думки, поняття, судження, умовиводи, що відображають предмети та явища в їх загальних властивостях, істотних зв'язках і взаємовідношеннях. Думки не існують без мови, тому пам'ять на них і називають не просто логічною, а словесно-логічною. Вони є специфічно людською пам'яттю на відміну від рухової, емоційної та образної, які у своїх простіших формах властиві й тваринам. Спираючись на розвиток інших видів пам'яті, словесно-логічна стає провідною відносно них. Від її розвитку залежить розвиток рухової, емоційної та образної пам'яті. Словесно-логічній пам'яті належить провідна роль у засвоєнні учнями знань у процесі навчання.

Смислове і механічне запам'ятовування. Крім поділу запам'ятовування на мимовільне і довільне, розрізняють ще смислове (логічне) і механічне.

Смислове запам'ятовування пов'язане з розумінням матеріалу, що запам'ятовується.

Механічне запам'ятовування наявне у всіх тих випадках, коли не забезпечуються осмислювання, розуміння запам'ятову-

ваного матеріалу. Воно може бути як при мимовільному, так і при довільному запам'ятовуванні, причому на всіх ступенях розвитку запам'ятовування. Механічне запам'ятовування зумовлюється надмірною важкістю запам'ятовуваного матеріалу. Воно може виникати і при доступності матеріалу, коли розуміння його замінюється простим повторенням. У школярів механічне запам'ятовування найчастіше буває зумовлене недоліками педагогічної роботи, в якій не забезпечується чітке пояснення матеріалу.

Якщо людині потрібно вивчити нескладний для розуміння матеріал, здебільшого спрацьовує система осмисленої пам'яті. Якщо ж людина заучує складний для розуміння матеріал з новою для неї термінологією (наприклад анатомію людини), вона вимушена спиратись на механічну пам'ять або "зазубрити" інформацію. Це пояснюється тим, що всі фізіологічні процеси, в тому числі й пам'ять, перебігають згідно із законом найменшого опору. В першому випадку матеріал простий для розуміння, тому необхідності в "зазубрюванні" немає. У другому випадку людина мусить витрачати більше часу і зусиль для засвоєння необхідної інформації.

Найважливішою умовою ефективного міцного запам'ятовування є бажання, яке впливає з потреби. Бажання – це один із найважливіших проявів волі людини, могутній організатор психічних процесів. Отримання медичної освіти повинно зумовлюватись внутрішньою потребою майбутньої медичної сестри і бути бажаним для неї.

Велику роль у запам'ятовуванні відіграє установка на час, до якого потрібно виконати завдання або зберегти інформацію. Серед умов продуктивності довільного запам'ятовування центральне місце посідає застосування раціональних логічних його прийомів. Знання, якими людина оволодіває в процесі навчання, здебільшого складаються з певної системи фактів, понять, суджень. Для їх запам'ятовування необхідно виділяти смислові одиниці, встановлювати зв'язки між ними, застосовувати логічні прийоми запам'ятовування. Розуміння є необхідною умовою логічного, осмисленого запам'ятовування. Осмислене запам'ятовується швидше і міцніше тому, що змістовно асоціюється з уже засвоєними раніше знаннями, минулим досвідом людини. І, навпаки, не-

зрозуміле або погано зрозуміле завжди існує у свідомості людини як щось окреме, змістовно не пов'язане з її минулим досвідом. Незрозумілий матеріал звичайно не викликає належного інтересу.

Велике значення має порівняння як прийом логічного запам'ятовування. Воно являє собою асоціювання за схожістю і контрастом. Порівняння одного матеріалу з іншим, зокрема з раніше вивченим, допомагає його зрозуміти. Встановлювані при цьому риси схожості й відмінності порівнюваних об'єктів відіграють роль своєрідних опорних пунктів для пам'яті.

Одним із важливих засобів запам'ятовування є довільне відтворення, яке полягає у переказуванні самому собі змісту інформації. Проте до цього засобу треба вдаватися лише після попереднього осмислення, усвідомлення матеріалу, особливо у тих випадках, коли матеріал складний для розуміння. Відтворення з метою запам'ятовування поліпшує розуміння матеріалу, особливо тоді, коли зміст переказувати своїми словами. Сама можливість переказати своїми словами свідчить про те, що ми розуміємо зміст матеріалу. Погано зрозумілий матеріал звичайно пов'язаний з набором завчених фраз, добре ж зрозумілий – легко “перекладається” на “свою мову”.

Міцне засвоєння знань неможливе без повторень. Міцність нервових зв'язків у мозку зумовлена все більшим второвуванням нервових шляхів у результаті повторення інформації.

Види відтворення. Розрізняють такі види відтворення: впізнання і згадування. Впізнання – це відтворення якого-небудь об'єкта за умови повторного його сприймання. Так, повторно дивлячись на будь-які предмети, читаючи вдруге певну книжку тощо, ми відтворюємо образи цих предметів, думки прочитаної книжки, що збереглися від попередніх сприймань, тому розглядаємо їх не як нові для нас, а як уже знайомі.

Згадування відрізняється від впізнання тим, що воно відбувається без повторного сприймання того об'єкта, образ якого відтворюється. Так, ми відтворюємо образ раніше сприйнятої місцевості, думки прочитаної книжки або прослуханої лекції за умови, коли зараз їх не сприймаємо. Згадування є складнішим процесом, ніж впізнання, бо впізнанню допомагає повторне сприймання предметів. При розвитку пам'яті впізнання виникає раніше, ніж згадування.

Відтворення в обох названих його видах за характером свого перебігу буває *мимовільним* (ненавмисним) і *довільним* (навмисним). При мимовільному відтворенні не ставлять спеціальної мети. Воно подібне до мимовільного запам'ятовування, не є спеціальною дією і не має мети.

Довільне відтворення спрямоване на згадування необхідної інформації. Тому воно подібне до довільного запам'ятовування, є специфічною розумовою дією як за своєю метою, так і за засобами досягнення мети.

Успіх пригадування залежить від того, які використовують прийоми пригадування:

1. Одним із важливих прийомів є складання письмового або усного плану того матеріалу, що пригадується.

2. Необхідно у процесі пригадування активно викликати в пам'яті образи об'єктів, що стосуються змісту відтворюваного завдання.

3. Як прийом, що допомагає пригадуванню, можна використати навмисне викликані опосередковані асоціації, які призводять до відтворення того, що потрібно. Наприклад, пригадуючи прізвище, ми уявляємо образ людини, повторюємо початкову букву або перший склад, з яких, як нам здається, починається це прізвище, вимовляємо слова, схожі з ним.

Забування, його причини і боротьба з ним

Багато з того, що ми запам'ятовуємо, через деякий час більшою або меншою мірою забувається. Забування проявляється в тому, що втрачається чіткість закріпленого в пам'яті матеріалу, зменшується його обсяг, виникають помилки при відтворенні, стають неможливими впізнавання.

Фізіологічною основою забування є гальмування тимчасових нервових зв'язків.

Забування залежить від часу. Це вперше експериментально встановив Еббінгауз, який довів, що забування особливо інтенсивно проходить відразу після заучування, а далі воно відбувається повільніше. Протягом першого дня забувається майже половина отриманої інформації. Через шість місяців – приблизно 80 %. Забування потрібно попереджувати. Для боротьби із забуванням того, що потрібно зберегти і закріпити в нашій пам'яті, необхідно систематично здійснювати повторення.

ПРОДУКТИВНІСТЬ ПАМ'ЯТІ ТА ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА НЕЇ

ПРОДУКТИВНІСТЬ ПАМ'ЯТІ

ОБ'ЄМ ПОВІДНОСТІ ТРИВАЛІСТЬ ГОТОВІСТЬ
ЗАПАМ'ЯТУВАННЯ ВІДТВОРЕННЯ

ФАКТОРИ ВПЛИВУ



Індивідуальні особливості пам'яті

Індивідуальна пам'ять людей виявляється як у специфіці її процесів, тобто у тому, як здійснюються запам'ятовування і відтво-

рення у різних людей, так і в особливостях змісту пам'яті, тобто у тому, що запам'ятовується. Ці двоякі зміни з різних сторін характеризують продуктивність пам'яті кожної людини.

Індивідуальні особливості процесів пам'яті виявляються у швидкості, точності, міцності запам'ятовування і готовності до відтворення, що характеризує її продуктивність:

1. Швидкість визначається кількістю повторень, необхідних тій чи іншій людині для запам'ятовування певної інформації.

2. Точність характеризується кількістю помилок, зроблених при відтворенні цієї інформації.

3. Міцність виявляється в часі збереження заученого матеріалу або у швидкості його забування.

4. Готовність до відтворення проявляється в тому, наскільки людина може легко і швидко пригадати в потрібний момент те, що їй потрібно.

Ці відмінності певною мірою пов'язані з особливостями типів вищої нервової діяльності. Так, холерик запам'ятовує легко, але швидше забуває, ніж флегматик, якому потрібно кілька разів повторити матеріал, зате він запам'ятовує надовго.

Основні закономірності, пов'язані з пам'яттю.

Роль суб'єктивних та об'єктивних факторів впливу на пам'ять. Практичні рекомендації

1. Закон Еббінгауза. Якщо матеріал, який потрібно завчити, розділити на кілька частин і вчити по частинах, то сумарна затрата часу буде меншою, ніж вивчення всього інформаційного блоку.
2. Феномен Міллера. Матеріал, який слід вивчати, бажано ділити не більше ніж на 7 частин, інакше погіршиться процес запам'ятовування. Хвора людина запам'ятовує менший об'єм інформації ніж здорова. Медична сестра не повинна давати хворому кілька інструкцій одночасно, наприклад: "Ви повинні до 11 години відвідати такі-то кабінети функціонального дослідження, а по дорозі у відділення купити такі-то ліки". У цьому випадку хворому потрібно пам'ятати номери і назви цих кабінетів, порядок і час їх відвідувань, усі призначені йому маніпуляції і под. Навіть здорова людина здебільшого запам'ятовує 7 повідомлень, а тут перед нами хворий, нервово-психічні процеси

якого послаблені. Якщо дійсно необхідно дати одночасно багато інформації, потрібно записати її розбірливим для хворого почерком і дати йому вказівки у вигляді записки.

3. Фактор “краю”. Краще запам’ятовується перше, а найкраще – останнє повідомлення. Інформація, яка міститься у середині повідомлення, запам’ятовується гірше. Отже, найважливіші для хворого чи молодшого медперсоналу повідомлення потрібно давати на початку і в кінці розмови. Необхідно перевірити, чи правильно зрозумів вас співрозмовник.
4. Фактор сну. Перехід основної інформації з блоку короткотривалої пам’яті у блок довготривалої переважно відбувається під час сну. Ось чому найбільш важливий матеріал бажано вивчати або повторювати безпосередньо перед сном, а зранку після пробудження перевірити себе, що з вивченого можна згадати. Те, що забулось, потрібно повторити. Перед екзаменом і заліком необхідно виспатись.
5. Феномен Фрейда. Неприємна інформація істероїдними особами психогенно запам’ятовується гірше і забувається швидше. Частина інформації, яку отримує хворий, є для нього неприємною, і він витісняє її у сферу підсвідомого. Про це потрібно завжди пам’ятати медсестрі (наприклад запрошувати хворого на неприємну маніпуляцію саме перед її проведенням, щоб він не “забув” про неї через деякий час).
6. Феномен “абсолютної новизни”. Абсолютна новизна збентежує людину і нерідко викликає стан тривоги. Людина погано сприймає невідому і незрозумілу їй інформацію та не може запам’ятати її. Деяка інформація є для хворого абсолютно новою. Медична сестра повинна у дохідливій формі пояснити пацієнту сутність незрозумілого йому питання, чим значною мірою зменшується тривожний настрій.
7. Фактор занотовування інформації. Встановлено, що інформацію, яка знаходиться у блоці короткотривалої пам’яті та має оперативний характер, можна за допомогою вольових зусиль утримувати в зоні усвідомленої уваги. Але відволікання уваги на утримання цієї інформації негативно впливає на іншу діяльність. Її потрібно записувати і, при необхідності, зверта-

тись до записаного (розпорядження і доручення лікарів поточного характеру, номери телефонів, імена та по батькові нових хворих і т. д.). Цим звільняються короткотривала пам'ять і увага для іншої необхідної діяльності. Психологами встановлено: те, що записано, швидше забувається. Отже, матеріал лекцій потрібно повторювати.

8. Феномен Еббінгауза. З плином часу кількість зафіксованої в пам'яті інформації суттєво зменшується. Особливо багато деталей забувається у перші години (до доби). Необхідну інформацію (наприклад лекцію) потрібно записувати відразу по ходу сприймання. Еббінгауз встановив, що через рік після заучування в пам'яті залишається приблизно 15 % інформації незалежно від об'єму вивченого матеріалу. Отже, чим більше інформації засвоюють студенти під час навчання, тим більше необхідних знань і умінь зберігатиметься у блоці довготривалої пам'яті.
9. Феномен "ілюзії пам'яті". Через певний час людина точно згадує головну сутність події, а деталі її забуває і "згадує" не такими, якими вони були насправді. Два останні феномени мають велике значення у роботі чергової медичної сестри. Якщо з хворим щось трапилось вночі, то під час ранкової передачі зміни чергова медсестра забуває одні деталі, а інші "згадує" не такими, якими вони були насправді. А саме деталі нерідко є важливими для ефективного втручання лікаря. Інколи особливо неприємні події медична сестра може забути згідно з феноменом Фрейда. Ось чому зміну стану хворого необхідно відразу детально описати у журналі спостережень.
10. Феномен "незакінченої дії". Людина краще і довше пам'ятає незавершену нею справу, ніж роботу, виконану до кінця. Але незавершена дія не дає зосередитись на виконанні подальшої роботи, відволікає увагу від неї. Про це також повинна пам'ятати медична сестра, якій необхідно обслужити багатьох хворих. Найкраще планувати хід виконання своєї роботи таким чином, щоб перш за все завершити термінові складні й відповідальні маніпуляції, а потім перейти до одночасного виконання більш простих і нетермінових.
11. Подвійна роль установки. Позитивна установка на вивчення якогось матеріалу допомагає сконцентрувати на ньому увагу і

покращує якість запам'ятовування. Негативна установка утруднює перебіг основних психічних процесів, у тому числі запам'ятовування. Так буває, коли у довготривалій пам'яті залишаються неприємні спогади про образ і дії тієї або іншої людини, а тому засвоєння наступної інформації, яка пов'язана з цією людиною, ускладнюється. Інколи характер хворих і деякі їх вчинки викликають почуття антипатії. Проте медик повинен завжди пам'ятати, що перед ним передусім хвора людина, і витіснити почуття антипатії або огиди із зони активної уваги.

12. Фактор мотивації. Людина завжди краще запам'ятовує те, що хоче вивчити, ніж інформацію, яка їй не цікава. Зацікавлення впливає з потреб, які необхідно у себе розвивати. Якщо студент не має внутрішньої потреби стати медиком, навчання буде неефективним.
13. Принцип специфічності кодування. Інформація, що зберігається у пам'яті, завжди тісно пов'язана із ситуацією, в якій вона запам'яталась. Наприклад, студент розгублюється, відповідаючи на практичному занятті або заліку, хоча знає матеріал. Це значною мірою зумовлено тим, що він готується до практичного заняття або заліку в спокійних умовах, а відповідає викладачу на фоні дії інших факторів (при різних рівнях адреналіну, тонує кори і підкірки, симпатичної і парасимпатичної нервової системи, стані психічної напруженості, втомленості, рівні тривожності й под.). Психологами встановлено, що відтворення матеріалу відбувається краще в тих умовах, у яких його вивчали, а в даному випадку зовнішні й внутрішні умови різні. Саме це стосується і деяких хворих з тривожними рисами характеру. Збираючись відвідати медичний заклад, хворий подумки детально "програє сценарій" розмови. А під час безпосереднього контакту з медиком може розгубитись і йому важко зрозуміло розповісти про свій стан. Медична сестра повинна відрізнити розгубленість від безтолковості й уміти створити належний психологічний клімат спілкування.
14. Принцип заглиблення у предмет заучування. Матеріал запам'ятовується тим краще, чим більше він пов'язаний з іншими фактами і вивчається у різних контекстах та під різними кута-

ми зору. В цьому полягає смисл різних прикладів, які наводяться у лекціях та підручниках. Особливо цінними є приклади з життя самої людини. Чим більше ми вивчаємо предмет, тим краще його розуміємо і пізнаємо, чим глибше розуміємо, тим він стає цікавішим. Хворий стає тим ближчим для медика, чим більше лікар цікавиться ним у різних аспектах.

15. Роль контексту в запам'ятовуванні й осмисленні. Контекст, у якому засвоюється матеріал або відбувається та чи інша подія, інколи є більш важливим, ніж сама подія або інформація. Вивчаючи матеріал, потрібно мати чітке уявлення про його місце у загальному контексті, який визначається кінцевою метою та обставинами. Будь-яку свою роботу медична сестра повинна розглядати у загальному контексті надання допомоги хворому. Тоді вона нічого не забуде і буде виконувати свої обов'язки грамотно і своєчасно.
16. Принцип “природності й насилля”. Психологами встановлено, що ефективніше запам'ятовується те, що засвоюється природним шляхом у міру внутрішньої потреби за умови, коли немає насилля над собою. Дитина засвоює рідну мову без усякого насилля над собою. Раніше діти надзвичайно легко вивчали іноземні мови у гувернантів, значна частина яких зовсім не володіла місцевою мовою. Дитина не знає, що таке іменник, прикметник, дієслово і ін. Вона задовольняє свою природну потребу в спілкуванні й просто починає розмовляти, а вже у школі вивчає структуру і правила мови. У школяра мозок розвинений краще, ніж у немовляти, проте вивчити іноземну мову йому здебільшого важко. У даному випадку потрібно себе примусити, включити систему довготривалої пам'яті, проявити бажання і силу волі. Будь-який тиск на психіку викликає внутрішній усвідомлений або неусвідомлений супротив.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення поняття “пам'ять”.
2. Чому саме пам'ять є центральним стрижнем психіки?
3. Асоціації, їх види.
4. Основні види пам'яті за тривалістю.
5. Типи пам'яті за її змістом.

6. Особливості пам'яті у дітей.
7. Сутність смислового і механічного запам'ятовування.
8. Фактори, які впливають на запам'ятовування.
9. Види відтворення.
10. Сутність ефекту Еббінгауза.
11. Індивідуальні особливості пам'яті.
12. Основні закономірності, пов'язані з пам'яттю. Їх роль у практичній діяльності медика.

Мислення

Мисленням називають психічний процес, який полягає в розкритті зв'язків і залежності між предметами та явищами.

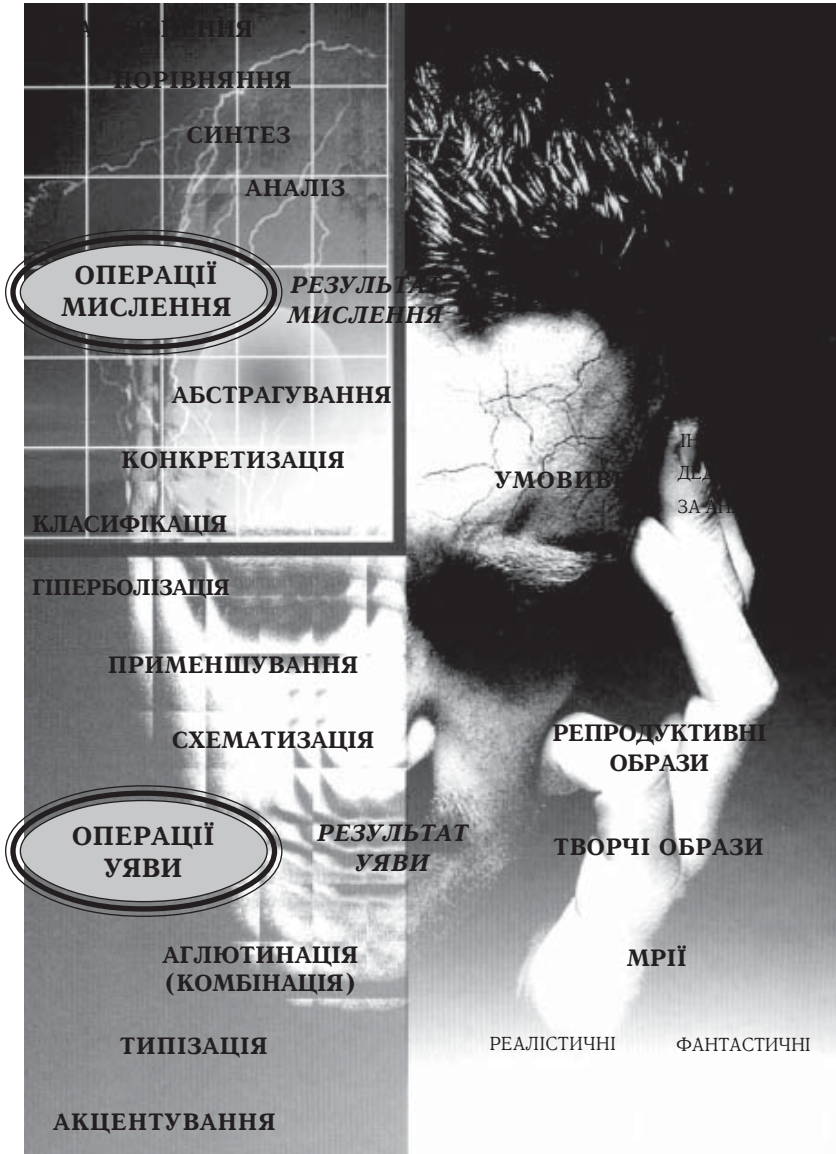
Завдяки йому ми пізнаємо якості й властивості об'єктів, не доступні для безпосереднього сприймання органами чуття. Мислення насправді словесне, тобто ми думаємо не безпосередньо образами, а словами, які означають ці образи або їх якості.

Думаючи, людина використовує свій власний досвід і досвід інших людей, зафіксований у мові. Мова при цьому не лише засіб обміну думками, а і знаряддя їх формування. Мислення – це опосередковане мовою людське пізнання об'єктивної дійсності. Воно є вищою формою прояву рефлекторної роботи мозку, його аналітико-синтетичної діяльності, яка запезпечує взаємодію двох сигнальних систем.

Мислення – це вища форма пізнання об'єктивної дійсності. Думки, якщо вони правильні, відображають явища природи і суспільства ширше, глибше, повніше, ніж їх живе споглядання. Практика дає змогу людині відокремлювати правильні думки від хибних, вона є критерієм їх істинності. Від живого споглядання до абстрактного мислення і від нього до практики – такий діалектичний шлях пізнання істини, пізнання об'єктивної реальності.

Мислення є основою свідомої діяльності людини. Воно необхідне для засвоєння знань. Отримані людьми і зафіксовані в книгах знання не можна засвоїти без розумової діяльності. Розвиток мислення має велике значення у загальному процесі формування особистості, її розумових та інших властивостей. Недостатній розвиток мислення впливає на те, як особистість орієнтується в

ОПЕРАЦІЇ МИСЛЕННЯ І УЯВИ



ОПЕРАЦІЇ МИСЛЕННЯ



АНАЛІЗ
Уявний поділ предметів і явищ на частини чи властивості (форма, колір, смак)

АБСТРАГУВАННЯ
Випилення одних ознак і відволікання від інших (здійснюється на основі аналізу)

СИНТЕЗ
Уявне об'єднання частин чи властивостей в одне ціле

Зіставлення предметів, визначення подібності і відмінності між ними

Уявлення

Wort GABORC WORD PAROL

«ЦЕ – ФРУКТИ»

Уявне об'єднання предметів за їх загальними та істотними ознаками

навколишній дійсності, різних життєвих ситуаціях, як вона передбачає хід подій і результати своїх власних вчинків, як панує над обставинами і над собою.

Операції процесу мислення: порівняння, узагальнення, класифікація, аналіз, синтез, конкретизація, абстрагування, визначення причинно-наслідкових зв'язків, судження, умовивід.

Порівняння відіграє важливу роль у пізнавальній діяльності людини. Спостерігаючи за якимось незнайомим предметом, ми порівнюємо його з баченими раніше предметами, виявляємо подібні або відмінні риси чи ознаки.

На підставі схожості й узагальнення ознаки об'єкта класифікують, наприклад, відносять їх до тваринного або рослинного світу. Внаслідок класифікації відбувається поділ наук, наприклад ботаніки, зоології.

Класифікація – це розподіл і подальше об'єднання предметів або явищ (на основі властивих їм загальних ознак) у більш загальне поняття, яке відображає класи тих або інших предметів чи явищ.

Класифікація захворювань будується або за принципом їх етіології (інфекції, інтоксикації, пухлини, рани), або за принципом локалізації їх в організмі (внутрішні хвороби, хвороби легень, серцево-судинної системи і т. д.), або за способом зараження (епідеміологія).

Розумову операцію, яка полягає в утвердженні або запереченні чого-небудь, ґрунтується на відображенні зв'язку між предметами та явищами дійсності або між їх ознаками, називають судженням. Результатом судження є умовивід. Розрізняють дедуктивні, індуктивні, а також умовивід за аналогією. *Індукцією* називають логічну операцію, що веде від окремого поняття до загального. Наприклад, на основі вивчення окремих симптомів визначають характерні синдроми, які допомагають встановити діагноз хвороби.

Дедукцією називають логічну операцію зворотного характеру – від загального до окремого. Найпростішим прикладом може бути такий умовивід: “Усі люди смертні, я людина, отже, я смертна”.

Аналогія – це умовивід, в якому висновок робиться на основі часткової подібності між явищами без достатнього аналізу всіх умов. Умовивід за аналогією є лише вірогідністю, яка потребує підтвердження іншими доказами.

Для правильної оцінки причинно-наслідкових зв'язків потрібен глибокий аналіз низки обставин. *Аналізом* називають розумовий процес поділу цілого на частини. Найпростішим прикладом його є вивчення анатомії людини, тобто поділ тіла на частини, органи і тканини. З аналізом нерозривно пов'язаний *синтез*, тобто поєднання в думці розрізнених частин у одне ціле, наприклад, у системи організму. *Узагальнення* – це виділення відносно стійких, інваріантних властивостей предметів і їх взаємозв'язків.

З процесом узагальнення властивостей предметів або явищ пов'язане абстрагування. *Абстрагування* – це виділення одних ознак і відмовлення від інших. Щоб здійснювати процес мислення, необхідно не тільки розрізнити окремі властивості об'єктів, але й уявляти їх окремо від самих об'єктів. Із того факту, що кожен предмет на земній кулі має певну масу, Ньютон вивів закон всесвітнього тяжіння і за аналогією зробив висновок про взаємне притягання тіл у космічному просторі. Він пояснив явища відпливів і припливів в океанах притяганням Місяця.

Конкретизація – процес, зворотний абстрагуванню. Це перехід від абстракції й узагальнення до конкретної дійсності.

У медичній практиці ми повсякденно стикаємося з конкретизацією загальнопатологічних змін у хворих. Знаючи властивості і закономірності малярії, ми можемо в кожному окремому випадку визначити час настання нападу лихоманки і його закінчення. Призначаючи ліки різним хворим, лікар конкретизує метод і дози їх застосування залежно від віку і стану пацієнта. Конкретизація збагачує досвід та перевіряє загальні положення і правила.

Мислення, що ґрунтується на причинно-наслідкових зв'язках, називають каузальним. Однак треба бути дуже точним у визначенні поняття “причина”. Причиною необхідно вважати такий фактор, без якого дане явище, наприклад хвороба, настати не може. Причиною туберкульозу є мікробактерія туберкульозу, хоч його розвиток пов'язаний із низкою обставин (поганим харчуванням, авітамінозом, поганими житловими й кліматичними умовами і т. д.). Логічне мислення, яке враховує, крім основної причини, вплив на який-небудь процес різних умов, називають кондиціональним. Воно має в медицині велике значення при встановленні діагнозу, лікуванні, профілактиці хвороб.

Правильність результатів мислення завжди перевіряється практикою. Практика людини є особистою та загальнолюдською. І якщо частину наших знань ми черпаємо з особистої практики (“вогонь обпікає”), то значно більшу частину відомостей отримуємо на основі загальнолюдського досвіду (“більшість імпортованих продуктів є небезпечними для здоров’я” або “нітрити і нітрати шкодять здоров’ю”).

У результаті того, що людина користується, в основному, загальнолюдськими судженнями, в психології людей з’являється властивість довіри загальноприйнятим або розповсюдженим судженням більше, ніж своїм особистим. У більшості випадків це, безумовно, виправдано: загальнолюдський досвід багатший ніж досвід однієї людини. Проте так звані “загальнорозповсюджені” судження не завжди є правильними і доцільними. Наприклад, судження, що взуття на “платформі” є красивим у період відповідної моди, більшість дівчат вважають правильним. Але навряд чи можна визнати красивим і доцільним взуття, яке не відповідає анатомічним і фізіологічним вимогам. Мода на одяг приходить та відходить, і модні фасони не завжди доцільні. Сама по собі зміна фасонів психологічно виправдана — новизна тонізує людину, примушує слідувати за собою. Набагато небезпечнішими є “мода” на ліки, різні дієти, методи лікування, захоплення навколomedичним шарлатанством. У цих випадках сліпе наслідування моді без врахування особливостей даного захворювання і конкретного хворого може принести багато шкоди. Ось чому для всіх людей, а особливо для медиків, є важливими самостійність і критичність мислення. Медична сестра повинна бути професійно грамотною, мати достатній запас сучасних знань, доповнювати й удосконалювати їх, щоб уміти доступно, але авторитетно і зі знанням справи, пояснити хворому і переконати в необхідності пройти потрібний йому курс лікування або перенести оперативне втручання.

Види мислення

Залежно від змісту завдання, яке виконують, прийнято виділяти такі **види мислення**: наглядно-дійове, наглядно-образне і теоретичне, або словесно-логічне.

Наглядно-дійове мислення характеризується тим, що розумове завдання виконують безпосередньо в процесі практичної діяльності. Воно невід'ємне від сприймання й оперує лише об'єктами і тими взаємозв'язками речей, які безпосередньо сприймаються, а також нерозривно пов'язане з прямим маніпулюванням речами. За допомогою такого роду мислення людина, як і тварина, виконує завдання, споглядаючи на об'єкт і оперуючи ним.

Наочно-образне мислення характеризується тим, що розумову операцію виконують на основі образного матеріалу. Зв'язок мислення з практичними діями хоч і зберігається, але не є таким безпосереднім, як при наглядно-дійовому. Порівняно з наочно-образним мисленням, воно є більш складним і узагальненим. Це мислення властиве маленьким дітям. Зачатки його зустрічаються у вищих тварин.

Теоретичне (абстрактне, словесно-логічне) мислення притаманне лише розумово розвиненій людині і характеризується тим, що завдання виконують у словесно-понятійній формі. Воно являє собою процес опосередкованого й узагальненого відображення людиною предметів і явищ об'єктивної дійсності в їх істотних властивостях, зв'язках і взаємовідношеннях. У розумовій діяльності людини всі вищеперераховані види мислення нерозривно взаємопов'язані.

Типи мислення за стилем

За стилем розрізняють три основних **типи мислення**: стандартне, оригінальне і революційне.

Стандартне, або "графаретне", мислення зустрічається найчастіше. Воно відображає установлені віками загальноновизнані істини. Наприклад, $2 \times 2 = 4$. Стандартне мислення зберігає основи здорового консерватизму, але практично нічого нового не приносить для прогресу.

Оригінальне мислення є більш ефективним. Воно не змінює основні базові знання і фундаментальні положення, але, розглядаючи об'єкт або явище з нової, недослідженої сторони, допомагає оригінально розв'язати задачу, викликає підвищену цікавість, певною мірою сприяє прогресу. Оригінально прочитана лекція, ори-

гінально виконана операція і інше приносять користь, доповнюючи наші знання й уміння.

Револьюційне, або “парадоксальне”, мислення докорінно змінює стали аксіоми і погляди. Це мислення геніїв. Прикладами револьюційного мислення є евклідова геометрія, теорія Коперніка, мораль Ісуса Христа, економічне вчення Маркса, теорія відносності Енштейна, релятивістська теорія тощо. Плодами револьюційного мислення нерідко користуються нащадки, бо сучасники інколи не розуміють генія.

Продуктивність

Самостійність мислення – це вміння побачити нову проблему, поставити нове запитання, а потім виконати завдання своїми силами, а також приймати рішення згідно із своїми поглядами.

Глибина мислення – це ступінь вникнення в суть явища, процесу, не задовольняючись констатацією окремих фактів.

Широта мислення – це можливість людини постійно тримати під контролем значну кількість зв'язків між предметами, явищами.

Гнучкість мислення – це вміння змінювати план дій, якщо він не задовольняє ті умови, які виникають у процесі виконання завдань.

Критичність мислення – це вміння правильно оцінити як об'єктивні умови, так і свою діяльність, при необхідності відмовитись від наміченого шляху, знайти інший спосіб виконання завдання.



Швидкість мислення – це вміння швидко знаходити правильні, обгрунтовані рішення, реалізовувати їх при дефіциті часу.

Економічність мислення – це вибір найбільш короткого шляху для формування понять, побудови умовиводів.

Зв'язок мислення з іншими сферами психіки

Мислення тісно пов'язане з усіма іншими психічними процесами й особистістю в цілому. Як центральний процес пізнання мислення базується на інформації, яку дають людині відчуття та уважне сприймання. Основним нейрофізіологічним механізмом мислення є асоціативні процеси, а запаси асоціацій зумовлені об'ємом пам'яті. Мислення зрілої людини є словесно-логічним, а для нього необхідний запас понять, уявлень і уяви. Людина дає свою суб'єктивну оцінку інформації для роздумів, суджень і результату обдумування. Отже, мислення пов'язане з емоціями. У людей з істероїдними рисами характеру можуть спостерігатись прояви афективної логіки, коли критичне ставлення відступає на задній план, а на перший виступають емоції. Афективна логіка є звичайним явищем у дітей. Нерідко виконання якогось завдання є важкою справою, яка мало приносить задоволення. У цьому випадку виявляються вольові процеси. Якість мислення зумовлена рівнем інтелекту. І, нарешті, усвідомлене осмислення може здійснюватись лише при збереженій ясній свідомості. Таким чином, мислення тісно пов'язане з усіма психічними процесами.

Разом із тим, якість і направленість мислення зумовлені дією низки інших факторів. Так, у дітей переважає образне мислення, а у дорослих – абстрактне. Якісні характеристики здорової людини одні, у хворої й астеноїзованої – інші. Голодна людина думає передусім про їжу, стомлена – про відпочинок і сон, студент під час сесії – про екзамени, а дівчина на виданні – про вдалий шлюб, вагітна жінка – про майбутні пологи і т.п. Отже, домінанта уваги і мислення зумовлені багатьма факторами.

Спрямованість осмислення сприйнятої інформації залежить від віку й інтересів людини. Так, юнак із задоволенням сприймає та адекватно своїм інтересам оцінює струнку дівчину в міні-спідниці, а у людини похилого віку вигляд надто оголених ніг викликає асоціації іншого змісту. Якість мислення, а головне спрямованість його, значною мірою зумовлені особливостями особистості. Так,

швидкість, гнучкість і самостійність мислення тісно пов'язані з темпераментом. І, нарешті, порядна, інтелігентна, вихована людина сприймає, осмислює і приймає одні рішення, а непорядна і невихована – інші. Наприклад, якщо у сусіда пожежа, порядна людина сприймає це як трагедію і намагається всіляко допомогти йому, а непорядна зловтішається.

Таким чином, мислення значною мірою зумовлене функціонуванням усіх сфер психіки, фізичним і психічним станом людини й основними рисами особистості. Ось чому справедливим є твердження великого вітчизняного психолога С. Рубінштейна: “Думає не мозок, а людина за допомогою мозку”. Тому майбутній медик, щоб правильно оцінити стан хворого або виробничу ситуацію і прийняти адекватне рішення, повинен постійно дбати про свій психічний і фізичний стан, належний запас знань, умінь і навичок та, що важливо, плекати в собі риси інтелігентності.

Практичні поради

1. Розвивайте у себе логічне мислення.
2. Уникайте афективної логіки.
3. Коли ви надаєте нову інформацію хворому, гармонійно поєднуйте абстрактне й образне мислення. Ілюструйте свою думку цікавими, бажано наочними, прикладами.
4. Намагайтесь необхідну для суджень інформацію подати так, щоб хворий зробив правильний умовивід сам.
5. Розвивайте у себе елементи оригінального мислення.
6. Добивайтесь, щоб хворий критично й адекватно оцінював свій стан.
7. Відволікайте хворих від неприємних настирливих і надцінних думок.
8. Створіть усі можливі умови, щоб хворий вночі спав, а вдень відволікався від неприємних думок.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення поняття “мислення”.
2. Роль мови у мисленні.
3. Сутність основних операцій процесу мислення (порівняння, класифікації, судження, умовиводу, індукції, дедукції, аналогії, аналізу, узагальнення, конкретизації).

4. Сутність каузального і кондиціонального мислення.
5. Основні види мислення (наглядно-дійове, наглядно-образне, теоретичне).
6. Основні стилі мислення (стандартне, оригінальне, революційне).
7. Основні якості мислення (самостійність, глибина, широта, гнучкість, критичність, швидкість, економічність).
8. Зв'язок мислення з іншими сферами психіки.
9. Сутність тези С. Рубінштейна: “Думає не мозок, а людина за допомогою мозку”.

Інтелект

Інтелект – це інтегральне поняття, яке включає запас знань і життєвий досвід, основні якісні характеристики мислення (кмітливість, швидкість, широту, самостійність, гнучкість і критичність), а також можливість поповнювати запас знань і правильно їх використовувати.

“Інтелект” і “освіченість” не є тотожними поняттями. Можна механічно “визубрити” науки, отримати диплом про відповідну (навіть вищу) освіту і залишитись посередністю в інтелектуальному плані. А можна не мати належної освіти і бути мудрою людиною з багатим життєвим досвідом, яких ми нерідко зустрічаємо серед сільських трударів. Їх життєвий досвід і мудрість розвинулись завдяки природній кмітливості.

Ідеальним є стан, коли уроджена кмітливість поєднується з хорошою увагою, пам'яттю і належними якостями мислення. Якщо рівень кмітливості здебільшого зумовлений природним (уродженим) фактором, то увагу, пам'ять і розумові здібності можна до певної межі тренувати. Як атрофуються без фізичного навантаження м'язи, так без постійної роботи “розтреновуються” увага, пам'ять і розумові здібності. Проте шляхом тренувань рівень інтелекту можна підняти лише до певної межі.

Недорозвиток інтелекту з дитинства називають олігофренією. Діти з легким ступенем розумової відсталості можуть навчатись у спеціальних навчальних закладах, діти з надто вираженим розумовим дефектом навчатись не можуть. Зниження рівня інтелекту внаслідок органічного ураження головного мозку називають деменцією.

Медикам доводиться обслуговувати пацієнтів з різним рівнем інтелекту. Медична сестра повинна вміти вибрати правильні спосіб спілкування і стиль взаємовідносин з різними хворими, враховуючи їх інтелект. Якщо медик буде з надто розумним виглядом “научати” загальновідомих істин грамотних, інтелігентних хворих з високим інтелектом, частина з них може образитись, вважаючи, що їх сприймають недорозвиненими.

І, навпаки, якщо пацієнтом є дитина, людина з низьким рівнем освіти, недорозвиненим або зниженим інтелектом чи послабленими пам'яттю й увагою, рівень спілкування і стиль взаємовідносин повинні бути адекватними психічному стану хворого. Для цього медична сестра повинна володіти достатньою гнучкістю самостійного мислення, достатнім запасом знань, а також мати достатній рівень культури.

Для визначення рівня інтелекту медичні сестри повинні адекватно оцінити результати співбесіди і спостереження за хворими.

Розрізняють сім основних первинних розумових потенцій:

1. Здатність рахувати, тобто здатність оперувати числами і виконувати арифметичні дії.
2. Вербальний (словесний) запас і вербальну гнучкість, тобто легкість, з якою людина може говорити, використовувати потрібні слова.
3. Вербальне сприймання, тобто здатність розуміти усну і письмову мову.
4. Просторове орієнтування, або здатність уявляти собі різні предмети і форми в просторі.
5. Пам'ять.
6. Здатність до суджень з різних позицій.
7. Швидкість сприймання подібних або відмінних рис між предметами, зображеннями та явищами, а також їх деталей.

Становлення кожного з факторів інтелекту є індивідуальним. Воно залежить від отриманого об'єму знань і від особливостей мислення та дії. Ступінь розвитку кожного фактора залежить від уроджених задатків і можливості їх розвитку.

Основні риси творчої особистості:

1. Мислення творчих людей є незалежним і самостійним.

2. Творчі особистості не бояться здатись смішними, коли вивчають і пропонують незвичні для решти людей способи вирішення питань.
3. Творчій людині, як правило, не легко ввійти в життя будь-якої соціальної групи, хоча вона є відкритою для інших і користується відповідною популярністю (деякі сприймають її як оригінального дивака).
4. Як правило, творча людина малодогматична, її уявлення про життя і суспільство, а також про смисл власних вчинків, можуть бути неоднозначними.
5. Для творчої особистості характерні довірливість і прагнення об'єднати дані з різних галузей науки і практики.
6. Творчі люди здебільшого зберігають дитячу властивість живо і образно сприймати навколишню дійсність, їх сприймання світу постійно оновлюється і доповнюється.
7. Творчі люди мислять, ніби забавляючись. Вони без видимої напруги породжують нові незвичні ідеї.

Творчість і соціальна адаптація дітей

Психологи вивчали зв'язок між інтелектом і творчими здібностями серед дітей 11-12 років. Встановлено основні закономірності, як діти вирішують свої життєві проблеми залежно від того, до якої групи вони належать: 1) високоінтелектуальних і високотворчих; 2) високоінтелектуальних і малотворчих; 3) малоінтелектуальних і високотворчих; 4) малоінтелектуальних і малотворчих.

1. Діти першої групи (з високим рівнем творчості й інтелекту) впевнені у своїх можливостях. Вони здебільшого добре контролюють свої вчинки, але разом із тим залишаються у своїх діях вільними. Залежно від обставин, можуть легко переходити від дитячого до дорослого стилю поведінки. Вони добре інтегруються в суспільстві й проявляють великий інтерес до всього нового, не бояться ярлика "баламутів".
2. У дітей з високим рівнем інтелекту, але слабкими творчими здібностями вся енергія спрямована на досягнення успіху. Будь-яка невдача сприймається ними як катастрофа. Саме тому вони найчастіше уникають ризику і не люблять висловлювати свою думку, обмежуючись лише відповідями на запитання. Для всіх

- їх вчинків характерною є стриманість, яка не дає можливості відкритись своїм приятелям, а тому вони завжди “відгороджені” від них. Цим дітям властиве відчуття неспокою, коли самі оцінюють свою діяльність або можливі наслідки своїх вчинків.
3. Діти з низьким рівнем інтелекту, але високим творчим потенціалом є в традиційній системі шкільного виховання найбільш нещасливими. Вони постійно відчувають страх через протиріччя між своїми власними живими, але незрілими уявленнями і вимогами школи, які вони ніяк не можуть успішно виконати. Усвідомлення цього недоліку призводить до того, що у них розвиваються комплекс неповноцінності і зневіра у своїх можливостях. Вони роздратовують учителів тим, що не можуть зосередитись, і це зумовлює ще більшу їх ізоляцію. На відміну від першої групи, ці діти особливо бояться оцінювати свої вчинки або відповіді й почувають себе комфортно лише тоді, коли у них є можливість діяти на власний розсуд і з власною фантазією.
 4. Діти з низьким рівнем інтелекту і слабкими творчими здібностями є найбільш адаптованими і задоволеними своєю участю (принаймні зовні). Вони вірять у свої можливості й компенсують нестачу інтелекту достатньою кількістю соціальних контактів або повною пасивністю, що сприймається як прояв флегматичного характеру.

Таким чином, в умовах звичайного виховання з елементами примусу найгірша адаптація є вірогідною у дітей другої і третьої груп.

Практичні поради

1. Обслуговуючи хворих, враховуйте рівень їх інтелекту.
2. Не хизуйтеся своєю обізнаністю в медицині, не вживайте при розмові з хворим незрозумілих йому медичних термінів і виразів.
3. Розвивайте у собі риси творчої особистості.
4. Ніколи не насміхайтесь над помилковими або примітивними поглядами деяких хворих на медичні проблеми. З'ясуйте для себе сутність хибних поглядів хворого й адекватно відкорегуйте їх.
5. Учть, а не поучайте хворих.
6. Авторитетно і доступно розвіюйте міфи про “цілительську” діяльність різних видів провидців і шарлатанів.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення і сутність поняття “інтелекту”.
2. Роль кмітливості й освіти у структурі інтелекту.
3. Основні первинні розумові потенції.
4. Основні риси творчої особистості.
5. Творчість і соціальна адаптація дітей.
6. Вплив рівня інтелекту на здоров'я і лікувальний процес.

Розуміння і пам'ять

Досить часто люди не можуть щось запам'ятати. У ході психологічного експерименту було виявлено, що одні просто не встигли зрозуміти основний смисл або всю увагу сконцентрували на розуміння його. Інші, навпаки, заявляли, що старались запам'ятати деталі й губили смисл. У першому випадку виявилось, що матеріал був складним і людина витратила всі сили та енергію, щоб розібратись у ньому. В другому випадку розуміння ще не встигло розпочатись, як людина вже “кинулась” запам'ятовувати. Їй просто здавалось, що вона розуміє. Нею оволоділа “ілюзія розуміння”, й установка на дійсне розуміння було паралізована установкою на запам'ятовування. Отже, при вивченні матеріалу багато залежить від самого матеріалу. Якщо матеріал нескладний, людина запам'ятає смисл. Але коли текст важкий і запам'ятовуються ключові позиції, то відтворення може складатись з безглузлого поєднання фрагментів різнорідних формулювань поза загальним контекстом. Механізми розуміння і запам'ятовування не збігаються. Наш розум не здатний виконувати дві справи якісно одночасно. У будь-якому випадку потрібно осмислити, що ти хочеш запам'ятати, дійти до самої суті. Далі справа піде швидше. Класичні досліді А. Смирнова і П. Зінченка з мимовільним запам'ятовуванням не залишають у цьому ніяких сумнівів.

П. Зінченко проводив свої експерименти за строгою системою. Спочатку він запропонував підслідним 15 картинок. Вони повинні були розбити їх на групи за загальною ознакою. Коли підслідні все зробили, Зінченко спитав, які предмети були намальовані на картинках і які числа написані. Предмети загальні, а

цифри ні. Але, можливо, предмети взагалі краще запам'ятовувати, ніж цифри. Іншій групі запропонували розкласти картинки так, щоб числа на них створили вихідний ряд, а три останні числа потрібно було скласти в суму і результат назвати експериментатору. Коли все було зроблено, Зінченко раптом запропонував назвати всі предмети і всі числа. У середньому піддослідні відтворили 2 картинки, а цифри згадали прекрасно. Отже, краще запам'ятовуються і відтворюються не числа та картинки, а об'єкт діяльності, і об'єкт, який є метою діяльності.

На основі строго наукових експериментів Смирнов встановив, що, чим простіше завдання, тим гірше функціонує мимовільне запам'ятовування, а чим складніше завдання, тим менше плодів приносять наміри запам'ятати і більше – активна діяльність, де основним компонентом є мимовільне запам'ятовування.

У 1971 р. в м. Харкові відбулась Всесоюзна конференція психологів, присвячена пам'яті П. Зінченка. Розвиваючи його думку про основну роль мимовільного запам'ятовування в житті, П. Гальперін говорив, що воно повинно зайняти таке ж місце і в навчанні. Учений розповідав про свою методика постійного формування розумових дій і понять, яка допомагає педагогу управляти запам'ятовуванням учнів. Без усякого заучування вони оволодівали новими знаннями безпосередньо під час розв'язання задач і засвоювали їх значно краще, ніж при традиційних методах навчання. Переважає “запам'ятовування в дії”, яке ліквідує в навчанні штучність, нав'язану трафаретною методикою навчання.

Пам'ять тісно пов'язана із самосвідомістю і самоусвідомленням, а ці психічні процеси – із “загальним життєвим почуттям”, поняттям, яке впровадив у психологію Рібо. Загальне життєве почуття складається з усіх наших зовнішніх і внутрішніх відчуттів, пов'язується з узгодженою діяльністю нервової й ендокринної систем і підтримується безперервною пам'яттю. Це почуття – “спосіб нашого індивідуального буття, котрий, повторюючись безперервно, є таким же непомітним для нас, як будь-яка звичка” (Рібо).

У кожного з нас під впливом різних причин у цьому загальному почутті відбуваються зміни, спочатку переважно непомітні, які швидко зникають, але якщо вони стають відчутними і стійкими,

тоді між самопочуттям і самоусвідомленням настає розлад. Навколо нового стану, що виник, починають формуватись нові асоціації, створюючи нову пам'ять – пам'ять другого “Я”. Причини, які зумовлюють зміни загального життєвого почуття, різні. Джеймс із властивою йому категоричністю стверджував: “Маленької затримки в жовчній протоці, прийняття проносного засобу, чашки міцної кави в певну хвилину досить, щоб змінити погляди людини на життя. Наші рішення більше залежать від нашого кровообігу, ніж від логічних основ”. Якщо це і є перебільшенням, то воно не таке вже й велике. “У здоровому тілі здоровий дух”, – говорили римляни, а відповідно, у хворому – хворий.

Кращим підтвердженням цьому є поведінка людини, яка знаходиться в стані сильного сп'яніння. А цей стан є нічим іншим, як вираженим отруєнням. Захоплюючи владу над волею, емоціями, увагою й інтелектом, алкоголь створює такі “погляди на життя”, про які людина і не підозрювала. Він може зменшувати або повністю ліквідувати гальмівну і фільтрувальну роль “цензури”, і тоді поведінка людини змінюється за типом загальновідомого прислів'я: “Що у тверезого в думках, те у п'яного на язичку”. Проте “погляди” сп'янілого можуть і не ховатись у сфері його підсвідомості, а породжуватись з хаосу психофізіологічних станів, викликаних токсичною дією алкоголю. Викривлене сприймання нових вражень і пов'язаних з ними попередніх асоціацій, що потрапляють у фокус уваги, що постійно коливається, стає спотвореним. З комбінації свіжих і старих обривків асоціації на фоні змінених емоцій і розгальмованих потягів створюється потік дивовижних образів і відчуттів. У легких випадках це проявляється хвалькуватістю, псевдоремінісценціями, підозрілістю, агресивністю і відчуттям жалю до самого себе. У тяжких випадках може розвинутих психоз із спотворенням свідомості, галюцинаціями і маяченням. Після отверезіння людина не може згадати багато чого з того, що з нею відбувалось. Якщо приймання алкоголю входить у звичку, звичним стає і змінений “потік свідомості”, що супроводжує стан сп'яніння. Відомий феномен алкогольного сп'яніння є моделлю своєрідного роздвоєння особистості, викликаною впливом хімічного фактора.

Вплив хімічного фактора на пам'ять підтвердили в досліджах на щурах працівники лабораторії проблем пам'яті Інституту біофізики А. Черкашин і А. Азарашвілі. Вони навчили щурів бігти лише в праву сторону лабіринту. Потім тваринам вводили фенобарбітал, що знижує збудливість нервової системи, пригнічуючи ретикулярну формацію. Внаслідок дії цього препарату щурі втратили свою набуту навичку і навчились бігати лише в ліву сторону. Коли дія фенобарбіталу закінчувалась, тварини, як і раніше, бігли направо, але після введення препарату, знову починали бігти наліво. Отже, було доведено, що можна змодельовати дві пам'яті, одна з яких пов'язана з дією хімічного агента. Потім експериментатори застосували аміназин, який також пригнічує ретикулярну формацію, але іншим чином, і виробили у щурів третю навичку – третю пам'ять. Підводячи підсумки результатів своїх дослідів, Черкашин і Азарашвілі пишуть, що згадування може відбуватися лише за тих хімічних умов функціонування нервової системи, при яких проходило і запам'ятовування. Психологам відомий феномен, коли сп'яніла людина після отверезіння ніяк не може згадати отриману під час приймання алкоголю важливу інформацію. Найкращим способом пригадати її є прийняття незначної дози спиртного напою, бажано в тій же обстановці.

Дані про залежність ефективності навчання тварин від таких внутрішніх факторів, як рівень цукру в крові, вміст статевих гормонів тощо, можна застосувати і для пояснення процесу забування в людини. Відомо, що різні емоційні зрушення супроводжуються посиленням продукування біогенних амінів, кортикостероїдів і деяких інших речовин. Те, що запам'ятовувалось у спокійному стані, важко згадується на фоні посиленого продукування й іншого емоційного стану. Ось цим психологи пояснюють раптову “втрату знань” при “екзаменаційному стресі” та інших стресових ситуаціях. І, навпаки, події, що сприймалися у стані сильного емоційного потрясіння, у спокійному стані можуть виявитись недоступними для відтворення. В останньому випадку те, що людина не може згадати, переходить у сферу підсвідомості. Одним з методів психотерапії є моделювання психотравмуючої ситуації і надання можливості “очистити” підсвідомість від неус-

відомленої психотравмуючої інформації, наявність якої викликала невроз або психосоматичне захворювання.

Між зміною біохімічного статусу й емоціями існує зворотний зв'язок. При сп'янінні хімічні зміни є причиною переходу в інший емоційний стан; при шокі або стресі, навпаки, сильне збудження тягне за собою хімічні зміни. Рівновага порушується надовго, підкріплюється новими асоціаціями, і нова пам'ять не хоче поступитись місцем старій. Хімічні зміни підтримуються міцним апаратом звички, в тому числі й стійкими умовнорефлекторними зв'язками. Ось загальна схема як періодичних амнезій і подвійної свідомості, так і руйнування особистості хронічного алкоголіка. До алкоголіка чи наркомана попередня особистість може повернутись лише за умови, що вона не загублена остаточно. Ми вже говорили, що процес забування у здорової людини не відбувається. Є неможливість згадування, і цьому можна допомогти. Але це стосується здорових. Алкоголь і наркотики руйнують нервові клітини, а вони не відновлюються. Руйнуються нервові клітини, руйнуються пам'ять та інші психічні процеси, руйнується і особистість. Тут відбуваються не стільки психологічні, скільки органічні зміни.

Уявлення, поняття і уява

Із сприйманням, пам'яттю і мисленням тісно пов'язане уявлення. *Уявлення* – це наглядні образи сприйнятих раніше предметів і явищ, які виникають у пам'яті. Воно може бути образом конкретного предмета, наприклад, яблука, яке бачили сьогодні зранку, й узагальненим образом яблука в результаті узагальнення багатьох образів цього фрукта, які ми сприймали раніше. Розрізняють зорові, слухові, дотикові, нюхові й смакові уявлення залежно від того, який аналізатор відіграє в них основну роль.

Уявлення не є такими яскравими, точними і багатограними, як безпосередні сприймання, але вони дають більш узагальнений образ, допомагають виділити головне. Уявлення завжди є наглядними, і якщо мова йде, наприклад, про зорові уявлення, їх можна намалювати.

Проте можна намалювати конкретного kota і kota “взагалі”, але не можна зобразити взагалі “тварину”. Тварина – це вже не уявлення, а поняття. *Поняття* – це вищий рівень узагальнення, що відображає не наглядні образи, а найбільш загальні закономірності та зв’язки. Вони можуть бути конкретними, коли ґрунтуються на образному сприйманні й відтворенні реальних ознак якогось предмета або явища, наприклад, собака, кішка, дерево, пожежа, дощ та ін. До абстрактних належать поняття, які базуються на істотних властивостях предметів або явищ, наприклад, вага, швидкість, величина, колір, любов, добро, зло. Поняття є важливим елементом мислення. Людина має уявлення, як падає яблуко, але наглядного уявлення про сутність законів Ньютона створити не можна. Закони можна лише розуміти. Уявлення є своєрідним переходом від конкретного пізнання світу до абстрактного мислення.

Уява – це утворення в нашій свідомості нових образів, предметів і явищ на основі переробки, розумової реконструкції уявлень, які залишилися у свідомості людини від минулого досвіду. Вона оперує образами, які залишилися в нашій пам’яті, й, разом з тим, збагачує її новими образами. Створені нашою уявою образи потім використовуються для утворення нових, ще більш складних образів. Таким чином, в уяві беруть участь усі психічні процеси: відчуття, сприймання, пам’ять, увага, мислення й емоції. Увага об’єднує всі психічні процеси, без неї діяльність уяви неможлива. Уява, як і увага, також буває довільною і мимовільною. Недовільна уява є пасивною. Виникнення і комбінування уявлень відбуваються без певного наміру людини. Типовим прикладом мимовільної уяви є марення. Людина марить у стані розслабленості, в стані переходу від неспання до сну. Результат такої уяви залишається на рівні ідеального. Його реалізація неможлива. У більшості випадків уява буває довільною, коли людина свідомо, згідно з поставленою метою, утворює нові образи і ситуації. При цьому важливу роль відіграє мислення, яке контролює уяву, перевіряє узгодженість створених образів із ситуаціями реальної дійсності, законами природи і суспільства.

Великий вплив на уяву чинять емоції. Відповідно до переживання, уява може бути спрямована на створення оптимістичних або

песимістичних картин. Довільна уява буває творчою. Творча уява характеризується тим, що людина лише на основі опису уявляє собі той або інший предмет, образ, яких ніколи раніше не бачила, вона дозволяє людині при читанні художнього твору уявити образ літературного героя. Тобто творча уява – це переведення мовного опису в образ. Для творчої уяви характерно створення нових образів, ідей, предметів, дій у процесі діяльності людини. Творча уява з'являється на основі аналізу і синтезу накопичених знань.

Різновидністю творчої уяви є мрія. *Мрія* – це образ бажаного майбутнього, необхідна умова впровадження в життя творчих сил людини. Людині властиво мріяти, це приносить їй радість, задоволення. Реальні мрії – це початок прогнозу і наукового планування. Певно, своєрідні форми уяви є й у більш розвинених тварин. Але у тварин уява не виконує тієї важливої функції, яку вона виконує у людей. У людей уява є важливою складовою частиною трудової діяльності. Перед тим як зробити будь-який предмет, людина повинна “зробити” його в своїй уяві. Це стосується й окремих елементів роботи. Чим точніше людина уявляє собі послідовність трудових операцій, тим краще буде виконана робота. Усі основні цінності людського суспільства створені за участю уяви. Уява по-різному розвинута в різні періоди життя людини. Для уяви дитини 3-7 років характерна відсутність критичності до продукції уяви, відмічається тенденція фантастичного, образного пояснення подій, що переживаються нею. Властиві також аналогізація фізичних об'єктів неживої природи з живими, опредмечування явищ природи (вітер, тінь, сонячний зайчик).

Дитяча уява містить елементи ілюзій, які не є патологічними. Неповне сприймання об'єктів дійсності, неповні образи уявлень доповнюються дитиною моментами, як неіснуючими на час сприймання. Ці спогади, однак, не виявляють вираженої тенденції до стійкості помилкової інтерпретації і непохитності суджень. Такі ілюзії типові для дитячої психіки. Приблизно з 10-12 років вони втрачають значення. З того часу виникнення нових ілюзій є симптомом хвороби. Індивідуальні особливості уяви у дорослих залежать від того, до якого типу нервової діяльності належить людина. При “художньому” типі уява більш жива і яскрава, ніж при

“розумовому”. Уяву можна і потрібно розвивати. Розвиток уяви повинен мати цілеспрямований характер у зв’язку з потребами тієї чи іншої практичної діяльності. Для розвитку уяви необхідно розширювати запас спеціальних знань і уявлень, виховувати здібності, зосереджуватись у думках на уявному предметі, уявляти його не будь-яким, не взагалі, не приблизно, а у всіх деталях, що досягається шляхом систематичного тренування.

Практичні поради

1. Уявлення й уява хворих здебільшого відображають переживання людини, зумовлені недугою. Нерідко уява хворих гіпертрофована, особливо в людей “художнього типу”. Медикам необхідно делікатно і тактовно, але, поряд із цим, рішуче й авторитетно розвіяти небажані уявлення і плоди уяви.

2. Розмовляючи з хворим, оцініть запас і правильність необхідних понять. Якщо йому необхідно передати абсолютно нову інформацію, допоможіть пацієнту усвідомити сутність основних понять, про які буде йти мова.

3. Підтримайте мрію хворих про одужання, вселіть у них надію і віру щодо успішності лікування.

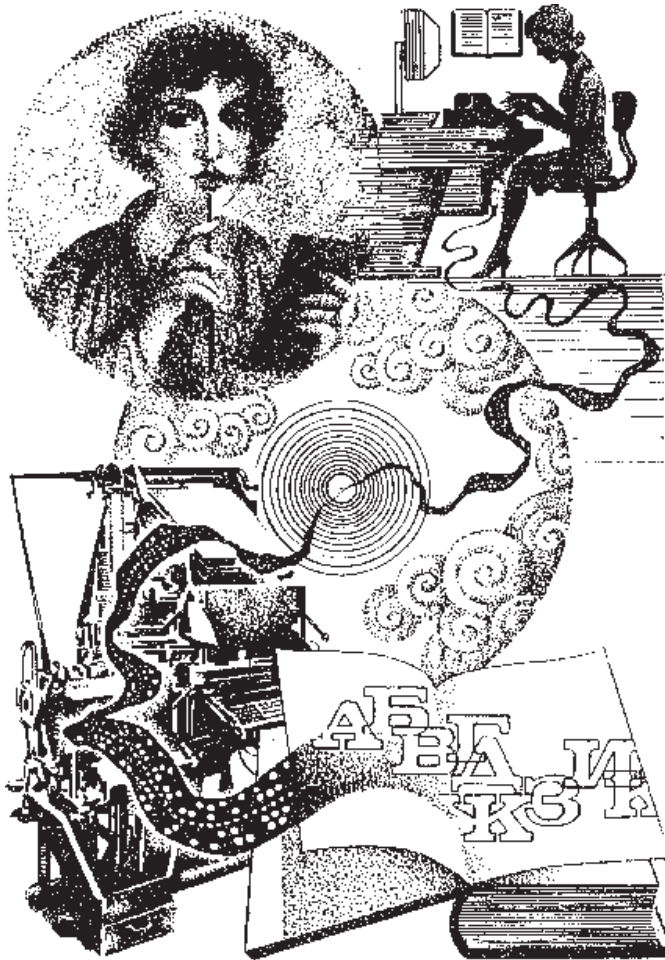
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення і сутність уявлення.
2. Визначення і сутність поняття.
3. Визначення і сутність уяви.
4. Довільна і мимовільна уява.
5. Особливості дитячої уяви.
6. Визначення і сутність мрії.

ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВІ ПРОЦЕСИ

Емоції і почуття

Пізнаючи навколишній світ і змінюючи його, людина не байдуже ставиться до того, що відбувається в ньому. Предмети та явища світу, події власного життя, стосунки з іншими людьми, суспільні події, факти з міжнародного життя переживаються лю-



диною, викликаючи у неї задоволення, незадоволення, радість, горе, обурення, захоплення, співчуття, гнів, ненависть, упевненість у собі, сором та ін. Ці різноманітні переживання людини, в яких виявляється її суб'єктивне ставлення до того, що діється навколо неї, до інших людей і себе самої, називають емоціями та почуттями.

Ці види почуттів є водночас засобом впливу однієї людини на інших людей. Вони відіграють важливу роль у роботі представників багатьох професій, а особливо актора, педагога, психолога, адміністратора і медика. Справжнім медиком як особистістю може стати лише особа, яка, крім глибоких професійних знань і вмій, в обов'язковому порядку оволоділа мистецтвом емоційного впливу на психіку хворого і його родичів, що включає в себе гармонію якостей медика-фахівця, психолога, актора і педагога. Ось чому розуміння суті емоцій, значення їх для повсякденного життя і вміння виховувати їх є важливою складовою частиною становлення майбутнього медика.

Основні особливості емоцій і почуттів

Характерною рисою емоційних переживань є їх полярність. Кожне з них має явно виражений позитивний чи негативний відтінок (приємне – неприємне, задоволення – незадоволення, радість – горе, симпатія – антипатія, любов – ненависть тощо). Переважно протилежні переживання є несумісними в один і той же момент життя людини. Проте у складних почуттях вони можуть утворювати своєрідну єдність (наприклад, сміх крізь сльози, протилежні переживання при ревнощах тощо).

Залежно від того, як емоції впливають на діяльність людини, їх поділяють на активні, або *стенічні* (ті, що покращують життєдіяльність людини, посилюють її енергію, спонукають до діяльності), й пасивні, або *астенічні* (такі, що пригнічують людину, послаблюють її активність, демобілізують).

Астенічні емоції можуть бути причиною захворювань і завжди погіршують їх перебіг, заважають успішному видужанню. Дуже небезпечно, коли хворий боїться свого захворювання, це не дає можливості мобілізувати організм на боротьбу з недугою. Потрібно всіма можливими засобами постаратись відволікти її від важких думок і переживань про хворобу, підбадьорити, вселити оптимізм. У цьому відношенні ефективними є адекватні культ- і працетерапія.

Характерною рисою всякого більш-менш сильного переживання є те, що воно “захоплює” особистість у цілому. Це свідчить про найтісніший зв’язок переживань особистості з ходом задоволення її потреб, змінами її життєвих взаємозв’язків із середовищем. Будь-яке сильне переживання мимоволі проявляється змінами виразу обличчя людини, пози, інтонацій голосу, а також діяльності внутрішніх органів (серця, легенів, шлунка, залоз секреції й ін). “Захоплюючи” весь організм, емоції надають його станові особливої якості: вони інтегрують (об’єднують) функції організму для швидкої відповіді на шкідливий або корисний вплив на нього, допомагають негайно оцінити характер цього впливу.

Згідно з поглядами І. Павлова і Л. Орбелі, генератором емоцій є підкірка, а кора оцінює їх і моделює поведінку. Емоційні переживання за своєю природою є рефлекторними явищами. Нижчі, більш давні за своїм походженням емоції пов’язані з підкіркою. Вони є складовими моментами деяких простих і, особливо, складних безумовних рефлексів, або актів інстинктивної поведінки. Найближчі до півкуль підкіркові центри є центрами спеціальних найскладніших безумовних рефлексів: харчового, активно-, пасивно-захисного та ін. Діяльність цих рефлексів становить фізіологічну основу елементарних емоцій. Як уже зазначалось, підкірка функціонує під контролем кори великих півкуль головного мозку. Контроль з боку кори виявляється, зокрема, в тому, що людина може регулювати силу емоцій, не піддаватися їм, затримувати певною мірою зовнішні вияви своїх переживань (наприклад, стримувати свій сміх, гнів тощо). З іншого боку, підкірка чинить позитивний вплив на кору великих півкуль, будучи джерелом сили емоційних проявів. Саме впливом кори пояснюється різноманітність емоційного життя як щодо інтенсивності, так і щодо диференціації переживань. Участь кори головного мозку в складних емоційних проявах є очевидною. Смачна їжа і прослуховування музики Д. Бортянського – обидва ці чинники викликають задоволення, але зовсім різного характеру. Складовий компонент емоційної реакції визначається, з однієї сторони, індивідуальною направленістю, а з іншої – самою дійсністю, якою вона нам уявляється.

Класифікація емоцій і почуттів

Емоції поділяють на прості й складні. За силою, характером прояву і стійкістю серед емоцій розрізняють афекти, настрої, пристрасті.

За змістом виділяють передусім моральні, інтелектуальні й естетичні почуття. Деякі з них можуть набувати характеру пристрастей.

Прості емоції. Прості емоції викликаються безпосередньо дією на організм тих чи інших об'єктів, пов'язаних з задоволенням його первинних потреб. Вони виникають у зв'язку з відчуттям їх властивостей, останні (кольори, запахи, смаки тощо) є для нас приємними або неприємними, можуть викликати задоволення чи незадоволення. Ці переживання породжуються також ступенем задоволення органічних потреб в їжі, питті тощо. Емоції, безпосередньо пов'язані з відчуттями, називають емоційним тоном відчуттів.

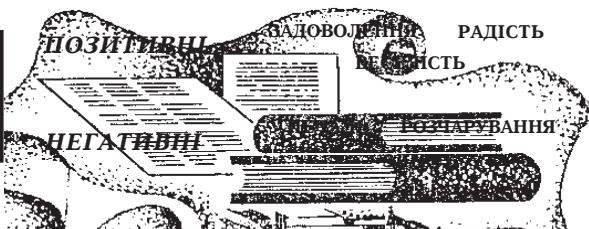
Складні емоції. У процесі життя і діяльності людини елементарні її переживання перетворюються на складні емоції, пов'язані з розумінням їх об'єктів, усвідомленням їх життєвого значення. Так, задоволення від смачної їжі є простою емоцією, задоволення ж від успішного закінчення якого-небудь завдання, сприймання красивого пейзажу чи картини є складним переживанням. До складних емоцій належать такі переживання людини, як радість, смуток, страх, гнів, сором та ін.

Настрої. Настроєм називають загальний емоційний стан людини, що характеризує її життєвий тонус протягом певного часу. Він походить від тих емоцій, які переважають у неї. Настрій часто виникає як відгомін сильної енергії, пережитої людиною. Перевага певної емоції надає настроєві відповідного забарвлення. Настрій буває радісним, сумним, бадьорим, пригніченим, нудним, спокійним, неспокійним, стурбованим тощо.

Пристрасть має подвійну природу. В пристрасті людина, поперше, страждає, вона пасивна, а, по-друге, є активною істотою, яка наполегливо прагне до оволодіння предметом пристрасті. Пристрасть завжди виявляється в зосередженості, зібраності сил людини, в їх спрямованості на досягнення певного об'єкта. Пристрасть полонить людину і проявляється по-різному залежно від наявності чи відсутності перешкод до її задоволення.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЕМОЦІЙ І ПОЧУТТІВ

**ЗА ТОНОМ
ПЕРЕЖИВАНЬ**



**ЗА РІВНЕМ
СПРЯМОВА-
НОСТІ**



**ЗА ТОНУСОМ
ОРГАНІЗМУ**



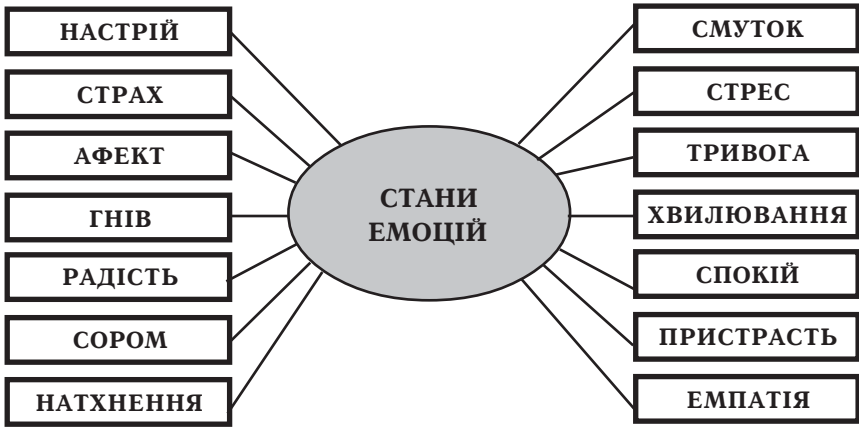
ЗА СИЛОЮ



**ЗА
МЕХАНІЗМОМ
ВИНИКНЕННЯ**



ЕМОЦІЙНІ СТАНИ



Пристрасть потрібна людині для виробничої, наукової, мистецької чи іншої діяльності. І. Павлов закликав молодь, яка присвятила себе науці, пристрасно її любити. “Пам’ятайте, – писав він, – що наука вимагає від людини всього її життя. І коли б у вас було два життя, то їх би не вистачило вам. Великого напруження і великої пристрасності вимагає наука від людини. Будьте пристрасні у вашій роботі й у ваших шуканнях”.

Крім пристрасностей високого ідейного змісту, є пристрасності низького порядку, які відіграють негативну роль у житті людини. Такою є пристрасність до алкоголю, наркотиків, самолюбства, властолубства та ін.

Афекти. Афектами називають короточасні та сильні емоції людини, що виникають раптово й виявляються в різних змінах м’язової діяльності та стану внутрішніх органів. Прикладами афектів можуть бути несподівана сильна радість, вибух гніву, напад страху тощо. Для афектів характерним є нестриманий їх вияв (“спалахнув від гніву”, “завмер від переляку” та ін).

Афективний стан пов’язаний із послабленням кіркового гальмування, яке контролюється корою головного мозку. Людина під впливом цих емоцій говорить і робить те, чого вона не дозволяє собі в спокійному стані й про що жалкує, коли минає афект. Ще різкіше це відбувається при сп’янінні, раптовому виключенні гальм (І. Павлов) (“П’яному море по коліна”).



ЖАХ



СКОРБОТА



ОГИДА



НЕДОВІР'Я



ПРИВІТНІСТЬ



СТРАХ



ЗДИВУВАННЯ



СУМНІВ



ЦІКАВІСТЬ



СУМ



ГОРЕ



ПЕРЕЛЯК

Афекти викликаються гострими життєвими ситуаціями, у які потрапляє людина. Часом афект (наприклад, спалах гніву) виникає як розв'язання конфлікту у взаєминах людини з іншими людьми. Іноді афект людини (жах, лют) є реакцією на загрозу її життю чи життю близьких. Іноді афективний спалах поступово підготовлюється нагромадженням незадоволення у взаєминах людини з ким-небудь. У такому випадку він виникає внаслідок втрати нею терпіння. Поява афектів залежить не тільки від життєвих ситуацій, а й від особистості, її темпераменту і характеру, вміння володіти собою. Схильність деяких людей до афектів, особ-

ливо негативних, що спалахують у дріб'язкових ситуаціях, часто є ознакою їх невихованості.

Розрізняють фізіологічний і патологічний афекти. У стані фізіологічного афекту, незважаючи на психічне потрясіння, свідомість не затьмарюється і людина спроможна керувати своїми вчинками. Після заспокоєння амнезії немає.

Для стану патологічного афекту характерне звуження об'єму свідомості. Людина практично нічого не усвідомлює і не контролює свої вчинки, може проявити агресію і навіть вчинити вбивство. Згодом вона не в змозі буде згадати окремі епізоди, а інколи спостерігається повна амнезія цього стану.

Якщо у хворого розвинувся стан афекту, медична сестра повинна викликати лікаря і вжити належних заходів для попередження негативних наслідків, зумовлених цим станом.

Хвилювання – це психічний стан людини, що характеризується ознаками підвищеного збудження, внутрішнього і зовнішнього напруження та поганими передчуттями. Стан хвилювання особливо виразно виявляється у дитячому та юнацькому віці. Він зустрічається практично у всіх хворих, які звертаються за медичною допомогою. Схвилюваний хворий не завжди може зрозуміло розповісти про особливості свого стану, симптоми і перебіг своєї хвороби. Медична сестра повинна розрізняти стан хвилювання і розумову обмеженість хворого, а також уміти позитивно вплинути на психіку пацієнта, щоб заспокоїти його і зменшити прояви хвилювання.

Тривога – це емоція, яка виникає при загальній оцінці ситуації як несприятливої, коли людина відчуває, що повинно трапитись щось неприємне, але що саме – конкретно не знає.

Тривога є настільки частим емоційним феноменом, що деякі психологи вважають цю емоцію нашим “сторожем”, а певний її рівень – нормою. Людину, в якій відсутнє відчуття тривоги, називають безпечною. Вона часто потрапляє в халепи, бо не задумується над можливими негативними наслідками своєї поведінки, дій, висловів. Але тривога не є емоцією, яка повинна постійно бути присутньою. Вона здатна “отруїти” навіть радісну подію (перший сексуальний контакт і страх заразитись). Людина з надто високим рівнем тривожності не має шансів на щастя.

Практично завжди при тривозі змінюється сон. Він стає поверхневим, тривожним, повним неприємних сновидінь. Уранці після пробудження людина почуває себе розбитою, а не бадьорою. Нерідко розвиваються безсоння вночі й сонливість упродовж дня, особливо в другій його половині.

Тривога змінює апетит і впливає на масу тіла. В одних людей він постійно знижений, у інших знижується під час відпочинку (у вихідні дні), але підвищується на роботі. Цікаво відмітити, що люди, схильні до схуднення, худнуть, а до повноти – поправляються. Отже, збільшення маси тіла дуже часто свідчить про душевний неспокій.

Для визначення рівня тривожності психологи рекомендують застосовувати простий у виконанні й, разом з тим, інформативний тест “Суб’єктивна хвилина”. Сутність його полягає в тому, що в стані тривоги суб’єктивно час сприймається тривалішим, ніж насправді. Це зумовлено відомим психологічним феноменом, що очікування неприємного суб’єктивно переноситься важче, ніж покарання. А те, що переноситься важче, в даному випадку тривога, суб’єктивно сприймається тривалішим.

Техніка проведення тесту є надзвичайно простою. Потрібно засікти час на годиннику із секундною стрілкою і відвести погляд від нього або заплющити очі. Подумки фіксуєте перебіг часу. Коли ви вважаєте, що хвилина минула, подивіться на годинник. Норма – понад 65 секунд. Легка тривожність – 55-64 секунди. Подумайте, що вас турбує, постарайтесь вирішити свої проблеми. Менше 45 секунд – зверніться до психолога, бо самі ви не впораєтесь. Менше 35 секунд – необхідна вже лікарська допомога, оскільки ні ви самі, ні психолог вам не допоможуть.

Страх. Якщо тривога існує досить довго, людина починає шукати причину небезпеки, ліквідує її і заспокоюється. Якщо джерело тривоги ліквідувати не вдається, вона переростає в страх, який може виникати раптово. Страх – це емоція, причину якої людина усвідомила. Тривога не має чітко визначеної направленості, а страх має. Таким чином, страх – це результат взаємодії тривоги і мислення.

Страх є найбільш небезпечною емоцією. Людину можна залякати до смерті. Лише страхом можна пояснити загибель афри-

канських, австралійських і новозеландських аборигенів після порушення табу. Від страху в давнину помирили засуджені до смерті. Коли жрець проводив рукою по шкірі ліктьового згину цих людей, вони були впевнені, що їм перерізали вени. Індивідуальні прояви страху і тривоги дуже різноманітні. В одних хворих відмічаються серцево-судинні порушення, наприклад, серцебиття і пітливість, в інших – шлунково-кишкові розлади, наприклад, нудота, блювання, відчуття порожнечі й нервового тремтіння (в шлунку “мутить від страху”), здуття живота або навіть розлад шлунка, в деяких – почастішання сечовипускання, в інших – поверхнєве дихання і відчуття стиснення в грудях. У багатьох хворих переважають явища напруги м’язів, і вони скаржаться на те, що м’язи не згинаються, або на спазми, головний біль і викривлення шиї. Але страх не тільки зло. Справа в тому, що при страху посилюється стимулювальна діяльність нервової системи. У такому стані легше бути активним, звичайно, при низькому ступені страху.

Дуже погано, коли людина панічно боїться наркозу й операції. Від страху в неї під час інтубації може настати раптова смерть. Проте немає нічого хорошого, коли людина байдуже ставиться до майбутньої операції. Вона може перед операцією наїстися, напередодні прийняти з друзями-пияками спиртне, всю ніч “різатись” у карти, а не відпочивати. Частка страху в стимулювальній і стримувальній “дозі” повинна бути.

Як попередити страх, особливо перед медиками і лікуванням? По-перше, не можна залякувати дитину в процесі виховання, говорячи: “Поводь себе чемно, прийми таблетку, а то прийде медик у халаті й зробить тобі болючий укол або операцію, розріже животик”. Переживаючи за дитину, батьки не повинні свій страх передавати їй.

Страх і тривога медика за долю хворого можуть призвести до помилкових дій або бездіяльності й пошкодити йому.

По-друге, необхідно навчитись не соромитись зовнішніх проявів тривоги і страху. Не сваріть дитину за те, що вона налякалась. Не виробляйте в неї страх перед переляком. Якщо ви самі випадково налякали дитину, вибачтеся перед нею і скажіть, що ви не хотіли цього. Уважно слідкуйте за тим, щоб дитина не боялась

“буки”, лікарів, міліціонерів, вчителів і т. д., але не відчиняла дверей незнайомим.

Страх – поняття досить примхливе. У більшості людей є підсвідомий страх перед чимось. Наприклад, жінка із задоволенням вагітніє і спокійно чекає пологів. Тоді як, коли побачить мишку – істерично верещить і вискакує на стілець. Молодий здоровий чоловік може перебороти страх перед боєм і йти в атаку, але зомліває від страху, коли медсестра робить йому внутрішньовенну ін’єкцію.

Хороброю є та людина, яка здатна переборювати свій природний страх. Боягузливість часто “одягає” різні маски. Принциповість – людина боїться втратити місце роботи. Щедрість – боїться, щоб про неї не подумали, що вона скнара. Гостинність – страх осудження. Галантність – страх здатись невихованою. Доброта – страх втрати чоловіка. Турботливість (дружина бере на себе всю домашню роботу, бо “чоловік стомлюється на роботі”) – страх осудження зі сторони сусідок. Скромність – боязнь нарватись на неприємність. Солідарність – страх осудження. Хоробрість – боязнь осудження людьми або страх перед презирством.

Гнів. У стані гніву, зумовленого дією негативних подразників, послаблюється вольовий і розумовий контроль над своєю поведінкою. Гнів має яскраві специфічні зовнішні вияви в різних жестах, рухах, міміці, словах, а також вегетативні прояви. У гніві не варто приймати ніяких рішень, тому що при цьому стані людина керується не розумом і критеріями доцільності, а так званою афективною логікою.

Проте інколи, щоб допомогти хворому перебороти страх перед недугою, доцільно викликати у нього гнів на неї. З однієї сторони, гнів, особливо сильний і тривалий, викликає надмірне напруження процесів життєдіяльності, що може посилювати патологію. А з іншої – саме гнів допомагає перебороти страх (наприклад, гнів на ворога допомагає солдату перебороти страх і піднятись в атаку). Потрібно, щоб хворий не зживався із своєю недугою, а гнівався на неї й активно боровся за своє видужання.

Емоційний стрес – це стан, зумовлений різними ситуаціями, що призводить до надто сильного напруження. Під дією стресу

людина змінює поведінку, стає дезорганізованою, безладною або розвиваються загальна загальмованість, пасивність і бездіяльність. Проте рішучі й спокійні люди можуть контролювати і регулювати свою поведінку в стресовій ситуації. Стресові ситуації особливо часто спричиняють різні серцево-судинні та шлунково-кишкові захворювання. Однією з форм стресу є фрустрація – емоційний стан людини, що виникає внаслідок непереборної перешкоди на шляху до задоволення потреби. Фрустрація призводить до різних змін у поведінці людини (агресії, апатії, розпачу тощо).

Радість є психічним станом позитивно забарвленої емоційної піднесеності. Вона підвищує життєвий тонус, приносить почуття бадьорості й впевненості в собі.

Радісна звістка про те, що у хворого покращались результати аналізів, показники електрокардіограми або інших обстежень, позитивно впливає на його загальний стан. Почуття радості приносить спілкування з приємними людьми (радість спілкування). Медична сестра, яка найбільше часу неформально спілкується з хворим, повинна виробляти в собі навички приємного спілкування. Слово медика є могутнім засобом впливу на психічний і загальний стан пацієнта, могутнім збудником його нервово-психічної сили.

Моральні почуття. Моральними є почуття, в яких виявляється стійке ставлення людини до суспільних подій, інших людей і себе самої. Вони нерозривно пов'язані з певними нормами поведінки, прийнятими в даному суспільстві, оцінкою відповідності дій, вчинків, намірів людини цим нормам. Джерелом моральних почуттів є спільне життя людей, їх взаємини, і спільна боротьба за досягнення суспільних цілей.

Совість. Оцінку людиною своїх власних вчинків, хороших і поганих, своєї діяльності, свого ставлення до інших людей називають її совістю. Ця оцінка є не тільки розумовою, а й емоційною. Вона переживається людиною. Усвідомлення людиною правильності своїх вчинків породжує спокій її совісті, радість, моральне задоволення собою. І, навпаки, усвідомлення людиною того, що той чи інший її вчинок розходиться з визнаними нею моральними принципами, переживається як невдоволення собою, муки сумління, почуття каюття, сорому. Особистість має потребу зізнатися у своєму поганому вчинку, покаятись, виправитись, попросити вибачення в інших тощо

і тим самим відновити спокій своєї совісті. Совість є важливою формою прояву моральної свідомості людини. Голос совісті – вищий регулятор її ставлення до інших людей і своєї справи.

Сором – це емоційний стан, що виникає внаслідок усвідомлення людиною невідповідності своїх вчинків загальноприйнятим у суспільстві нормам.

Сором'язливість є природною загальнолюдською рисою, одним з аспектів функціонування такого саморегулятора, як совість. Встановлено, що приблизно 40 % людей є надто сором'язливими. Проте, у представників деяких професій, у тому числі медиків, надмірна сором'язливість знижує рівень професійності. Сором'язлива людина часто ніяковіє і не здатна сповна реалізувати свої можливості для налагодження ефективного контакту і спілкування, а також для рішучих дій з іншими людьми.

Суб'єктивні та об'єктивні прояви сором'язливості. Насамперед людина ніяковіє, потім з'являються ознаки тривожності: почервоніння обличчя, прискорення пульсу, пітливість тощо. Зрештою виникає відчуття незручності й своерідної винуватості. Людині важко говорити, інколи взагалі зникає бажання розпочати розмову, вона не може дивитись співрозмовникові в очі.

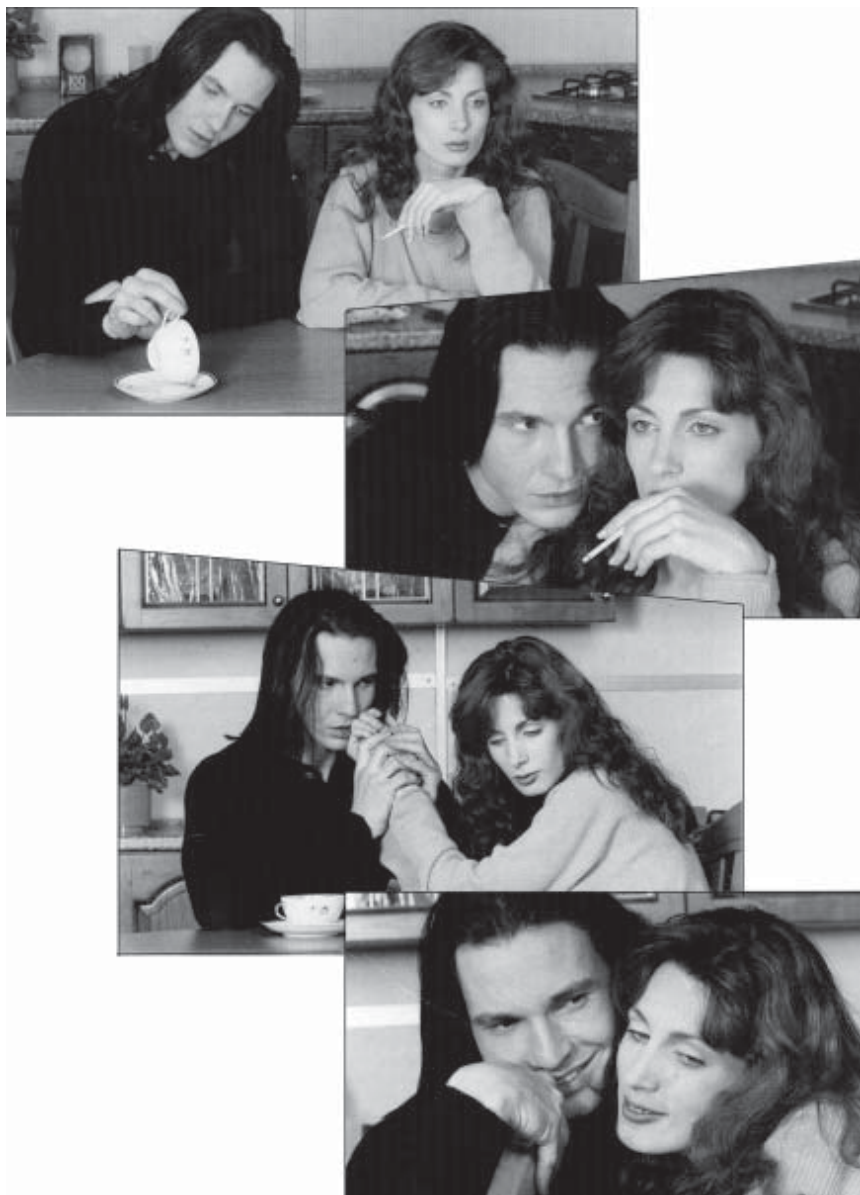
Сором'язливі люди не завжди можуть описати внутрішню картину хвороби. Їм важко про щось попросити медичну сестру, а ще важче нагадати їй, якщо вона забула виконати прохання. Сором'язливим хворим дуже незручно (інколи неможливо) здійснити фізіологічні відправлення в загальній палаті. Їм соромно попросити іншого хворого притишити гучномовець тощо. Медична сестра завжди повинна пам'ятати про це і створити всі умови, щоб оберігати психіку таких хворих.

Інтелектуальні почуття. До інтелектуальних почуттів належать переживання людини, що виникають і виявляються в її розумовій та пізнавальній діяльності.

Відсутність розумової та іншої діяльності, яка б захоплювала людину своїм змістом, незайнятість її певною роботою породжують нудьгу. Вона виникає, зокрема, і в навчальній роботі учнів, коли останні не займаються розумовою діяльністю, і відіграє в ній негативну роль.

Естетичні почуття – це почуття краси і прекрасного.

ДИНАМІКА ПОЧУТТІВ



Соматовегетативні прояви емоцій

Емоції змінюють тонус поперечносмугастих м'язів, розвиваються спазми або розслаблення гладких м'язів, коливається артеріальний тиск, змінюються поза тулуба, координація рухів, обмін речовин, тонус мімічних м'язів, темп їх діяльності, інтенсивність їх іннервації, а також автоматичні й виразні рухи. Безпосереднім “виконавцем” міміки (своєрідної “мови” емоцій) є м'язи обличчя. Зовнішнім виразом емоцій є міміка, жести, поза тулуба, моторика. І. Сеченов вважав, що різноманітні зовнішні прояви мозкової діяльності зводяться до одного явища – м'язового руху. “Чи сміється дитина, коли бачить іграшку, чи посміхається Гарібальді, коли його проганяють за надмірну любов, чи створює Ньютон світові закони і записує їх на папері – всюди кінцевим фактором є м'язовий рух”. Мімічні вирази є дуже варіабельними, і за найменшими змінами міміки можна виявити зміни настрою й емоційного стану людини.

Великою кількістю засобів характеризується, зокрема, так звана вокальна міміка, в якій через зміну інтенсивності голосу, його висоти, тембру, наголосів виявляються різноманітні емоції людини (радість, задоволення, здивування, побоювання, невпевненість, вагання, страх, гнів, ніжність тощо). Людський голосовий апарат має для цього величезні можливості. Різні поєднання названих вище особливостей голосу дають ті його емоційні варіації, які ми маємо на увазі, говорячи про тремтливий, сухий, розбитий, ніжний, плаксивий, задушевний, радісний, сумний, бадьорий та інший голос. Необхідною умовою розвитку голосової міміки є її слухове сприймання і використання в процесі спілкування людей. Багатство інтонацій людського голосу розвинулось у процесі мовного спілкування людей, а також їх пісенної та музичної діяльності. Емоційні вирази змінюються залежно від тембру, інтонації, сили, виразності мови. Голос може бути лагідним і, навпаки, суворим та непривітним. Одне і те ж слово змінює своє емоційне значення залежно від виразності, з якою його сказано. Невпевнена людина говорить нерішуче, впевнена, навпаки, говорить голосно, чітко, наводить необхідні докази.

При емоційній напрузі змінюються нервова й ендокринна регуляція, стан серцево-судинної системи, дихання, секреторні та моторні функції шлунково-кишкового тракту, температура тіла і под.

Таким чином, емоції на будь-якій стадії їх виникнення, розвитку і прояву глибоко впливають на соматовегетативний стан людини. Про це потрібно завжди пам'ятати медику для всесторонньої оцінки фізичного і психічного стану хворого.

Емоції не зникають безслідно. Якщо людина кілька разів не стримає свій гнів у ситуації, яка, не вимагає такої реакції, рано чи пізно виникне та закріпиться умовний рефлекс і цей прояв емоцій стане частиною характеру та значною мірою вплине на долю людини. Емоції самі по собі не зникають. Вони вимагають розрядки. При поведінкових реакціях емоції проявляються як: 1) формування потреби, що виявляється в переживаннях чекання, надії, неспокою і 2) задоволення потреби, пов'язаної з відповідними почуттями залежно від отриманих результатів. Якщо розрядка тривалий час не настає – виникає дисбаланс психічного стану, вегетативної нервової системи і різних органів. Але розряджати емоції потрібно цивілізовано. Людина як жива істота народжується з лише примітивними вітальними емоціями. Особистістю людина стає в процесі виховання, розвиваючи і вдосконалюючи вищі емоції, етичні, гностичні та естетичні в контексті вищих духовних ідеалів.

Вищі емоції не виникають самі по собі. Їх можна лише виховати. І саме вони лежать в основі духовності й направленості особистості. Особами є всі люди, а особистостями стають лише ті індивідууми, в яких вищі емоції визначають усі їх душевні пориви, життєву позицію і весь стиль життя. Вищих емоцій і почуттів є багато: почуття гуманізму, співчуття, почуття огиди і презирства щодо ганебних і непорядних вчинків, глибоке естетичне й етичне задоволення від сприймання високого і прекрасного. Найвищим же почуттям є безкорислива і глибока любов. Недаремно, згідно з християнським катехизисом, серед дев'яти плодів Святого Духа (любов, радість, мир, терпеливість, доброта, милосердя, віра, лагідність, поміркованість) саме вона стоїть на першому місці.

Емоції є не лише ворогами, але й союзниками медиків. Ще Вольтер писав, що той, хто бажає позбавити людину емоцій, мотивуючи тим, що вони є небезпечними, подібний до тих, хто бажав би випустити з людини всю кров, виходячи з того, що вона є причиною крововиливу в мозок.

Стенічні емоції (задоволення від того, що до хворого добре ставляться в лікарні, від успіхів у його сім'ї, впевненість у своєму видуванні, душевне піднесення від того, що йому стає краще) зміцнюють життєві сили організму.

Життя в лікарні або вдома, коли людина хвора, відрізняється від звичайного. Медики повинні створити для хворого умови, щоб покращити його стан позитивними емоціями і почуттями. Так, реабілітація, як обов'язкова складова частина лікування, повинна задовольняти моральні й інтелектуальні потреби, а культура – естетичні.

Моральне право носити звання медика може лише людина, яка любить медицину і хворих. Любов до хворих виховується за обов'язкового дотримання умови невтомної праці на благо хворих і турботи про них. Звичайно, інтерес до медицини здебільшого починається з абстрактного уявлення про неї, але лише в практичній роботі з надання допомоги хворим стане зрозумілим – полюбить людина професію медика чи стане байдуже виконувати свої обов'язки.

Між почуттями і вчинками людини існує взаємозв'язок. Людина із задоволенням допомагає тому, кого вона любить, хто їй імпонує. Разом із тим, існує зворотний психологічний феномен “перенесення дій на почуття” – люди більше люблять того, кому роблять добро, і, навпаки, не люблять того, кому нашкодили. Безкорислива і глибока любов є найвищим людським почуттям, а виплекати любов медика до медицини і хворих можна лише за умови активної діяльності.

Практичні поради

1. Уважно спостерігайте за мімікою, пантомімікою, поглядом, силою і тембром голосу хворих. Навчіться визначати їх емоційний стан.
2. Навчіться розпізнавати психологічні маски страху.
3. Відволікайте хворого від важких думок і переживань. Старайтесь викликати якнайбільше стенічних та позитивних емоцій і всіляко боріться з астеничними емоціями.
4. Навчіться регулювати свій емоційний стан. Виховуйте й удосконалюйте в собі моральні почуття і вищі емоції.

5. Навчіться розрізняти нестриманість хворих, зумовлену астенізацією нервової системи, та їх невихованість. Адекватно корегуйте поведінку таких пацієнтів.

6. Виробляйте і розвивайте у собі здатність до емпатії та потребу в ній. Навчіться відчувати емоційний стан хворого і співпереживати з ним.

7. Будьте тактовним, оцінюючи душевний стан хворого. Смійтесь разом із ним, коли це доречно, але ніколи – над ним.

8. Якщо у хворого розвинувся неадекватний емоційний стан, який впливає на діагностично-лікувальний процес і заважає іншим хворим (страх, депресія, дисфорія тощо), про це необхідно повідомити лікаря.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

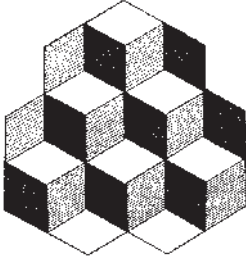
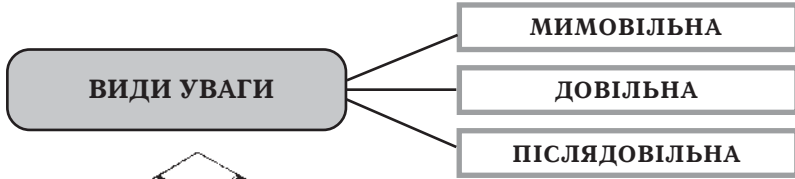
1. Визначення понять “емоції” і “почуття”.
2. Сутність стеничних емоцій. Їх вплив на організм.
3. Роль кори і підкірки головного мозку у виникненні й моделюванні емоцій.
4. Сутність простих і складних емоцій.
5. Що таке настрій, пристрасть і афект? Їх вплив на організм.
6. Що таке хвилювання, тривога, страх? Їх вплив на організм. Сутність психологічних масок страху. Методика тесту “хвилинка”.
7. Сутність сорому і совісті. Їх роль у формуванні моральності медика.
8. Сутність інтелектуальних і естетичних почуттів. Їх роль у формуванні психології медика.

Увага

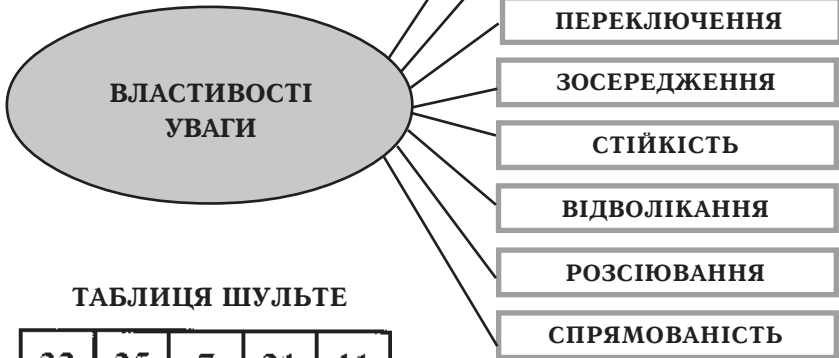
Увага являє собою форму психічної діяльності людини, яка полягає в її спрямованості й зосередженості на певних об’єктах, у результаті чого досягається краще відображення цього об’єкта у свідомості.

У кожний момент діяльності людини на неї впливає багато різних об’єктів. Проте не всі вони однаково нею сприймаються. Одні предмети та явища, з якими безпосередньо пов’язана діяльність людини, усвідомлюються нею чітко, інші наче відступають на задній план і майже не помічаються, деякі в даний момент взагалі не існують для

УВАГА, ЇЇ ВИДИ І ВЛАСТИВОСТІ



Скільки кубиків на малюнку?



ТАБЛИЦЯ ШУЛЬТЕ

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

ПЕРЕВІРКА УВАГИ
 У поданій зліва таблиці Шульте слід якнайшвидше знайти візуально всі числа за порядком

неї. Так, зайнятий розв'язуванням якої-небудь технічної задачі робітник не бачить і не чує, що довкола нього відбувається. Захопившись читанням цікавої книжки, людина не чує голосів людей, що недалеко від неї розмовляють, звуків радіо, що доносяться із сусідньої кімнати тощо. Отже, усвідомлення середовища має при цьому вибірковий характер. У кожному акті практично будь-якої діяльності людина сприймає одні об'єкти, уявляє їх, про них думає і не помічає інших. Тобто, вона уважна до одних і неуважна до інших об'єктів. Це явище не випадкове, а закономірне. Людина не може відразу усвідомлювати все, що її оточує. Вона усвідомлює ті об'єкти, до яких уважна. Процес усвідомлення людиною світу, відображальна діяльність її мозку завжди так організуються, що вона буває спрямована на певні об'єкти, на них зосереджується, внаслідок чого підвищується її ефективність.

Увага нерозривно пов'язана з діяльністю людини. Бути уважним – означає бути діяльним відносно тих чи інших об'єктів. Увага відіграє важливу роль в організації і регуляції психічної діяльності людини. Від того, на чому і як ми зосереджуємося, залежать ясність, чіткість, повнота наших відчуттів, сприймань, уявлень, думок та інших відображень об'єктивної дійсності. Фізіологічною основою уваги є наявність стійкого осередку оптимального збудження в корі великих півкуль головного мозку, що негативно індукує суміжні її ділянки.

Мозок не здатний разом переробити всі сигнали, які він отримує, в усякому разі вони не можуть одночасно відобразитись у свідомості. Завдяки увазі кількість об'єктів, які усвідомлено сприймаються в даний момент, обмежується, зате якість і осмислення сприймання значно покращуються.

Розробляючи думку про виникнення в мозку осередку оптимального збудження, акад. А. Ухтомський назвав останнє домінантою. Під домінантою він розумів “панівний осередок збудження”, який визначає характер реакції організму в даний момент. Коли, наприклад, у глибоко зосередженої на чомусь людини обережно підняти руку, вона цього не помітить. Шум вітру, дощу, тихі звуки музики можуть підсилювати зосередження на книзі при її читанні. Домінанта визначає напрям уваги. Внаслідок зміни умов домінанта змінюється, що виявляється в зміні спрямованості поведінки.

Види уваги

Залежно від того, яким співвідношенням зовнішніх і внутрішніх умов визначається увага, вона поділяється на мимовільну і довільну. Ці види уваги є водночас і ступенями її розвитку.

Мимовільною називають таку увагу, яка формується в ході взаємовідношень людини із середовищем всупереч її свідомому наміру. Первісно вона виникає як безумовнорефлекторне явище, викликане впливом тих чи інших зовнішніх агентів. Ця увага характеризується тим, що об'єкти мимоволі привертають, а іноді навіть приковують до себе нашу увагу.

Подразники мають деякі загальні властивості, завдяки яким вони легко привертають до себе увагу людини: раптовість появи об'єкта, сила його впливу, зміна його інтенсивності й положення в просторі, співвідношення його з фоном, на якому він з'являється, та ін. Яким би не був цікавим урок для учнів у класі, але раптове відкриття дверей і поява нової особи під час уроку привернуть до себе їх увагу. Чим сильніший, різкіший звук або світловий подразник, тим більше він звертає на себе увагу. Якщо об'єкт діє тривало і безперервно, він стає менш помітним, ніж об'єкт, інтенсивність дії якого змінюється. Рухомі об'єкти, порівняно з нерухомими, більше привертають увагу. Предмети та явища, що з'являються на певному фоні, контрастують з ним, легко потрапляють у поле зору. Раптово виниклий звук на фоні тиші привертає до себе увагу. Раптове послаблення або зникнення подразника також стає об'єктом уваги. Так, зниження голосу вчителя під час уроку, тимчасове його замовкання мобілізують увагу учнів.

Мимовільна увага є генетично первісним ступенем уваги в її історичному й індивідуальному розвитку. На її основі виникає довільна увага. *Довільною* називають увагу, яка свідомо спрямовується і регулюється особистістю. Мимовільну увагу іноді називають пасивною, а довільну – активною.

Форми уваги

Залежно від характеру дій людини увага буває зовнішньою і внутрішньою.

Зовнішньою називають увагу, що виявляється передусім у сприйманні предметів і явищ, що нас оточують, а також у зовнішніх

діях людини, спрямованих на краще відображення безпосередньо даних об'єктів і практичне оволодіння ними. Особливо виразна ця увага виявляється тоді, коли ми не тільки дивимося, а й придивляємося, розглядаємо щось, стежимо за чим-небудь, прислухаємося до чогось, приношуємося, пробуємо на язик, обмацуємо, спостерігаємо навколишні явища, чекаємо їх появи тощо. Така увага (чуттєва, або сенсорна, перцептивна) виявляється у відповідній позі організму, установці рецепторів, орієнтувальних рухах голови, очей та інших органів і затримці інших побічних рухів.

Внутрішньою увагою називають ту її форму, що має місце у наших внутрішніх діях. Наприклад, розв'язування про себе (подумки) арифметичних та інших задач, акти обдумування різних питань, роздумування, пригадування, самоспостереження тощо. У внутрішній увазі особливо виразна провідна роль другої сигнальної системи. Частковим прикладом цієї уваги є зосередження людини на своїх психічних процесах, яке характерне для самоспостереження.

Характерні особливості уваги

Оскільки увага існує і виявляється в діяльності людини, ми маємо можливість за її ходом і продуктивністю судити про характерні особливості уваги. Увага людини проявляється в спрямованості її на певні об'єкти. Тривало підтримувана спрямованість діяльності свідчить про *стійкість* уваги людини. Ця її особливість характеризується часом, протягом якого діяльність людини зберігає свою цілеспрямованість. Наприклад, в умовах навчання вона визначається часом, протягом якого учні працюють над завданням, не відволікаючись від нього.

Нестійкість уваги виявляється в її відвертанні іншими об'єктами, тобто в зміні під їх впливом спрямованості діяльності людини. Чим менш стійка увага, тим частіше і легше вона відволікається, внаслідок чого дана робота тимчасово або й зовсім припиняється. Відволікають увагу ті ж агенти, що її мимовільно привертають, а саме: раптові, значні, різкі, динамічні зовнішні подразники, а також сильні зміни в органічних станах. Емоційно діючі подразники більше відвертають увагу, ніж нейтральні. Коли медична сестра робить ін'єкцію дитині, потрібно відволікти увагу останньої

цікавою розмовою. Відвертання уваги треба відрізнати від її *переключення*, під яким прийнято розуміти довільну зміну людиною спрямованості її діяльності. Тут людина свідомо переходить від одного завдання до іншого, сама спрямовує свою увагу на нові об'єкти відповідно до потреб та умов її роботи.

Увага переключається з різною легкістю залежно від ряду умов. Переключення легше відбувається при наявності зв'язку між змістом попередньої і змістом наступної діяльності. Важче переключатися на виконання менш привабливого чи непривабливого завдання. Навпаки, якщо об'єкт наступної діяльності є більш цікавим для людини, ніж об'єкт попередньої, то переключення відбувається швидко і легко. При великій зосередженості на певному об'єкті важче переключатися на інший. Переключення полегшується, коли виконання попереднього завдання закінчено. Мають значення також і індивідуальні особливості людини.

Увага характеризується зосередженістю психічної діяльності на певному об'єкті, яка має певну інтенсивність, тобто той чи інший ступінь *концентрації*. Остання полягає в більшій чи меншій заглибленості в діяльність, якою людина займається в даний момент. Чим більш концентрована увага до певного об'єкта, тим більшою мірою гальмуються впливи побічних стимулів, тим менше ми їх помічаємо, тим продуктивніша діяльність, пов'язана з цим об'єктом. При зосередженому думанні, захопленні якою-небудь справою ми не бачимо і не чуємо, що навколо нас відбувається. Це явна негативна індукція (І. Павлов).

При концентрації уваги людини зберігається можливість її *розподілу*, який полягає в одночасному виконанні людиною двох, іноді навіть трьох, видів діяльності. Певною мірою ця особливість уваги властива кожній людині. Так, можна виконувати певну технічну роботу й одночасно слухати передачу по радіо, робити усні обчислення, мріяти. Можна слухати лекцію і записувати її зміст. Вміння розподіляти увагу виробляється на практиці.

Зосередження свідомості людини на певних об'єктах неминує пов'язане із звуженням її поля. Таке звуження є необхідною умовою вибору певних об'єктів і кращого їх відображення. У зв'язку з цим говорять про певний обсяг або об'єм уваги. *Об'єм* у даному

випадку – це кількість об’єктів, актуально усвідомлюваних людиною в даний момент. *Обсяг* – це кількість об’єктів, які ми можемо сприйняти з повною ясністю і чіткістю в одному акті сприймання за найкоротший час.

Об’єм уваги залежить від уроджених особливостей людини, коли одна дія знаходиться в “центрі” свідомості, інші, доведені шляхом тренувань до ступеня автоматизму – на її “периферії”. Таким чином, шофер може одночасно слідкувати за дорогою, повертати кермо, переключати передачі й маніпулювати педаллю зчеплення. Практично всі студенти можуть одночасно слухати лекцію, обдумувати її зміст і занотовувати основні положення.

Це все не дається від народження. Якщо річній дитині, яка тримає в руці яблуко, дати в другу руку іграшку, вона випустить яблуко, бо не зможе розподілити навіть такі дві прості дії.

Названі вище властивості уваги є і індивідуальними її особливостями в різних людей. Одні люди за одних і тих же умов діяльності відзначаються більшою стійкістю уваги, іншим така її стійкість не властива. Одні виявляють більшу зосередженість, концентрованість на роботі, іншим їх часто не вистачає. Неоднаковим буває у різних людей і вміння розподіляти, переключати увагу. Індивідуальні особливості уваги людини оцінюються як позитивні чи негативні залежно від того, наскільки вони відповідають вимогам життя і діяльності людини.

Негативні риси уваги часто об’єднуються під загальною назвою «*неуважність*», яка означає нестійкість уваги, поверхову її зосередженість, нездатність людини тривало затримувати свою увагу на виконуваному нею завданні, легке відволікання, розсіяність її уваги. Така розсіяність – вияв слабкості уваги людини, її нездатності тривало зосередитись на предметі діяльності, невміння володіти своєю увагою. Іноді вона є ознакою слабкості нервової системи, яка потребує зміцнення, оздоровлення.

Від такої розсіяності треба відрізнити розсіяність, що буває у людей, дуже зайнятих якою-небудь справою. Вона часто є предметом анекдотичних розповідей про деяких учених, філософів. Ця розсіяність полягає в їх неуважності до навколишніх явищ, власних дій, виникає внаслідок надзвичайної зосередженості на

проблемах, розв'язанням яких вони зайняті, й пов'язаного з цим недостатнього переключення уваги.

Позитивні й негативні риси уваги людини є результатом її виховання. Вони тісно пов'язані з іншими її якостями, зокрема з мотивацією діяльності, вмінням працювати тощо. На формуванні цих рис позначаються індивідуальні особливості нервової системи людини. Негативні особливості уваги іноді можуть бути тимчасовими, зумовленими станом організму, втому, нездужанням тощо.

Без уваги не можливі спостережливість – надзвичайно важлива якість медиків, якісне обдумування і виконання розумових завдань. Отже, необхідно тренувати і розвивати свою увагу. В похилому віці увага послаблюється. Однак, чим більше організованою і тренованою буде увага в молодості, тим краще вона збережеться у старості.

Порушення уваги з'являються і при втомі. Проте, чим більше натренованою є увага, тим менше наслідків втоми. А порушення уваги, які виникають при отруєнні алкоголем або інших інтоксикаціях, не можна попередити ніяким тренуванням.

Захворювання і травми, які погіршують стан нервової системи, негативно впливають на увагу. Передусім страждає продуктивність уваги – з'являються розсіяність, відволікання і зменшується об'єм уваги. Погіршується розподіл, переключення уваги дається важче. Це може призвести до неправильних дій хворих і потребує уважного нагляду за ними зі сторони медперсоналу.

Слід відмітити, що взагалі направленість уваги хворого відрізняється від направленості уваги здорової людини. Це пояснюється тим, що вибір інформації, що надходить у мозок, найбільшим чином залежить від потреб та інтересів самого суб'єкта. Наприклад, голодна людина, яка йде незнайомим містом, передусім буде помічати вивіски кафе і ресторанів.

Таким же чином у зону активної уваги хворої людини перш за все буде потрапляти інформація, пов'язана з його станом, особливостями перебігу захворювання та діагностично-лікувального процесу. Це потрібно враховувати і намагатись відволікти увагу хворого на іншу діяльність. Коли у хворого розвинувся черговий больовий напад або гострий пароксизм вегетативної дисфункції,

центр його уваги фіксується на цих відчуттях з відповідними переживаннями. Усе інше знаходиться на “периферії” усвідомленої уваги. У цей час не варто давати якісь рекомендації, що стосуються подальшого лікування (наприклад, перераховувати медикаменти, які хворий повинен купити на завтра). Хворий цю інформацію сприйме не уважно і майже нічого не запам’ятає або переплутає. Діловий контакт із хворим плідний лише тоді, коли він відволікається від інших турбот і уважно слухає медика. Щоб хворий уважно слухав вас, необхідно чуйно ставитись до нього. Увага взаємоіндукує співрозмовників.

Практичні поради

1. Систематично тренуйте у собі спостережливість і увагу, без яких практична діяльність медика буде неможливою.
2. Пам’ятайте, що з двох основних якостей медика (професіоналізму й уваги) більшість хворих ставить на перше місце саме уважне ставлення до них.
3. Будьте максимально уважні до хворих. Разом із тим, проявляйте тактовність. Настирлива увага до якогось хворого може викликати у нього підозру щодо несприятливого прогнозу та посилити тривогу і страх.
4. Пам’ятайте про прямий і зворотний взаємозв’язок хвороби й уваги. Відволікайте увагу хворого від неприємних переживань.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення поняття “увага”
2. Сутність домінанти.
3. Сутність мимовільної і довільної уваги.
4. Сутність зовнішньої і внутрішньої уваги.
5. Характерні особливості уваги: спрямованість, стійкість, нестійкість, переключення, зосередженість, інтенсивність, розподіл, обсяг (об’єм) уваги. Неуважність.
6. Причини, які негативно впливають на увагу.

Воля і діяльність

Воля – це здатність людини до саморегуляції своєї діяльності й різних психічних процесів для досягнення свідомо поставленої мети.

Дії, що свідомо регулюються, називають довільними, або вольовими.

Вольові дії характеризуються тим, що людина керується при їх виконанні свідомо поставленою метою і долає на шляху до її досягнення різноманітні зовнішні та внутрішні перешкоди. Внутрішні перешкоди – ставлення й установка людини, спрямованість особистості, перевтома, стан занедужання. Зовнішні перешкоди – обмаль часу, фінансових можливостей, фізичні властивості речей, опір інших людей тощо. Ці перешкоди, відображаючись у свідомості, спричиняють вольове зусилля, спрямоване на подолання труднощів. І. Павлов писав, що той, хто хоче виховати свою волю, повинен навчитись переборювати перешкоди.

Структура вольового акту

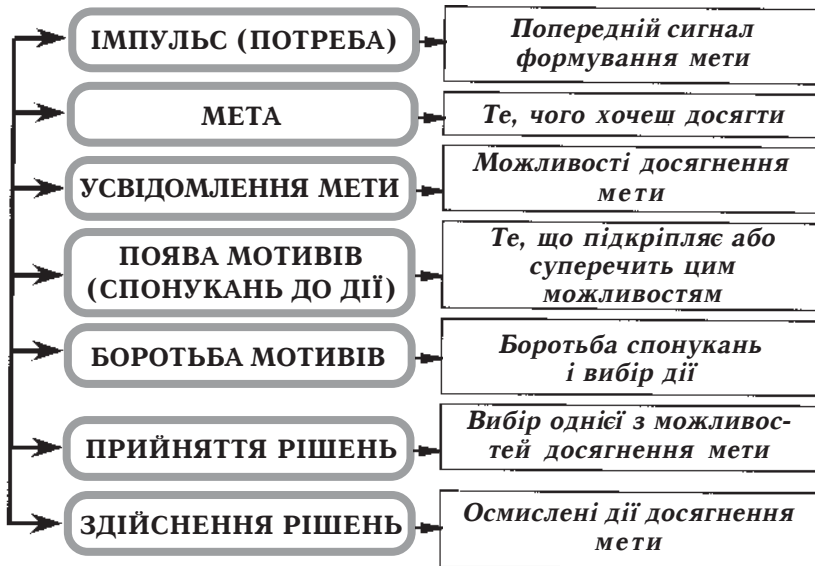
Основними елементами довільного, або вольового, акту є імпульс до мети, мотив діяльності, прийняття рішення, вибір способів та засобів діяльності й виконання рішення.

Імпульс – це пусковий сигнал попереднього формування мети.

Мета діяльності – це чітке усвідомлення того, чого хоче досягти людина, це бажаний результат, на отримання якого спрямована діяльність.

Мотивами називають внутрішні причини, які спонукають людину займатися тією чи іншою діяльністю, що зумовлено її потребами, інтересами і переконаннями. Найчастіше мотив збігається з метою діяльності, але в окремих випадках мотивом є та чи інша мета і, навпаки, до однієї мети можуть спонукати різні мотиви. Наприклад, дві молоді людини поставили собі за мету стати медиками. Але рушійним мотивом дій одного є щире бажання допомагати хворим, а другий вбачає в цьому лише засіб уникнути фізичної праці. Звичайно у свідомості людини є кілька мотивів і кінцевому рішенню передують складна їх боротьба. Боротьбу

СТРУКТУРА ВОЛЬОВОЇ ДІЇ І ВОЛЬОВІ ЯКОСТІ



мотивів, яка закінчується прийняттям рішення можуть супроводжувати глибокі душевні переживання особистостей.

Проте одні й ті ж вольові дії людина може виконати за допомогою різних *способів і засобів*. У результаті обдумування вона

вибирає певний шлях реалізації рішення і приймає остаточне рішення, яке намагається здійснити. *Прийняття рішення* – це здебільшого складний процес, що супроводжується внутрішньою боротьбою. Приймавши рішення, людина починає його виконувати. Але шлях від прийняття рішення до його виконання також нерідко супроводжується боротьбою понять, наприклад: «Розумію, що це зробити потрібно, але прикладати зусиль не хочеться». Отже, перехід від прийняття рішення до його виконання відбувається не завжди автоматично, здебільшого для цього людина використовує зусилля волі, що тісно пов'язане з іншими психічними процесами.

Успішність виконання будь-якої дії значною мірою залежить від того, наскільки людина знає способи і техніку її проведення. Засвоєння техніки прийомів виконання нової дії є складним процесом. Ці прийоми засвоюються шляхом наслідування і на основі вказівок людини, яка навчає (матері, педагога, майстра та ін.), в результаті чого у дитини чи дорослої людини створюється уявлення, що і як треба робити. На основі уявлення, за наявності необхідної кількості повторень, з'являються відповідні знання про виконання нової дії. Відтак людина вчиться виконувати складові елементи цієї дії і виробляє в себе потрібні вміння. Засвоєні й зміцнілі до автоматизму шляхом вправ способи дії називають навичками. Наприклад, людина хоче навчитись водити автомобіль, про що у неї є певне уявлення. Вона вивчає, що для цього є кермо, ручка переключення передач швидкості, педалі гальм і зчеплення, та знає їх призначення (це знання). Потім вчиться повертати кермо, переключати передачі швидкості, користуватись педалями (це вміння). Після належного навчання людина вчиться вести автомобіль (це навичка).

Інший приклад. Медичній сестрі необхідно навчитись робити внутрішньовенні ін'єкції. Після інструкції викладача і споглядання за виконанням цієї маніпуляції у студентки з'являється уявлення. Далі вона вивчає предмети, об'єкти й алгоритм дій (місцезнаходження поверхневих вен, визначення понять «шприц», «голка», правила заповнення шприца ліками, правила антисептики, користування джгутом і под.), у результаті чого отримує необхідні знання. Відтак медична сестра вчиться практично збирати шприц

і голку, набирати ліки, накладати джгут, дезінфікувати ділянку ін'єкції, фіксувати вену, робити прокол і т. д., що є вмінням. У результаті систематичних вправ виробляється навичка. Основною умовою вироблення навичок є вправа, сутністю якої є багатократне виконання однієї і тієї ж дії.

Коли дитина вчиться писати, вона довільно регулює свої рухи. У результаті систематичних вправ ці рухи стають автоматизованими й уже не вимагають постійного свідомого регулювання. Свідомість довільно регулює тепер не окремі рухи, а зміст писання. Коли людина навчилася ходити, вона не регулює свідомо рухи ніг, а лише слідкує за напрямком руху і зустрічними об'єктами (і навіть це здебільшого виконує підсвідомо). Звільнені в результаті вироблення навички увага, свідомість і воля можуть під час застосування цієї навички сконцентруватись на найбільш важливому в цій дії. Продуктивність діяльності при цьому значно зростає. Причому вольові зусилля усвідомлено спрямовуються на головну мету, а не на забезпечення елементів навички. Таким чином, чим менше доводиться “розкидатись” волі, тим більше вона концентрується на кінцевій меті, тим сильнішими стають спрямовані вольові процеси.

Ще більш дійовим шляхом зміцнення волі є вироблення корисних звичок.

Звичка – це вироблена навичка, яка стала потребою.

Звички людини різноманітні. Серед них виділяють звички гігієнічні (дотримуватись чистоти одягу, вмиватись, чистити зуби тощо), трудові (акуратно виконувати завдання, класти інструменти і вироби на певне місце та ін.), естетичні (бути охайним, дбати про красу в побуті тощо), моральні (бути ввічливим з іншими, вітатись із знайомими при зустрічах з ними, поступитись місцем у трамваї старшим людям та ін.).

Не всі звички є позитивними, корисними. Названі вище належать до корисних. Але є й негативні, некорисні звички. Наприклад, неакуратність у роботі, звичка запізнюватись, підмінювати роботу розмовами, не доводити розпочатої справи до кінця, «засмічувати» процес мовлення зайвими словами (“значить”, “так мовити”, “взагалі” й под.), вживати грубі, лайливі вислови і т. д.

Якщо людина виробила у себе достатню кількість корисних звичок, тоді їй не доведеться витратити волю на те, щоб примушувати себе виконувати елементарні, але необхідні дії (вчасно вставати після нічного сну, не запізнюватись, слідкувати за собою тощо). За цієї умови можна зосередитись на виконанні важливих завдань, які стоять перед людиною в даний момент, і сконцентрувати енергію вольових процесів більш раціонально на подолання існуючих перешкод.

Вироблення корисних звичок вимагає вольових зусиль. Як і всі психічні процеси, воля піддається тренуванню. Слабовільна людина, виробляючи у себе корисні звички, тим самим тренує свою волю.

У хворих внаслідок тривалої і тяжкої недуги воля послаблюється (особливо воля у психічно хворих, алкоголіків і наркоманів). Необхідно, щоб у процесі видужання хворий знову почав вчасно вставати, прибирати постіль, робити зарядку, чистити зуби, вмиватись тощо. Відновлення комплексу корисних звичок сприяє більш швидкому та повному видужанню і стає важливим елементом реабілітації і реадптації хворих. Воля тісно пов'язана з усіма психічними процесами, передусім з почуттями і мисленням. Могутнім рушієм волі є почуття, водночас сильна воля дає змогу людині володіти своїми почуттями і регулювати їх (як свідчить народна мудрість: "Дай серцю волю – заведе в неволю"). Зв'язок волі з мисленням проявляється в тому, що вольова дія – це передусім обдумана дія, бо людина спочатку повинна обміркувати, як чинити в даному випадку, як подолати перешкоди, що стоять на шляху до виконання завдання, скласти реальний план дій. І, нарешті, особливості вольових проявів суттєво характеризують особистість людини в цілому, є важливою складовою частиною її характеру. Здебільшого воля означає для людини більше, ніж талант. Якщо талант – це розвинені природні задатки, то тверда воля – це постійна переможна боротьба з інстинктами і потягами, примхами і перешкодами, власною лінню і небажанням щось робити, сумнівами і страхом приступити до нової діяльності.

Кожна людина має свій індивідуальний набір вольових якостей, від яких залежить не лише засвоєння навичок, але й вчинки

особистості. Основними якостями особистості є рішучість і сміливість, витримка і самовладання, наполегливість і терпіння.

Рішучість – це вольова якість, яка забезпечує приймання і виконання рішення без зайвих вагань. Нерішучі люди схильні сумніватись у тому, чи правильно прийняли рішення та вибрали спосіб його виконання, а тому часто не доводять справу до кінця. Важливою складовою частиною особистості є *смєливість*, тобто готовність людини йти на виправданий ризик і брати на себе відповідальність за ризикований вчинок.

Витримка і самовладання виявляються в умінні стримувати свої почуття і гальмувати імпульсивні дії, які заважають досягти поставленої мету.

Наполегливість – це одна з найважливіших якостей особистості, яка полягає в здатності довести справу до кінця, незважаючи на обставини, невдачі й перешкоди. Не слід наполегливість плутати з впертістю. Вона визначається установкою і зниженням критичної оцінки реальних обставин. Впертість здебільшого спрямована на утвердження свого авторитету, передусім у власних очах, коли людина хоче продемонструвати свою самостійність без достатніх на те підстав.

Терпіння є складовою частиною наполегливості. Ця вольова якість забезпечує вміння миритись з об'єктивними труднощами і спокійно їх переборювати на шляху до мети. Не слід терпіння плутати з пасивним підкоренням, яке є характерною рисою безвольної несамотійної людини.

Становлення людини як особистості й особистості медика відбувається лише за умови виховування і розвитку в себе необхідних вольових якостей. Медична сестра повинна активно робити добро і, разом із тим, бути принциповою. Бути доброю не означає бути “добренькою” і йти на поводу у хворих. “Добренькою” можна бути від душевної лінії і несамотійності. Сестра, яка не робить зауваження хворому, який порушує лікувальний режим, може мотивувати це тим, що не хоче засмучувати пацієнта і тим принести йому зло. Але порушення режиму є ще більшим злом. Так само не є добрим і медик, який закриває очі на недоліки в роботі й поведінці співпрацівників. Щоб відстояти свою позицію в цих ситуаціях, потрібно бути принциповим, самостійним і сміливим.

Медики стоять на сторожі здоров'я хворих, які нерідко бувають немічними. Їм часто доводиться виконувати неприємні обов'язки, особливо при наданні допомоги неохайним хворим. Яким би не був контроль, неможливо прослідкувати за кожним кроком медичної сестри. Саме воля, совість і самодисципліна не дозволять медику халатно ставитись до своїх обов'язків.

Медичні працівники завжди високо цінували свою професійну честь і гідність. Адже без поваги до медика є неможливою психотерапевтична дія на хворого, а без цього інші методи лікування будуть неефективними. Потрібно завжди добиватись цієї поваги.

Дехто вважає, що вони зберігають свою гідність, коли з погордою ставляться до хворих і їх родичів. Проте заслужити повагу можна лише чесною працею, яка неможлива без належних вольових якостей.

На жаль, у деякої частини населення зустрічається нешанобливе ставлення до відповідальної, благородної і, нерідко, важкої роботи медиків. Тут також необхідно бути твердим і принциповим. Поряд із цим, шануючи себе, медик зобов'язаний виховувати в собі належні професійні й вольові якості, без яких успішна діяльність буде неможливою.

Діяльність

У процесі діяльності змінюється як її об'єкт, так і суб'єкт, тобто зовнішній світ і особистість.

Результатом діяльності є опредмечування – втілення здібностей людини в продукти діяльності. У продуктах виробництва реалізується рівень отриманих знань про закони природи і суспільства.

Діяльність людини за своєю природою є соціальною. Важливим соціально-психологічним аспектом діяльності є рівень претензій і об'єктивних можливостей особистості. На основі співвідношення претензій з реально досягнутими результатами формується ставлення особистості до діяльності й власного "Я". Розходження між завищеними бажаннями і реальними можливостями особистості призводить або до посиленої роботи над собою, щоб розвинути свої здібності до бажаного рівня, або до вироблення захисних компенсаторних механізмів психіки.

Усяка діяльність зумовлює втому (фізіологічне явище, викликане затратою енергії і необхідністю її відновлення). Але і сама діяльність, і втома суб'єктивно переживаються у полярних почуттях задоволення або незадоволення дійсністю. У результаті цього може виникнути стан втоми або бадьорості. Суб'єктивне відчуття втоми може з'явитись ще до того як розвинеться справжня втома. І, навпаки, втома буває приємною при цікавій роботі, тоді втомлена людина відчуває себе бадьорою.

Є рухи і дії. За ступенем включення емоційно-вольових компонентів дії бувають вольові та імпульсивні. З віком кількість імпульсивних дій зменшується.

Функції діяльності:

1. Орієнтувальна.
2. Виконавча.
3. Контрольна.

Зміст діяльності:

1. Пізнавальний (перцептивний, мнемонічний, розумовий).
2. Емоційний.
3. Вольовий.

Діяльність буває репродуктивною і творчою (копіюючою і самостійною), в її результаті по-різному проявляються об'єктивна й суб'єктивна новизна і оригінальність.

Практичні поради

1. Волю можна розвивати. Постійно працюйте над зміцненням своєї волі. Пам'ятайте, що в долі людини воля значить більше, ніж талант.

2. Не потурайте розслабленню волі у хворих, адекватно активізуйте їх.

3. Постійно працюйте над виробленням і підтримкою практичних навичок, доведених до автоматизму. Ухилення від виконання маніпуляцій “розтреновує” навички.

4. Виконуючи свої обов'язки, рішучість і наполегливість адекватно поєднуйте з гуманним і душевним ставленням до хворих.

5. Працюючи з хворими людьми, проявляйте терпіння, але не дозволяйте розвинути у себе пасивному підкоренню як на ро-

боті, так і в житті. Пасивне підкорення – це прямий шлях до психологічного рабства.

6. Постійно дбайте про підтримання професійної честі й гідності, як власних, так і колег по роботі.

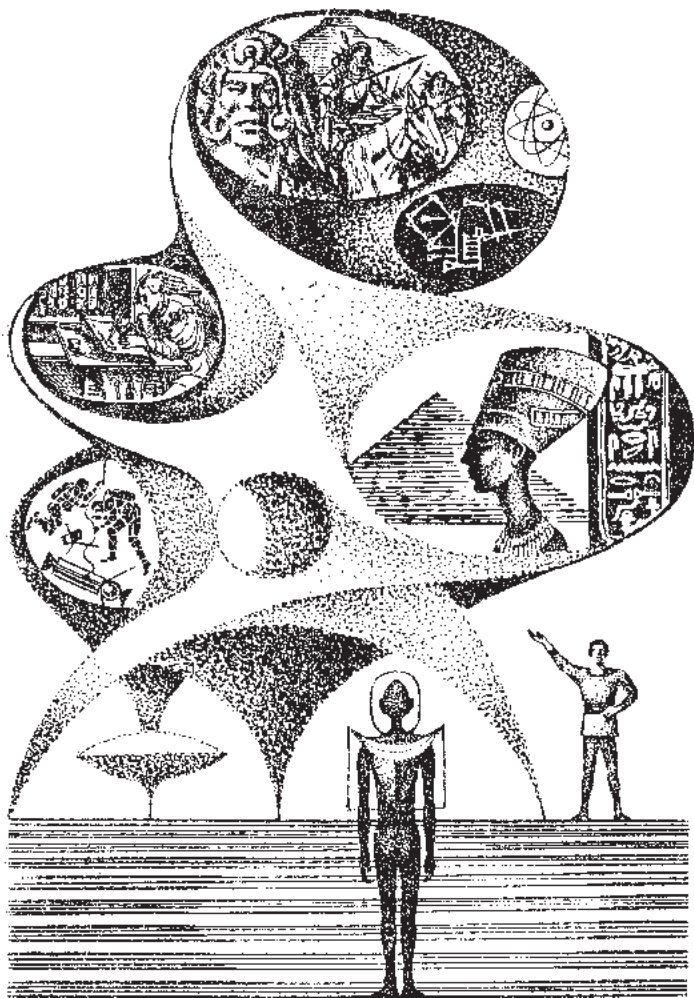
7. Критично оцінюйте свої можливості. Ставте перед собою конкретну, реальну для досягнення мету і добивайтесь виконання поставленого завдання.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення понять “воля” і “діяльність”.
2. Сутність складових частин вольового акту (імпульс, мета діяльності, мотив, боротьба мотивів, приймання рішення).
3. Сутність уявлення, знання, уміння і навички.
4. Сутність звички і потреби.
5. Зв’язок волі з іншими сферами психіки.
6. Основні вольові якості (рішучість, витримка і самовладання, наполегливість, впертість, терпіння).
7. Роль вольових процесів у професійній діяльності медиків.

СВІДОМІСТЬ

Свідомість – це вища, специфічно людська форма психічної діяльності, яка виникла і сформувалася в процесі трудової діяльності людини і є продуктом історичного розвитку суспільного буття людини. Вона визначає якість усіх психічних процесів.



Психологічна сутність свідомості полягає у можливості особистості виділити себе з навколишнього середовища, визначити своє ставлення до того, що її оточує, організувати цілеспрямовану діяльність.

Виникнення свідомості

Поява і розвиток свідомості є вершиною розвитку психіки. Безперечно, найбільш високо вона розвинена у людей. Науково встановлено, що у безпосередніх тваринних предків, які жили приблизно мільйон років тому, з'явилися біологічні передумови для майбутнього олюднення. Цьому значною мірою сприяли високорозвинений мозок і виражена диференціація функцій передніх та задніх кінцівок. У людиноподібної мавпи передні кінцівки поступово перестали виконувати функції пересування, в неї з'явилась можливість частіше використовувати природні предмети як допоміжні засоби задоволення органічних потреб.

Це створило природні передумови для виникнення трудових актів, чим було зроблено рішучий крок для майбутнього переходу від людиноподібної мавпи до людини.

Потреби життя змушували наших предків вдаватися до виготовлення знарядь, необхідних для добування їжі, полювання, будівництва житла тощо. Поступово виникли початки праці, яка, розвиваючись далі, дала можливість людським предкам не тільки пристосуватись до змінених умов життя, а й самим розвинулись і стати людьми.

Працеподібні дії спостерігаються і у тварин. Шимпанзе може користуватись палкою, підставками, але ці предмети не є знаряддями праці. Праця, що характеризується виготовленням знарядь та їх застосуванням, є здобутком лише людини і являє собою її специфічну рису.

Наступним фактором, який відіграв вирішальну роль в олюдненні мавпи, стала поява мови на основі розвитку другої сигнальної системи. Безперечно, це пов'язано з розвитком півкуль головного мозку й особливо, кори. У горили об'єм мозку 500-550 куб. см, у пітекантропа – 800-900, у синентропа – 850-1220, у неандертальців – 1000-1500.

Передумовою появи свідомості була спільна праця. Вона об'єднала первісних людей і породила в них потребу обмінюватись дум-

ками, сказати щось один одному. Люди почали голосовим апаратом відтворювати комплекс звуків, які означали певні предмети, явища, виробничі дії. Мова формувалась у процесі утворення суспільства. Свідомість людини виникла і розвивалась у мовній формі, як і мова виникла з потреби людей у трудовому спілкуванні.

Завдяки набуванню людьми досвіду, який закріплюється в мові, поступово розвинулась їх здатність виходити за межі безпосередньо даної ситуації, ставити перед собою певні цілі, планувати свої дії, передбачати їх результати та успішніше їх досягати. Це властиво лише людині. Чим більше люди віддалялися від тварин, тим більше їх діяльність набувала свідомого характеру.

Історичний розвиток свідомості людини був водночас і розвитком її самосвідомості.

Самосвідомість людини – це усвідомлення нею за допомогою мови себе самої, свого ставлення до природи й інших людей, своїх дій і вчинків, своїх думок і переживань.

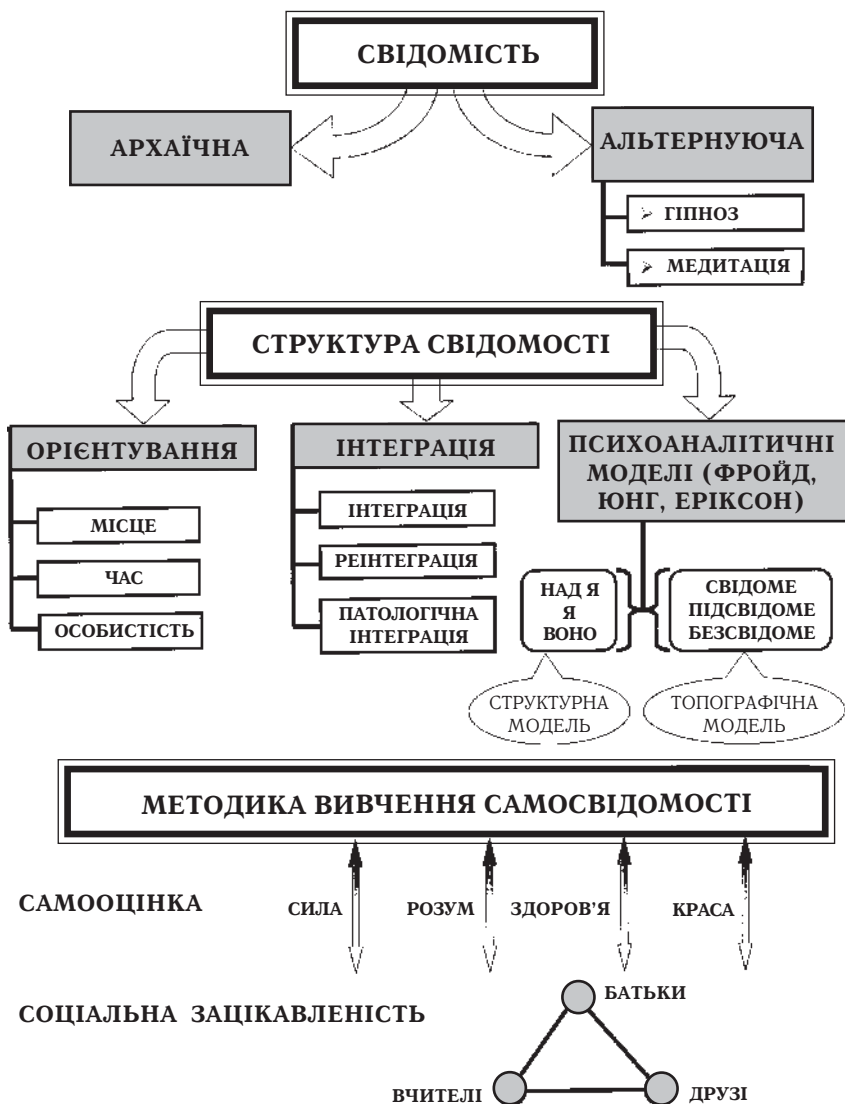
Розвиток самосвідомості людини виявився у формуванні її самостереження, критичного ставлення до себе, в оцінюванні своїх позитивних і негативних сторін, самовладнанні й відповідальності перед суспільством за свої вчинки.

Свідомість людини визначається її суспільним буттям. Тому правильно розуміти сутність свідомості можна лише враховуючи суспільні умови життя людини. Яким був і є спосіб життя людей, такою була і є їх свідомість.

З точки зору загальної, соціальної та медичної психології, психіатрії та медицини в цілому, проблема свідомості розглядається в декількох основних аспектах. Передусім виділяють такі головні стани свідомості та її рівні, як: 1) індивідуальна свідомість; 2) суспільна свідомість; 3) рівень бадьорості; 4) підсвідомий рівень; 5) безсвідомі процеси; 6) стан сну; 7) стан гіпнозу; 8) гіпноїдний стан; 9) стан медитації і трансу; 10) стан виключення свідомості; 11) стани патологічного затьмарення свідомості.

Сприймання, мислення, пам'ять, увага, мовлення, почуття і воля – все це неподільно пов'язане свідомістю людини. Таким чином, свідомість – це вища єдність усіх психічних функцій людини. Володіючи свідомістю, людина здатна віддавати собі звіт про те, що

СТРУКТУРА І МЕТОДИ ВИВЧЕННЯ СВІДОМОСТІ



вона сприймає, пов'язувати це з минулим досвідом, повною мірою передбачати майбутнє і на цій основі керувати своєю поведінкою.

Людська свідомість має суспільну природу, оскільки вона виникає і розвивається лише в людському суспільстві. Суспільна свідомість проявляється через мову, науку, мистецтво, мораль незалежно від волі й розуму окремих людей. Психологами встановлено, що 99 % думок, які ми вважаємо своїми власними, насправді є думками інших людей. Це розумові конструкції, вироблені спільним досвідом попередніх поколінь. Ми здебільшого їх лише модифікуємо і повторюємо, щоб залишитись у гармонії з навколишнім матеріальним і соціальним середовищем. Свідомість окремої людини тільки відносно не залежна від суспільної свідомості.

Свідомість індивідуума виявляється у двох формах: предметної свідомості та самосвідомості. Результатом першої є знання про світ, а другої – знання про себе і свої можливості.

Властивості свідомості:

1. Ясність – чітке і послідовне сприймання того, що відбувається в навколишньому середовищі, правильна орієнтація в ньому, адекватна діяльність усіх сфер психіки.

2. Обсяг – широта охоплення свідомістю певної ситуації і власних переживань.

3. Зміст – зміст асоціацій, що виникають під впливом різних подразників (зміст думок, переживань тощо).

4. Безперервність – єдність переживань минулого, сучасного і майбутнього.

Основними критеріями ясності свідомості є: 1) правильне орієнтування в просторі; 2) правильне орієнтування в часі; 3) правильне орієнтування у власному тілі; 4) правильна ідентифікація свого “Я”; 5) безперервність “потoku свідомості” (єдність минулого, теперішнього і майбутнього); 6) збереження здобутих знань і умінь; 7) можливість виділення свого “Я” як суб’єкта з об’єктивного світу; 8) можливість цілеспрямованої усвідомленої діяльності.

Самосвідомість – це здатність людини усвідомити себе як суб’єкт, виділити себе з навколишнього середовища (психічна функція відображення себе самого, аутопсихічне орієнтування).

Види усвідомлення себе самого (самосвідомості):

1. Самопочуття.
2. Усвідомлення єдності психічного “Я”.
3. Усвідомлення єдності соматичного “Я”.
4. Усвідомлення єдності “Я”, навколишньої природи і соціальної дійсності.

Етапи індивідуального розвитку свідомості:

1. Неспляча (до 1 року) – перші реакції на зовнішній світ, зміни стану внутрішніх органів.
2. Предметна (1-3 роки) – розрізнювання предметів зовнішнього світу.
3. Індивідуальна (3-9 років) – здатність виділити себе з навколишнього середовища, своє “я”
4. Колективна (9-16 років) – адекватне розуміння міжособистісних стосунків та стосунків у колективі.
5. Соціальна (16-22 роки) – усвідомлення своєї соціальної ролі в суспільстві.

Основною складовою частиною самосвідомості, поряд з усвідомленням свого “Я”, є виділення себе як суб’єкта з об’єктивного світу. В ранньому дитинстві дитина називає себе на ім’я або говорить: “Він хоче...”, “Вона буде...”. У цей період вона не виділяє поняття “минуле” і “майбутнє”, які усвідомлюються пізніше з розвитком другої сигнальної системи.

Уявлення людини про себе саму, свої психічні властивості та якості не завжди адекватно їх відображає, навіть коли вона суб’єктивно є зовсім широкою. У цьому випадку самосвідомість значною мірою характеризується адекватністю самооцінки, іншими словами – рівнем самокритики. Але сама самооцінка суттєво різниться світоглядом, який визначає норми цієї оцінки. Таким чином, щоб об’єктивніше оцінити свої якості, необхідно враховувати не лише власну думку, але й думки інших.

Поряд з усвідомленою діяльністю у людини відбувається багато реакцій і дій, які не усвідомлюються, хоча і регулюються нервовою системою. Деякі з них (наприклад, робота шлунково-кишкового тракту) взагалі не усвідомлюються, інші (кровообіг,

дихання) усвідомлюються частково. Розрізняють підсвідомі й безсвідомі процеси.

Так, свідомість не бере участь у ходьбі, коли ми автоматично обходимо дрібні перепони на дорозі. У сфері *підсвідомого* збирається інформація, яку людина запам'ятала і яка переходить у зону усвідомленого при згадуванні. Наші розумові процеси нерідко перебігають паралельно. Наприклад, ми довго не можемо вирішити важливу проблему. Тоді переключаємось на іншу, необхідну роботу, на якій нібито сконцентровано вся наша свідомість. Але насправді поза вогнищем активної уваги, в зоні підсвідомого, мозок продовжує шукати рішення. І воно нерідко приходить ніби само по собі, що прийнято називати інтуїцією. Встановлено, що велику роль в інтуїції відіграють емоції і почуття, а також установка на необхідність виконання завдання. Отже, підсвідомими є ті процеси, які перебігають без усвідомлення, але при потребі переходять у сферу свідомості й свідомо осмислюються людиною.

Крім підсвідомих процесів, у людини існує велика сфера *безсвідомого*, яка значною мірою визначає особливості індивідуума. Те, що неусвідомлені психічні процеси притаманні людській психіці, було відомо з давніх часів. Але вперше широко досліджувати цю проблему став Зігмунд Фройд на зламі XIX і XX століть. Він переконливо довів існування сфери безсвідомих потягів та пояснив їх структуру й особливості функціонування.

У структурі співвідношень безсвідомого і свідомого З. Фройд виділив глибинне “Воно”, яке є прихованою сутністю психології людини. Поряд з “Воно”, стверджував З. Фройд, існує “Я” – сфера свідомості. “Воно” примушує “Я” діяти відповідно до безсвідомого потягу, що повинен відповідати “принципу задоволення”. Але “Я” звичайно керується не “ним”, а “принципом реальності”. У цьому йому допомагає “Над-Я”, що є нормальним цензором і носієм установок суспільства.

Основою психічного життя З. Фройд вважав “Воно”, яке складається з інстинкту життя “Ерос” (статевий потяг) та інстинкту смерті “Танатос”. Оскільки “моральна цензура” не допускає

прямого впливу енергії безсвідомих потягів (головним чином сексуальної енергії) на свідому діяльність, ця енергія “розряджається” у вигляді діяльності, яка є прийнятною для індивідуума і суспільства. Такий психічний процес називають сублимацією, різновидністю якої є творчість.

Дещо пізніше інші дослідники (перш за все Адлер і Юнг) відкинули примітивне уявлення З. Фрейда про “Воно” і довели, що сфера безсвідомого має складну структуру (характери, комплекси, архетипи, потяг до агресії тощо). Задоволення одних комплексів приносить добро індивідууму і тим, хто його оточує (наприклад, реалізація “комплексу Тетчер” Прем’єр-міністром Великобританії). Реалізація інших приносить самозадоволення, але нещастя іншим (“комплекс Наполеона” у Гітлера і Сталіна). Нереалізація комплексу призводить до зміни стилю життя і занять (творчість) або, частіше, є причиною захворювань. На вивченні безсвідомих процесів ґрунтується один з методів психотерапії – психоаналіз.

Поняття “підсвідомі” й “безсвідомі психічні процеси” не є тотожними. Інформація із сфери підсвідомого за необхідності усвідомлюється. Безсвідомі процеси ніколи прямо не переходять у зону свідомості. Вони проявляють себе лише “мовою символів” (зашифровані сни, особливості поведінки, здоров’я і стилю життя). Певною мірою про стан сфери безсвідомого можна судити за результатами так званих прожективних тестів.

Одним із фізіологічних станів свідомості є *сон*. Довгий час вважали, що сон – це просто повний відпочинок організму, який дозволяє йому відновити сили. Дійсно, нестача сну суттєво впливає на загальний і психічний стан людини: деякі люди засинають навіть у стоячому положенні, інші галюцинують, марять або перестають сприймати дотикові, зорові чи слухові подразнення. Сутність сну розуміють як внутрішнє гальмування, що захоплює більшість клітин кори і розповсюджується на підкірку. Правда, І. Павлов довів, що під час сну в корі головного мозку наявні “сторожові пункти”. Наприклад, мати, яка годує, спить, але варто немовляті подати голос, як вона тут же прокидається.

Дослідження останніх десятиліть показали, що нормальний сон має свою специфічну структуру. За допомогою електроенце-

фалогографічних досліджень і вивчення мимовільних рухів, а також тонусу м'язів, встановлено, що під час сну чергуються повільна і швидка його фази. Під час нічного сну звичайно повторюються п'ять таких циклів, кожен з яких триває приблизно 90 хв. Незважаючи на те, що швидкий, або парадоксальний, сон займає 20 % часу (80 % припадає на повільний сон), він має дуже важливе значення. Яскравими сни бувають саме під час швидкої фази. Коли в ході експериментів, людину будили при перших же ознаках швидкого сну, тобто не давали йому розвинути, протягом кількох ночей, то потім, коли її не будили, частка швидкого сну значно збільшувалась. Встановлено, що приймання алкоголю, наркотиків і снодійних ліквідуює швидку фазу і сон стає хоч глибоким, але неповноцінним. Під час сну в період абстиненції тривалість швидкого сну збільшується. Організм ніби компенсує нестачу цієї необхідної фази сну.

Під час сну відбувається активна переробка отриманої за день інформації. Саме у стані сну більша частина необхідної інформації переходить з блоку короткотривалої у блок довготривалої пам'яті. Під час сну інтенсивно перебігають підсвідомі розумові процеси. Нерідко правильне остаточне рішення приходить під час нічного сну або відразу після прокидання.

Отже, сон має велике значення для фізичного і психічного стану людини. Медична сестра повинна оберігати повноцінний сон хворих. Нерідко можна побачити, що хворі, вимучені недугою і неприємними переживаннями, засинають пізно, а санітарки о 5-й годині ранку розпочинають основне прибирання відділення чим створюють шум і будять пацієнтів, які не відпочили. У цьому випадку потрібно добитись і прослідкувати, щоб головне прибирання проводилось ввечері.

Гіпноз – це штучно викликаний своєрідний сон або дрімота, коли на тлі розлитого гальмування кори головного мозку в ньому формується і підтримується активне функціонування так званої зони “рапорту”, за допомогою якої людині передається бажана інформація.

Ця інформація сприймається без критичного осмислення. Вона діє, в основному прямо на різні функціональні системи організму, викликаючи ті чи інші стани залежно від ступеня навіюваності,

співвідношення першої і другої сигнальної систем та майстерності особи, яка проводить гіпноз. Гіпноз у різних модифікаціях є однією з форм навіювальної психотерапії.

Психологами встановлено, що у людини, яка не спить, свідомість не є повністю ясною. Епізоди абсолютно ясної свідомості розвиваються відносно рідко під час надмірного душевного підйому (наприклад, у запалі творчого натхнення), а також внаслідок прийняття психостимуляторів. Складовою частиною звичайного стану свідомості людини є наявність так званої гіпноїдності. Рівень гіпноїдності визначається ступенем навіюваності. Сутність її полягає в тому, що звичайна людина підсвідомо прагне перенести власну відповідальність за свої рішення і вчинки на іншу, більш “авторитетну” особу. Якщо цей “авторитет” передає людині відповідну інформацію, яка імпонує її установці в даній ситуації, то критичне усвідомлення й осмислення цієї інформації зменшуються. Це зниження критичності може бути суттєвим, особливо коли створюється емоційно насичена домінанта, яка є важливою для людини в даній ситуації. Гіпноїдність є характерною для звичайного стану кожної людини. Цим користуються різноманітні шахраї (наприклад, цигани, навколomedичні шарлатани, “пророчиці” тощо).

Для гіпноїдності характерною є взаємоіндукція, що спостерігається в емоціях і поведінці натовпу (наприклад, мітинги екстремістського спрямування). Високий рівень гіпноїдності властивий дітям і незрілим особистостям (особливо художнього типу). Він зростає при втомі, хворобах, а також при певних установках людини (наприклад, на очікування бажаного ефекту).

У медичній практиці феномен гіпноїдності використовується при проведенні прямої й опосередкованої раціональної психотерапії, де велике значення мають особистість і авторитет медика, який здатний викликати стан своєїрідної “зачарованості” у хворого чи пацієнта. Медична сестра завжди повинна пам’ятати, що особистість медика має надзвичайний вплив на психіку хворого, внутрішню картину хвороби. Адекватна дія на хворого через його гіпноїдність приносить користь, необережне використання цього феномена зумовлює появу ятрогеній.

З другої половини ХХ століття у психологів і медиків виріс інтерес до таких особливих станів свідомості, як *медитація* і викликані нею переживання так званих трансів. На Сході медитація відома вже багато століть, це особливий стан зміни свідомості й функцій організму, здійснений за бажанням суб'єкта.

Сутність медитації полягає в настільки різкому обмеженні поля екстравертованої свідомості, що мозок буде ритмічно реагувати на той стимул, на якому сконцентрував свою увагу суб'єкт. Існує декілька способів досягнення цієї мети: сконцентрувати свою увагу на думках або фізичних відчуттях; використовувати ритмічні танці (деревіші, шамани); практикувати йогу, яка робить акцент на володінні тілесними позами і диханням; застосовувати трансцендентальну медитацію з мантрами або ритмічним глибоким диханням під спеціальну музику тощо. У всіх цих випадках мозок починає все більше і більше синхронізувати свою електричну активність, що виявлено за допомогою електроенцефалографії.

Особи, які засвоїли техніку медитації, мають різноманітні суб'єктивні відчуття. Крім того, вони ніби переживають періоди раннього дитинства або злиття з “вічністю” і “космосом”. Деякі люди в стані трансів здатні за власним бажанням сповільнювати скорочення серця або зменшувати вживання кисню і навіть викликати у себе своєрідний стан парабіозу у вигляді летаргії. Встановлено, що медитація приносить тому, хто її практикує, реальне суб'єктивне задоволення. Останнім часом вона використовується як один із методів психотерапії. Як підкреслюють західні психологи і психотерапевти, цей спосіб дозволяє багатьом перемогти стрес, не вступаючи для цього ні в яку секту.

Ще одним своєрідним станом свідомості й емоцій є так звані пікові, або пароксизтичні, моменти екстази. У ці моменти людина відчуває “розширення” свідомості, в неї з'являються своєрідні почуття, порівняно з якими реальна буденність здається “тьмяною” (наприклад, стан альпініста, який один досяг вершини гори, або любителя інших ризикованих видів спорту). Умови сучасного життя не дають людині широкої можливості вступати в єдиноборство із силами природи за виживання. Деяких людей такий стан життя не влаштовує, і вони шукають ризиковані методи

уникнення цього виду сенсорної депривації. Балансування на межі “мої можливості – смертельна небезпека” приносить їм безперечне задоволення. Це один із шляхів своєрідної стимуляції центру “задоволення”. Інші стимулюють цей центр вживанням наркотиків, азартними іграми, різними хобі, що має узагальнену назву – наркотизм.

З усіх сфер психіки саме питання, пов’язані із станом свідомості, мають найбільш важливе значення в щоденній практиці медиків. Виключення свідомості різного ступеня і тривалості (знепритомлення, оглушення, коматозні стани різної етіології) свідчать про різке погіршення загального стану хворого і вимагають надання йому невідкладної адекватної допомоги. Стани якісного затьмарення свідомості (делірій, аменція, онейроїд, сутінки тощо) є ознаками психозу. Детально патологію свідомості вивчають на курсі “Психіатрія”.

Формування свідомості

Свідомість формується у віці від 3 до 5 років. Відтак вона лише розвивається, збагачується змістом і досвідом, а також трансформується під впливом дії відповідних факторів.

Формування свідомості характеризується такими ознаками: 1) перехід дитини від діалогів уголос з уявними співрозмовниками до діалогів “про себе”; 2) самоусвідомлення свого “Я” з виділенням себе з навколишнього середовища, що супроводжується початком застосування прийменника “Я” і відмовою від називання себе у третій особі; 3) поява вольових процесів (основним проявом цього є слова “Я хочу...” і розуміння значення понять “можна” і “не можна”, які випливають із свого “Я”, а не є пасивним відображенням лише позиції батьків); 4) значне збагачення запасу понять і асоціацій із внутрішньою потребою пізнати сутність явища, що супроводжується постійним запитанням до батьків “Чому?”; 5) диференціювання понять “минуле”, “теперішнє”, “майбутнє”.

Однією з умов формування гармонійного характеру є те, що свідомі прагнення людини повинні знаходити “опору”, а не лише перешкоду в підсвідомих “пластах” її душі. Інакше може розвинутихся розлад між думками і діями. Наприклад, на рівні

свідомості людина розуміє, що потрібно бути відповідальною, і щиро хоче не підвести інших людей. Проте на підсвідомому рівні у неї закріплені егоїзм і безвідповідальність. Внаслідок цього при всіх своїх бажаннях вона, як діловий партнер, нікуди не годиться.

Таким чином, дитинство є важливим етапом формування особистості й свідомості як вищої форми психічної єдності. Після зустрічі А. Енштейна з Піаже великий фізик сказав: “Тепер я зрозумів, що атомне ядро є дитячою грою порівняно з дитячою грою”. А Толстой писав: “Від п’ятирічної дитини до дорослого – один крок, а від народження до п’яти років надзвичайно тривала дорога”. Прищеплене у дитинстві формує особистість і її долю. Про це потрібно завжди пам’ятати батькам і вихователям.

Практичні поради

1. Уважно слідкуйте за станом свідомості й самосвідомості хворого. Про виявлені зміни у цій сфері негайно сповіщайте лікаря.
2. Особливу увагу звертайте на самопочуття хворого, яке найбільш точно відображає стан його фізичного і психічного здоров’я.
3. Оберегайте сон хворого. Слідкуйте за спокоєм під час нічного сну і денного відпочинку пацієнта.
4. Не допускайте контакту хворих з високим рівнем гіпноїдності з різноманітними навколomedичними шахраями.
5. Слідкуйте за станом власної свідомості. Не допускайте первотми.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення поняття “свідомість”.
2. Виникнення і розвиток свідомості у людини.
3. Властивості свідомості.
4. Етапи індивідуального розвитку свідомості.
5. Критерії ясності свідомості.
6. Визначення поняття “самосвідомість”.
7. Структура самосвідомості.
8. Сутність підсвідомих і безсвідомих процесів.
9. Сутність сну, гіпнозу і гіпноїдного стану.
10. Стани медитації і трансу.
11. Основні види виключення свідомості.
12. Формування свідомості у дитини.

ЗАГАЛЬНЕ ПОНЯТТЯ ПРО ОСОБИСТІТЬ. ПСИХІЧНІ ЯКОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Відомо, наскільки різноманітні люди, їх індивідуальні якості. Не існує двох зовсім однакових людей, двох однотипних індивідуальностей.

Індивідуальні особливості людини, що виявляються в певній її збудливості, емоційній вразливості, врівноваженості й швидкості перебігу її психічної діяльності, називають темпераментом.

Останній являє собою динамічну характеристику поведінки людини.



Фізіологічні основи темпераменту

На основі експериментальних даних І. Павлов виділив 4 основних типи нервової системи:

1. Сильний, неврівноважений. Йому властиві сильні процеси, але без належної пропорції і врівноваження: обидва процеси сильні, але гальмування відстає, переважає збудження.

2. Сильний, врівноважений (процес збудження добре балансується з процесом гальмування), рухливий.

3. Сильний, врівноважений, малорухливий (інертний).

4. Слабкий – процеси збудження і гальмування слабкі.

Ці типи вищої нервової діяльності, на думку Павлова, відповідають чотирьом темпераментам, наявність яких встановлена ще в стародавні часи, а саме: сильний, неврівноважений – холеричному; сильний, врівноважений, рухливий – сангвінічному; сильний, врівноважений, інертний – флегматичному; слабкий – меланхолічному.

За Павловим, темперамент – це найзагальніша характеристика кожної людини, її нервової системи.

Характеристика основних типів темпераменту

Характерними рисами *холеричного* темпераменту є передусім те, що збудливі рефлекси у нього виробляються легко і залишаються стійкими при різноманітних умовах, гальмівні ж рефлекси виробляються з труднощами. Антагонізм двох протилежних процесів – збудливого і гальмівного – призводить до зриву нервової діяльності з боку гальмування.

“Холеричний тип – це бойовий тип, що легко і швидко подразнюється” (Павлов). Для нього характерна циклічність у діяльності й поведінці. То він з усією пристрасстю віддається справі, дуже захоплюється працею, що його цікавить, енергійно переборює які завгодно труднощі на шляху до мети, то під впливом несподіваних факторів (незаслужена образа і под.) у нього з’являється “слинявий настрій”, як образно висловлювався Павлов. Непостійність настрою і циклічність у поведінці холерика є наслідком неврівноваженості його вищої нервової діяльності, що виявляється в переважанні збудливого процесу, недостатності гальмівного і, зокрема, неврівноваженості кіркової та підкіркової діяльності. Інтенсивна підкіркова діяльність у нього не завжди достатньо

ТЕМПЕРАМЕНТ І ТИПИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

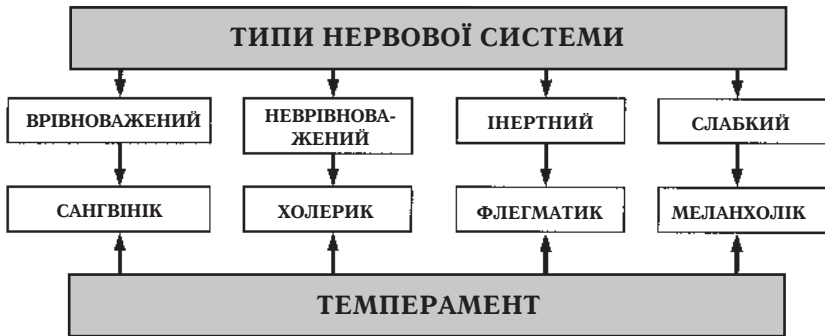


СХЕМА ЗАЛЕЖНОСТІ ТЕМПЕРАМЕНТУ ВІД КООРДИНАТ ТИПУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ



ДВА ОСНОВНИХ ВИМІРИ ОСОБИСТОСТІ (ЗА АЙЗЕНКОМ)

регулюється корою. Особливо це спостерігається при важких обставинах, коли люди цього типу не можуть знайти правильного рішення, а також при сильних емоційних впливах.

Циклічність у поведінці та переживаннях холерика Павлов пояснює так: коли у сильної людини немає рівноваги збудження і гальмування, то вона, “захопившись якою-небудь справою, надмірно налягає на свої можливості й сили, врешті-решт надривається, виснажується більше, ніж слід, працює до нестями”.

Вольові дії холерика поривчасті. У доброму настрої, при виконанні захоплюючої справи він спроможний до сильної концентрації уваги, але виявляє недостатню здатність до комплексної реактивності та переключення уваги. Холерик відзначається підвищеною збудливістю й емоційною реактивністю. Інколи спостерігається емоційна генералізація. Він буває запальним, різким у відносинах, прямолінійним.

При *сангвінічному* типі темпераменту умовні рефлекси, як збудливі, так і гальмівні, утворюються легко, є міцними і точними. При антагонізмі двох протилежних нервових процесів у них не виникають зриви вищої нервової діяльності. Сангвінік легко збуджується і так само легко гальмує свої бажання. “Сангвінік гарячий, дуже продуктивний діяч, але лише тоді, коли в нього багато цікавих справ, тобто є постійне збудження, коли ж їх немає, починає нудьгувати, стає млявим” (Павлов).

Сангвінік дуже рухливий, завдяки врівноваженості нервових процесів він легко пристосовується до нових умов життя, швидко знаходить контакт у стосунках з людьми, що його оточують, відзначається товариськістю, в колі нових людей тримає себе вільно. Серед своїх товаришів веселий, життєрадісний, охоче бере на себе організаторські обов’язки. Почуття у сангвініка виникають дуже легко і так само легко змінюються. Настрій у нього здебільшого оптимістичний.

Швидке і легке утворення нових тимчасових нервових зв’язків у сангвініка, легка їх переробка, рухливість стереотипу виявляються в гнучкості його розумової діяльності. Він швидко схоплює все нове і відзначається комплексною реактивністю, легким переключенням уваги. Безумовні рефлекси повністю регулюються у нього функціонально сильною корою. Кіркові реакції у сангвініка інтенсивні й переважно відповідають силі подразників. Характерною для нього є оптимальна взаємодія кори і підкірки, внаслідок чого він легко контролює свої емоції відповідно до середовища.

Риси сангвінічного темпераменту також по-різному проявляються, що залежить від спрямованості діяльності людини. В осіб, позбавлених серйозних інтересів у житті, вони бувають пов'язані з легковажністю, порожнечою, нестійкістю і поверховістю.

Флегматичний темперамент характеризується тим, що умовні рефлекси в осіб, яким він властивий, утворюються дещо повільніше, ніж у сангвініка, але вони також є досить стійкими. Реакції оптимально пристосовані до сили умовних рефлексів, тобто люди цього типу адекватно реагують на впливи середовища: слабкі подразники викликають слабку, сильні – сильну реакцію, але через свою інертність вони нерідко не встигають реагувати на швидкі зміни середовища.

Флегматики відзначаються нормальною взаємодією між кірковими і підкірковими процесами. Це дає їм можливість контролювати, затримувати і регулювати безумовні рефлекси й емоції. У своїй поведінці, розмові вони повільні, спокійні й неквапливі. Міміка у них недостатньо виражена. Коли з'являються труднощі, флегматики підвищують свою активність і всякими способами намагаються побороти перешкоди.

“Флегматик – це спокійний, завжди рівний, наполегливий і завзятий трудівник життя” (Павлов). Він відзначається посидючістю, стійкістю уваги. Переключення уваги в нього трохи вповільнене, комплексна реактивність висока. При наявності у флегматика сильного гальмування, яке врівноважує процес збудження, він легко стримує свої імпульси, поривання і працює зосереджено, точно дотримується виробленого розпорядку життя. Побічні зовнішні подразники не відвертають його від основної праці.

Почуття у флегматиків виникають повільніше, ніж у сангвініків і холериків, але нерідко відзначаються силою, тривалістю і водночас стриманістю у своїх зовнішніх проявах, слабкою експресивністю. У звичайних умовах флегматик спокійний, рівний у відносинах з іншими людьми, рідко “виходить із себе”, не схильний до афектів, у міру товариський, не любить марно базікати. Він відзначається великим терпінням і самовладанням, завдяки чому домагається високої продуктивності своєї роботи. Можна вважати, що інертність нервової системи – це і малі показники швидкості

в її роботі, і високі показники міцності окремих зв'язків та їх систем. Особливості флегматичного темпераменту теж по-різному проявляються залежно від широти, змістовної і суспільної важливості інтересів людини та рівня її розумового розвитку.

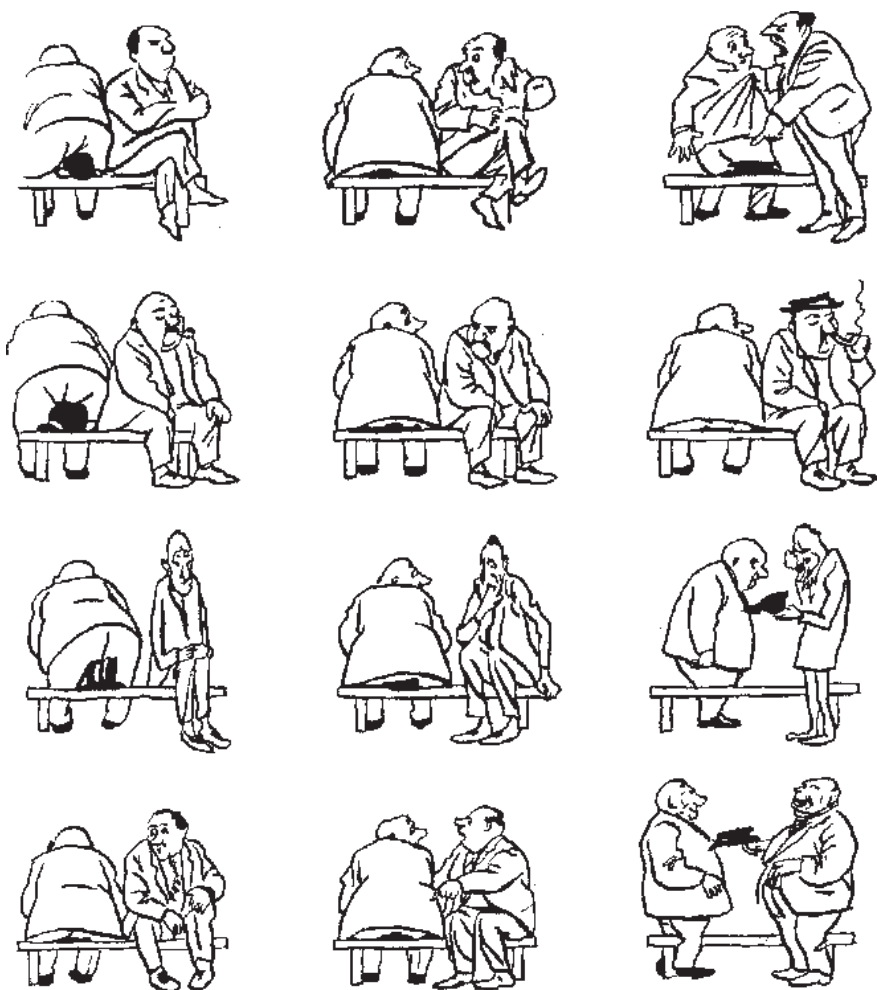
Вища нервова діяльність *меланхоліка* характеризується слабкістю як збудливого, так і гальмівного процесів. Збудливі умовні рефлекси у нього є нестійкими, від найменшої зміни оточення легко гальмуються. Реакції меланхоліка часто не відповідають законів сили подразників. У нього особливо послаблене внутрішнє гальмування з переважанням зовнішнього гальмування. Внаслідок цього людям цього типу властиві легке відхилення уваги, низька комплексна реактивність, недовготривале зосередження на об'єктах діяльності. Слабкість гальмування і невірноваженість між збудливими та гальмівними процесами призводять до того, що будь-який сильний вплив на меланхоліка з боку людей, що його оточують викликає у нього застійні гальмівні стани.

Меланхолік важко переживає зміну життєвого оточення, що вимагає зміни динамічних стереотипів. Людина слабого типу, потрапляючи в нові умови життя, дуже розгублюється. Через те вона схильна до астеничних емоцій, вразлива. Почуття меланхоліка відзначаються повільністю свого перебігу, стійкістю і слабкою експресивністю. Для меланхоліка часто характерними є пасивно-захисний рефлекс і рефлекс природної обережності. Тому він буває надміру сором'язливим, замкненим, боязким, нерішучим. У спокійному і звичному для нього оточенні меланхолік відчуває себе добре, є прекрасним трудівником і успішно справляється з життєвими завданнями.

Описані типи темпераменту у своєму чистому вигляді рідко трапляються в житті. У більшості людей поєднуються риси різних типів темпераменту.

Темперамент не визначає здібностей людини і позбавлений самостійного значення. Той чи інший темперамент сам по собі не є ні поганим, ні добрим, усе залежить від інших якостей особистості. Так, наприклад, при низькому моральному рівні людини риси холеричного темпераменту можуть виявитися вкрай негативно в нестриманості, грубості, схильності до афективних спалахів, які де-

РЕАКЦІЯ ЛЮДЕЙ З РІЗНИМ ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТУ НА СИТУАЦІЮ (ЗА Х. БІДСТРУПОМ)



зорганізують діяльність цієї людини і тих, хто її оточує. Навпаки, при наявності високих суспільних ідеалів і належних стійких моральних переконань особливості холеричного темпераменту виявляються в пристрасті, енергії і невтомності, тобто в якостях, дуже

корисних у відповідальній справі, яка вимагає великого напруження і термінового виконання. Флегматик буде виконувати будь-яку роботу незалежно від того, цікава вона чи ні, щоправда темп виконання буде дещо повільним. Сангвінік згуртовує колектив навколо себе, прекрасно “розряджає” несприятливу обстановку. Меланхолік є незамінним у випадках, коли для вирішення проблеми потрібна надзвичайна делікатність.

Медики повинні враховувати особливості темпераменту і складу особистості при спілкуванні з хворими та їх родичами. Потрібно пам’ятати, що для сангвініків і холериків характерною є екстравертованість, тобто їх реакції і діяльність залежать переважно від дії зовнішніх чинників, які викликають певне враження в даний момент, для флегматиків і меланхоліків – інтровертованість, тобто їх діяльність значною мірою визначається уявленнями і думками, пов’язаними з минулим і майбутнім. Ось чому сангвінік і холерик відразу зреагують на ваше зауваження, а флегматик і, особливо, меланхолік зовні можуть не дати помітної реакції, але довго будуть це зауваження переживати.

Особливості вищої нервової системи у людей характеризуються також, за даними І. Павлова, тим чи іншим співвідношенням двох сигнальних систем. Особливості цих співвідношень надають психічній діяльності людини специфічно людські типи способів відображення дійсності.

І. Павлов встановив, що існують дві основні категорії людей (художники і мислителі). У їх мисленні є різка відмінність. Одні – художники, письменники, музиканти, малярі й ін. – схоплюють живу дійсність цілком і повно, без усякого дроблення і роз’єднання. Інші (мислителі) саме дроблять її, піддають детальному аналізу, а потім поступово ніби збирають її частини, в результаті чого отримують здебільшого щось ближче до абстрактного поняття, а не живу дійсність.

Крім художнього і розумового розрізняють змішаний тип мислення, який зустрічається найчастіше і має риси обох типів. У хворих з художнім типом надзвичайно розвинена уява, вони схоплюють і можуть “копіювати” зовнішні прояви хвороби, які побачили в інших хворих. “Мислителі” все піддають аналізу, в кожному явищі,

в тому числі й у своїй хворобі, прагнуть пізнати сутність. Ці особливості необхідно враховувати медику при спілкуванні з хворими.

Характером називають сукупність найбільш істотних рис особистості, які визначають її вольові якості, а також найтипівіші способи ставлення до людей, до своєї діяльності й до самої себе та основний тип нервово-психічного реагування в різноманітних ситуаціях.

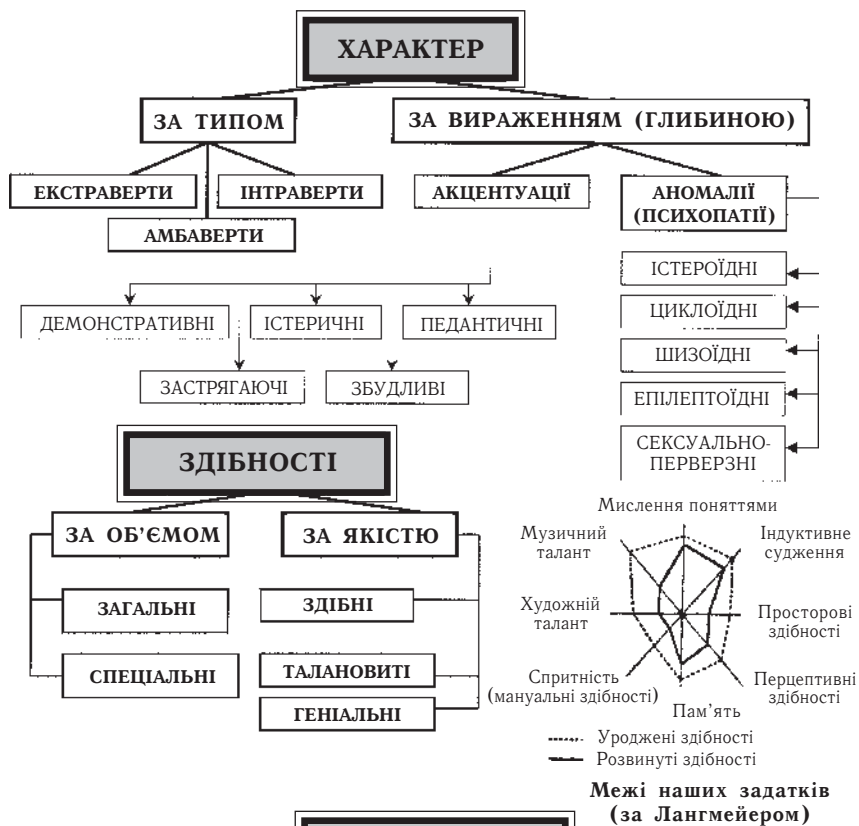
Характер формується на базі темпераменту, але ці поняття не є тотожними: 1) темперамент визначає в основному, динамічну сторону нервово-психічних процесів, а характер – їх спрямованість; 2) темперамент у чистому вигляді можна визначити у дітей, а характер – у більш зрілому віці; 3) темперамент здебільшого проявляється при звичайних обставинах, а найбільш суттєві риси характеру при критичних і екстремальних (коли і меланхолік здатний на героїчний вчинок); 4) на відміну від темпераменту і співвідношення сигнальних систем, які залежать, в основному, від уродженого фактора, характер здебільшого визначається впливом виховання, навчання, соціального середовища, в якому перебуває особистість, стосунками в сім'ї, колективі. Необхідними рисами характеру медика є поміркованість, принциповість, мужність, скромність, доброзичливість, суворість і, особливо, емпатія, емоційне співпереживання. Для медичного працівника емпатія – це показник професійної придатності. Крім виявлення й усунення причини захворювання, медик повинен уміти активно втрутитись у психічний стан хворого, надаючи належну допомогу.

Авторитет у хворих мають ті медичні працівники, в яких висока професійна підготовка поєднується з розвиненим почуттям обов'язку, моральними і душевними характерологічними якостями.

Практично всі хворі, оцінюючи особистість медика, вважають ставлення до себе найважливішим і надають перевагу таким якостям, як комунікабельність, співпереживання (емпатію), уважність, співчуття, чесність і принциповість. Не всі хворі розуміють доцільність тих чи інших лікувальних і діагностичних процедур, але всі вони відчувають потребу в емпатії, теплих словах, душевній підтримці.

Людина не завжди об'єктивно оцінює свій характер. Люди, що оточують, так само не завжди відразу можуть правильно оці-

ХАРАКТЕР, ЗДІБНОСТІ ТА ІНТЕЛЕКТ



Межі наших задатків (за Лангмейером)

ІНТЕЛЕКТ

IQ	Класифікація інтелекту за Векслером	% популяції
130 і вище	дуже високий	2,2
120-129	високий	6,7
110-119	“відмінна норма”	16,1
90-109	рівень інтелектуальної більшості	50,0
80-89	знижена норма	16,1
70-79	граничний клас	6,7
69 і нижче	розумовий дефект	2,2

нити інших. Так, звичайну сором'язливість і нерішучість, коли зникає вільній людині важко встановити контакт, можна трактувати як гордість, зарозумілість і замкнутість.

В. Гюго вважав, що у кожної людини є три характери: той, який вона сама собі приписує, той, що їй приписують інші, й на решті, той, який має насправді.

Одна і та ж людина в різних ситуаціях поводить себе по-різному. Такі різні стилі поведінки визначаються тим, що людина в процесі набування життєвого досвіду в різних ситуаціях виконує різні ролі й виробляє для цього так звані *маски характеру*. Наприклад, керівник підрозділу на своєму робочому місці одягає маску саме керівника і демонструє силу волі, рішучість, вимогливість, принциповість тощо. На прийомі у свого начальника він використовує іншу маску: дисциплінованість, почуття субординації, послухність, уміння догодити настрою начальника і под. У колі сім'ї ця людина – люблячий чоловік своєї дружини, турботливий батько своїх дітей, взірцевий сім'янин. Під час відпочинку з друзями він “заводій”, душа компанії, цікавий співрозмовник і под. Зріла особистість у різних ситуаціях повинна поводити себе по-різному, відповідно до реальних обставин. Іншими словами, людина повинна виробляти в собі багато масок характеру й уміти ними адекватно користуватись. Якщо людина в різних ситуаціях поводить себе однаково, це свідчить про так звану ригідність характеру, їй важко буде адаптуватись у суспільстві. Коли людина користується масками лише для забезпечення своїх потреб і нічого не робить для інших, вона є егоїстичним лицеміром, і люди рано чи пізно це зрозуміють. Якщо людина використовує всі свої душевні якості лише на благо інших і мало дбає про себе – це просто незрозуміла людина. Маски характеру зрілої особистості повинні служити і самій людині, і тим, хто її оточує. Спеціальність медика вимагає виробляти в собі певні риси актора, щоб адекватно грати свою роль на роботі й у житті. Медична сестра повинна диференційовано себе поводити при спілкуванні з лікарями, молодшим медичним персоналом, хворими з різними характерами, відвідувачами та ін.

Крім масок характеру, кожен має основні, стержневі якості, які найбільше характеризують людину і, в основному, визнача-

ють стиль її поведінки і самого життя. Наприклад, один рішучий, а інший поступливий, цей скупий, а той щедрий тощо. Проте найбільш суттєвою рисою особистості є порядність або непо-рядність. Усі психічні процеси і діяльність людини значною мірою визначаються рівнями порядності й совісті. Наприклад, порядна людина нещастя іншої людини буде сприймати, осмислювати, емоційно переживати і чинити не так, як неполюдна і безсовісна. Звідси зрозуміло, що, користуючись адекватно обставинам відпо-відною маскою характеру, медична сестра повинна завжди зали-шатись глибоко порядною, добросовісною особистістю з добре розвиненим почуттям емпатії.

Найзручнішими є описові позначення характеру за найбільш вираженими його рисами. Це широко застосовують у практично-му житті, літературі, медицині. Для прикладу наведемо деякі з них: егоїстичний, альтруїстичний, егоцентричний (може носити маску альтруїста, але з особистих мотивів), замкнутий, товариський, влад-ний, покровительський, педантичний, впертий, рішучий, нерішучий, мрійливий, практичний, захоплений, байдужий, аморальний (бреху-ни, шахраї, авантюристи, донжуани), діяльний (активний), лінивий (пасивний), запальний, спокійний, істеричний (егоцентризм, хизу-вання, фантазування, підвищені емоційність і навіюваність), тривож-но-помисловий (підозріливість, нав'язливі страхи, потяги) та ін.

Медичні працівники повинні вміти правильно оцінювати го-ловні риси характеру хворих, щоб підібрати адекватний стиль спілкування з ними, а також самооцінювати свій характер і ви-ховувати професійні, моральні і вольові якості, необхідні для на-дання допомоги хворим.

Особистість. Під особистістю розуміється сукупність усіх психічних якостей людини, що визначають її індивідуальну та соціальну сутність.

Важливе значення для характеристики особистості, крім ха-рактеру, має спрямованість людини, особливості її потреб, інте-ресів та ідеалів, а також її здібності й обдарованість.

Потреба є відображенням у свідомості людини нужди в чо-мусь. Саме потреби спонукають людину до дії, примушують її пра-гнути до певного об'єкта або діяльності. Нужди (в харчуванні, темпі,

безпеці, продовженні роду і под.) є уродженими і мало змінюються протягом життя, хоч є, звичайно, вікові особливості. Потреби ж активно виробляються під впливом навколишніх, передусім соціальних, умов, причому важливу роль відіграє і самовиховання потреб. Нужди у різних людей приблизно однакові, але потреби різні й у кожної людини вони своєрідні. Одним подобається гостра їжа, іншим – солодка. Одні люблять м'ясні страви, інші – овочеві. І це залежить не стільки від фізіологічних особливостей даної людини, скільки від того, в якому середовищі вона росла, якою їжею звикла харчуватись. Якщо взяти потребу в одязі, то вона є і матеріальною, і духовною. Адже при виборі одягу люди керуються не лише нуждою в підтримці комфортної температури тіла, але і естетичними та моральними факторами. Одні надають перевагу зручному одязу, інші – лише яскравому, деякі – обов'язково модному.

Як і почуття, духовні потреби поділяються на моральні, естетичні та інтелектуальні. Це пояснюється тим, що почуття виникають при задоволенні або незадоволенні тих чи інших духовних потреб.

Моральними є потреби в певних взаємовідносинах з іншими людьми, суспільством. У різних людей вони неоднакові. В одних сильно виражена потреба у спілкуванні, в інших ні. В одних виробляється потреба керувати людьми, інші схильні підкорятись. Майбутньому медику важливо виробити у себе потребу допомагати людям, співчувати їм. При неправильному вихованні можуть розвинути ганебні моральні потреби (потреба зневажати людей, приносити їм страждання, жити за їх рахунок).

Естетичними є потреби сприймати красиве і гармонійне в природі, творах мистецтва і взаємовідносинах між людьми. Їх недорозвиток негативно впливає на виробничу діяльність людини. Особливо погано, коли естетичні потреби не розвинені у медиків. Тоді вони не будуть прагнути прикрасити життя хворих, не використовуватимуть естетичні впливи як ефективний лікувальний засіб.

Інтелектуальними є потреби в пізнанні нового, виконанні завдань, розкритті таємниць. Їх розвиток викликає у людини прагнення до наукового пізнання сутності явищ, стимулює спостережливість, розвиває логічне мислення.

Інтереси. Направленість особистості виявляється також в її інтересах. Інтерес полягає в спрямованості на певні об'єкти, прагненні їх пізнати, оволодіти ними.

Спрямованість особистості характеризується тим, які за змістом інтереси переважають у неї, наскільки вони є суспільно важливими, як у них поєднуються суспільне й індивідуальне. Важливу роль в її характеристиці відіграють також широта інтересів, поєднання певного центрального інтересу, яким передусім живе особистість, з іншими її інтересами, а також глибина, стійкість і дієвість інтересів. Наявність таких інтересів, що виявляються в різноманітній діяльності особистості, збагачує її психічне життя, урізноманітнює його, підносить суспільну цінність людини. Відсутність цих інтересів звужує коло зв'язків людини з навколишнім середовищем, іншими людьми, збіднює їх життєвий процес. Люди з дрібними, поверховими інтересами “порожні”, у них немає життєвих цілей, які б їх захоплювали, в часи дозвілля вони нудяться, шукаючи способи, що допомогли б їм “якось убити час”.

Життєві цілі та ідеали особистості. Поруч з потребами та інтересами особистості важливу роль у характеристиці її спрямованості відіграють життєві цілі, які вона ставить перед собою, ідеали, якими керується.

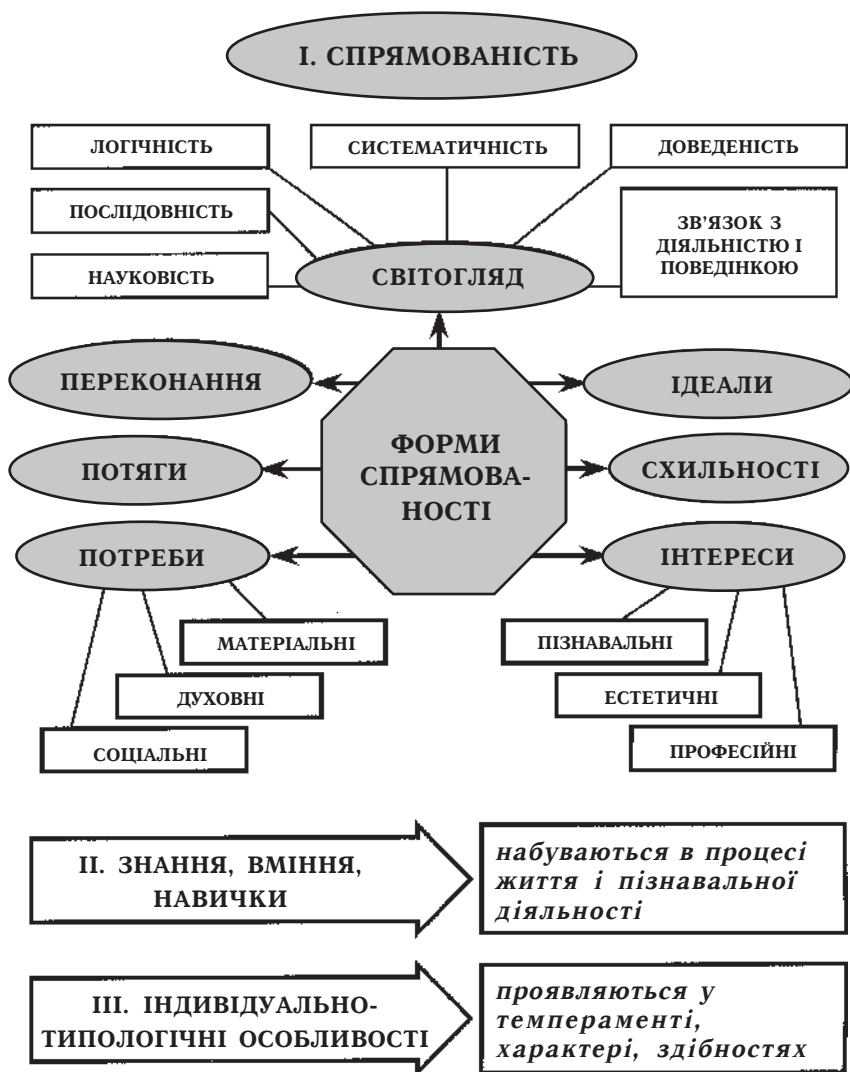
Життєві цілі людини тісно пов'язані з її потребами та інтересами. Без цього зв'язку вони втратили б своє життєве значення. Разом із тим, чим більше людина усвідомлює свої життєві цілі, чим чіткіше вони оформляються в неї, тим більше вони починають впливати на формування її потреб та інтересів.

Із життєвими цілями особистості тісно пов'язані її ідеали. Ідеал – усе те, до чого прагне особистість, яка формується, ким вона хоче стати в майбутньому, якими якостями бажає володіти. Ідеал – це образ людини, що служить для даної особистості зразком життя.

Ідеал людей теж формується під впливом суспільних умов життя. Вони мають конкретно-історичний характер. У цьому легко переконатися, порівнявши, наприклад, ідеали юнаків і дівчат у дореволюційній Росії з ідеалами юнаків нашого часу.

Переконання особистості. Спрямованість особистості характеризується і її переконаннями. Переконання – це певні знання,

СТРУКТУРА ОСОБИСТОСТІ ТА ОСНОВНІ ФОРМИ ЇЇ СПРЯМОВАНOSTІ



в правильності й життєвій важливості яких людина глибоко переконана і які спонукають її до дії. Сила і твердість переконань спираються не тільки на логічну обґрунтованість цих знань, всебічну їх продуманість, а й на розуміння їх життєвої важливості, життєвого смислу, стверджених досвідом людини.

Серед переконань особистості особливо важливе значення мають моральні переконання, які скеровують її суспільну поведінку. Це є поняття про відносини людей, їх вчинки та якості, про норми і правила поведінки, в істинності й важливості яких особистість глибоко пересвідчилася, які вона прийняла, пережила, з якими зжилася. Усвідомлення їх стає для неї керівництвом в її стосунках з іншими людьми, дотримання їх переживається нею як обов'язок, виконання якого є справою честі й вищого морального задоволення. У моральних переконаннях, як і інших переконаннях людини, суспільне та особисте нерозривно поєднуються.

Однією із суттєвих рис людської особистості є її *здібності*. Це стійкі властивості людини, що виявляються в її навчальній, виробничій та іншій діяльності та є необхідною умовою її успіху.

Кожна людина здібна до певної діяльності. Поза діяльністю цю властивість людини не можна розпізнати, описати й охарактеризувати. Ми судимо про здібності людей за їх роботою, за ходом і результатами їх діяльності. Здібною до певної галузі діяльності (наприклад, технічної, музикальної, наукової і т. д.) називаємо ту людину, яка легко освоює цю діяльність, швидко оволодіває необхідними для неї знаннями, вміннями і навичками, успішно справляється з вимогами, які ставить до неї та чи інша галузь суспільної практики, і розгортає в ній свою творчу працю на користь суспільства. Здібності людини виявляються в тому, як вона використовує наявні у неї і набуває нові знання, вміння і навички, необхідні для виконання тих завдань, що їх ставить перед нею життя. Здібності є необхідною умовою успішного їх набування.

Природжені передумови до розвитку здібностей часто називають *задатками*. Під останніми розуміють природні можливості розвитку здібностей. Матеріальною їх основою є передусім будова мозку людини, кори його великих півкуль і її функціональні властивості.

Індивідуальна своєрідність задатків кожної людини і є тим, що ми називаємо її обдарованістю. Кожна людина має певну обда-

рованість, тобто від природи вона наділена певними потенціями до розвитку своїх здібностей. Ці потенції бувають неоднаковими в різних людей. У житті обдарованими називають тих індивідумів, які виділяються своїми добрими задатками до розвитку загальних або спеціальних здібностей.

Природні можливості необхідні для розвитку здібностей людини. Індивідуальні їх особливості у кожної людини полягають у тому, якими темпами розвиваються її здібності, як швидко вона оволодіває знаннями і вміннями в тій чи іншій галузі діяльності й починає виявляти в ній власну творчість і оригінальність.

Для розвитку здібностей потрібні відповідні суспільні умови, взаємодія індивідуума з його середовищем, різностороння його діяльність.

Критерії зрілості особистості

Одна з головних якостей особистості в основному визначається рівнем і гармонійністю розвитку всіх сфер психіки, можливістю адаптації до всього, що відбувається навколо, здатністю досягти реальних результатів у своїй діяльності, а також рівнем об'єктивної самооцінки.

Ось деякі основні показники, згідно з якими можна відрізнити зрілу особистість від незрілої:

1. Незріла особистість намагається змінити інших людей, пристосувати їх до себе. Зріла прагне змінити перш за все себе і переходить на гармонійну саморегуляцію у взаємовідносинах.
2. При конфліктах незріла особистість говорить: "Наді мною знущались". Зріла самокритично оцінює: "Я сам дозволив познущатись над собою".
3. Незріла особистість понад усе намагається змінити обставини, зріла – пристосуватись до них і в кожному мінусі побачити частинку позитивного.
4. Незріла особистість часто знає, але не вміє. Зріла не лише знає, але й вміє. Ось чому незріла особистість в основному критикує, а зріла робить справу (хоч інколи при цьому мовчить або злиться).
5. Незріла особистість намагається влаштувати перш за все своє особисте життя, а потім береться за справи. У результаті не

влаштовується ні те, ні інше і така людина потрапляє в залежність від інших людей. Зріла особистість спочатку вирішує свої справи й отримує незалежність. Особисте життя влаштовується само по собі на основі саморегуляції.

6. Потреби зрілої особистості впливають із потенційних можливостей, з її успіхів і справ. Незріла особистість, не роблячи справи, копіює потреби зрілої особистості, збільшує їх кількість, не рахуючись із своїми реальними потенційними можливостями (згадайте потреби дорослих дітей, які “сидять на шиї” у своїх старіючих батьків).
7. Незріла особистість думає про результати, а зріла про справу, а результат приходить після її завершення.
8. Незріла особистість хоче більше, ніж має, заслуговує і може. Вона не оцінює критично свої можливості, здійснює нераціональні вчинки і в результаті нерідко втрачає те, що має. Зріла особистість задоволена тим, що в неї є, і виконує розумні дії, щоб додати до того, що має.
9. Незріла особистість хоче, щоб її справи вирішив хтось. Зріла робить це сама.
10. Незріла особистість надіється, зріла діє.
11. Незріла особистість намагається управляти іншими людьми, зріла управляє собою. (Не плутати поняття “управляти” і “керувати”).
12. Незріла особистість – це “декорація, яка бажає стати фігурою”. Зріла особистість – це фігура, що не задумується, як вона виглядає в очах інших.
13. Незріла особистість спочатку приймає рішення, а потім підганяє факти під вибране наперед рішення (звідси підозрілість незрілої особистості). Зріла перш за все збирає факти, а потім на їх основі приймає рішення (звідси відкритість зрілої особистості).
14. Незріла особистість хоче зайняти високе положення, не займаючись самовдосконаленням. Зріла турбується про самовдосконалення, особистісний ріст. Високе положення приходить само по собі внаслідок чесного і наполегливого виконання своєї роботи та реалізації своїх можливостей.

Якщо підсумувати все вищесказане, то стає зрозумілим відомий вислів вітчизняного психолога С. Рубінштейна:

Особистість – це те, що людина хоче (її нужди і потреби), що людина може (її здібності і можливості) і що вона собою являє (її спрямованість, характер і ступінь зрілості).

Практичні поради

1. При спілкуванні й обслуговуванні хворих враховуйте їх темперамент, тип нервової системи, характер і структуру особистості.
2. Виробляйте у себе належну кількість масок характеру. Адекватно і тактовно ними користуйтеся.
3. За зовнішніми масками хворого намагайтесь розпізнати сутність його особистості.
4. Під час діагностично-лікувального процесу враховуйте вплив особистості хворого на недугу і навпаки.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Визначення і сутність поняття “темперамент”.
2. Фізіологічні основи темпераменту.
3. Характеристика основних типів темпераменту (холерика, сангвініка, флегматика і меланхоліка).
4. Сутність художнього і розумового типів людини.
5. Види темпераменту і працездатність.
6. Визначення поняття “характер”.
7. Відмінність між темпераментом і характером.
8. Сутність масок характеру.
9. Сутність найбільш суттєвих рис особистості.
10. Визначення особистості за С. Рубінштейном.
11. Основні потреби людини.
12. Сутність спрямованості особистості.
13. Роль життєвих цілей, ідеалів, переконань, задатків, здібностей, обдарованості у формуванні особистості людини, зокрема медика.
14. Критерії зрілості особистості.

ПСИХОЛОГІЯ РЕЛІГІЇ

Психологія релігії вивчає релігійність як психічне явище, її вплив на когнітивні, емоційно-мотиваційні та поведінкові аспекти особистості, а також особливості функціонування релігійних груп.

Вона сформувалася наприкінці XIX – в першій половині XX століття завдяки працям У. Джемса, В. Вундта, А. Маслоу, Г. Олпорта, З. Фрейда, К. Юнга, Е. Фромма та ін. Психологія релігії як



наука знаходиться на перетині психології, теології, релігієзнавства, філософії та соціології. Основним предметом її вивчення є релігійність – індивідуальний спосіб пристосування особистості до релігії, суб'єктивна її сторона.

Кожній людині властиве прагнення до реалізації закладених у ній потенцій, яке здійснюється в спосіб, залежний від сформованої світоглядної картини. Тому визначальним в її поведінці є характер системи орієнтації – сприятливий чи руйнівний, вищий чи нижчий. Сучасний культ знань, успіху, сили, збагачення також можна розглядати як своєрідні форми релігії. Власне теїстична релігія – це вчення, передане шляхом одкровення через її засновника, в якому закладено істини та закони, необхідні для духовного спасіння.

Основні напрямки психології релігії

1. Загальна теорія психології релігії вивчає джерела, зміст, структуру, функції, типи релігійності, релігійний та містичний досвід.
2. Психологія онтогенезу релігійності займається вивченнями її розвитку, релігійних криз, навернення сумління, особливостей релігійної свідомості в різних вікових групах, а також залежно від статі.
3. Психологія релігійного культу досліджує вплив релігійних обрядів на психіку та поведінку людини.
4. Прикладна психологія релігії займається вивченням психотерапевтичного впливу релігійності, проблем релігійного виховання, а також застосуванням психології в пастирській діяльності.
5. Психологія релігійної групи вивчає соціально-психологічну структуру релігійної общини та сект, їх вплив на психіку та поведінку індивідумів.

Основні концептуальні підходи до релігійності

I. Суб'єктивістський. Його представники – У. Джемс, Г. Олпорт, А. Маслоу – вважали релігійність результатом спонтанного розвитку психіки індивідуума. Вони стверджували, що кожна людина має унікальний релігійний досвід, індивідуальну релігію; соціальні прояви вторинні, є надбудовою над особистим релігійним досвідом.

II. Марксистський. Прихильники цього підходу стверджували, що релігійність формується в процесі соціалізації індивідуума,

під впливом виховання в сім'ї, релігійній общині, внаслідок читання літератури і т. ін.

III. Психоаналітичний. З. Фройд вважав джерелом релігійності сублімовані незадоволені несвідомі потяги. Бог, за Фройдом, – піднесений образ власного батька; релігійність – неврознастирливостей, форма втечі від реальності, захисна реакція. Але вже його учень К. Юнг висунув ідею уродженості, архетипізму релігійності, джерела якої – в колективному несвідомому.

IV. Екзистенціальний. Його прихильники стверджували, що людині властива схильність до релігійності у зв'язку з потребою у трансценденції, тобто переростанні своєї тваринної природи, з екзистенціальним неспокоєм, який пов'язаний із пошуком сенсу, життєвих цінностей, спрямованістю до певної мети, а також з базовим почуттям вини.

До психологічних джерел релігійності, окрім згаданих вище уродженого релігійного інстинкту, екзистенціального та морального неспокою, відносять також страх, який призводить до релігійності як захисної реакції на важкі, фруструючі обставини; відчуття безпорадності та власної обмеженості; невпевненість у завтрашньому дні; страх смерті; бажання здійснення чогось.

Типи релігійності

На основі психологічних типів К. Юнга виділяють:

1. Ітравертований тип релігійності, для якого характерні заглиблення в себе, відокремлення від навколишнього світу. До нього належать релігійні аскети, монахи, містики.
2. Екстравертований, при якому релігія є способом прояву власного "Я" в суспільстві. Серед віруючих цього типу – проповідники, церковні ієрархи.

Розрізняють також релігійність внутрішню та зовнішню, персональну та аперсональну.

При зовнішній релігійності серед істин вибираються лише ті, які відповідають власним інтересам особи; натомість внутрішня віра пронизує все життя людини, при ній релігійні цінності – найважливіші, навіть якщо вони не відповідають інтересам людини.

При персональній релігійності відносини між людиною і Богом будуються за типом діалогу, двостороннього зв'язку, тоді як

при аперсональній Бог являє собою лише інструментальну цінність (перший тип М. Рубер визначав як відносини “Я – Ти”, другий – “Я – Він”).

Залежно від вираження, можна виділити такі ступені релігійності:

I. Атеїсти, серед яких розрізняють:

- а) пасивних – тих, хто просто не вірить в існування Бога;
- б) активних – таких, які заперечують наявність Бога, активно реалізуючи атеїстичні переконання в повсякденному житті, мають свою систему орієнтації, що служить для них своєрідною неатеїстичною релігією.

II. Проміжний – не має сформованого погляду на існування Бога, коливається у своїх переконаннях.

III. Віруючий без дотримання атрибутів віри – вірить в існування Бога, релігійні догмати, усвідомлює свою належність до певної конфесії, але не реалізує релігійні погляди в повсякденному житті, рідко виконує релігійні ритуали.

IV. Віруючий із нестійкими переконаннями – став на шлях служіння Богу, намагається жити відповідно до вимог релігії, але є ще не твердим, не зрілим у вірі. Часто таку людину захоплюють життєві пристрасті, які викликають відчуття гріховності та страху перед Господом.

V. Віруючий із стійкими переконаннями – релігійні закони та істини пронизують поведінку такої людини, вона намагається все своє життя присвятити Богу, боротися зі злом у собі, яке все ще час від часу перемагає. У переживаннях переважає відчуття Божої любові.

VI. Віруючий із всепоглинаючими переконаннями – стихає внутрішня боротьба, настає звільнення від пристрастей, зникає страх смерті. Домінують відчуття єдності з усіма живими істотами, спокій, радість, любов.

Релігійні люди відчувають потребу в зближенні з Богом, у переживанні так званого релігійного досвіду, який супроводжується особливими станами сприймання, мислення, емоцій. Виділяють звичайний релігійний та вищий містичний досвід.

Звичайний досвід включає:

– переживання кожної хвилини існування тут і зараз;

- відчуття благоговіння перед таємницею людського призначення, перед наявністю сили, завдяки якій усе життя набуває цінності;
- відчуття безпосереднього співвідношення, спілкування з усім світом;
- відчуття присутності перед Богом, Божественного дотику;
- відчуття об'єднання всього світу в Богові.

Містичний досвід взагалі важко піддається вербалізації, при ньому зникають часові та просторові виміри, відчуваються злиття, єдність з Богом, розчинення в Ньому, захоплення, завмирання, невимовна радість.

Для досягнення цих станів віруючі докладають багато зусиль у вигляді посту, обмеження сну, сенсорного голоду, багаторазового повторення молитви та певних рухових актів, постійного зосередження та контролю за своїми почуттями і думками, боротьби з пристрастями та ін. У результаті пережитого релігійного досвіду відмічають зростання особистості, вона стає більш зрілою, змінюються життєві цінності, відбуваються відновлення єдності власного “Я”, перехід від егоцентризму до емпатії, від почуттєвої залежності до свободи.

Якщо розглядати релігійність в онтогенетичному аспекті, то можна визначити такі її особливості залежно від віку:

1. У дитинстві образ Бога має конкретний, антропоморфний характер, Він наділений в основному рисами батька, менше – матері, сприймається переважно як захисник. Релігійність має наслідувальний, емоційний характер, релігійні навички стереотипні, неосмислені.
2. В юнацькому віці часто з'являються сумніви, відбувається відхід від релігії або ж релігійність, набута в дитинстві, переосмислюється, стає автономною. Вона в цей період характеризується переважно ритуалізмом, є зовнішньою, поверхневою. Образ Бога стає абстрактним, з ним встановлюється певний зв'язок, Він сприймається в основному як помічник.
3. У дорослому віці відбувається стабілізація релігійних поглядів, у релігії люди шукають сенс життя, вона може стати сильним мотиваційним фактором. Особливо збільшується зацікавлення релігією після кризи середнього віку внаслідок відчуття власної обмеженості, неспроможності. Наростає відчуття всемогутності Бога, віруюча людина все більше довіряє себе Йому.

4. У похилому та старечому віці часто відбуваються релігійні навернення у зв'язку із зосередженням на думках про смерть та потойбічне життя; у віруючих людей релігійність наростає, їх менше турбують тонкощі віровчення, посилюються релігійні вияви. Віра в цей період допомагає подолати депресію, набути врівноваженості, мудрості, відчути єднання із Всесвітом.

Розрізняють релігійність невротичну і зрілу.

Невротична розвивається на основі підсвідомих мотивів: страху, прагнення до здійснення чогось, потреби морально піднятися над людьми, що оточують, через суперництво, бажання домогтися людської поваги, респектабельності. Вона є наслідком слабкості, а не мужності, оскільки являє собою регресію в дитячий стан захищеності, в якому можна заховатися, втекти від реальності. Така релігійність відмежовує від світу, призводить до замкнутості в собі, егоцентризму, позбавляє повноти життя. І хоча вона сприяє певній стабілізації особистості, все ж таки є ілюзією. Релігійні принципи в житті таких віруючих, як правило, не реалізуються. Ці люди не здатні на любов, відповідальність.

Зріла релігійність характеризується:

1. Відкритістю світові, який створений Богом, становить собою щось таємниче, таке, що живе, промовляє, має мету і значення. Релігійно зріла людина відчуває себе частиною Божого творіння, задуму, плану і знає, що Бог потребує її існування (у цьому полягає суть відречення від власної волі: релігійна людина намагається відмовитись від бажання оволодіти, прив'язати, примусити, спрямувати; вона прагне реалізувати своє призначення, здійснити тим самим волю Бога).
2. Впевненістю у цінності власного "Я" та інших індивідуумів.
3. Спиранням на мужність, оскільки вимагає невтомної праці над моральним самовдосконаленням, духовним ростом, змушує відчувати постійну відповідальність перед Богом. Але, разом із тим, усвідомлення близькості Бога та Його благодаті сприяє відчуттю внутрішнього миру, спокою, радості.
4. Звільненням від егоцентризму, нарцисизму, інцестних фіксацій, деструктивних тенденцій.
5. Відчуттям любові до всього живого, оскільки в ньому релігійна людина пізнає Бога і саму себе.

6. Досягненням внутрішньої свободи, незалежності, чесності із собою.
7. Постійним прагненням до більш глибокого розуміння релігії, рефлексійністю і критичністю.
8. Пріоритетом релігійних цінностей у повсякденному житті.
9. Готовністю постраждати за свої переконання.

Одним із основних виявів релігійності є молитва. При аперсональній релігійності вона відіграє інструментальну роль, є магичним засобом у досягненні якоїсь мети. Під час правдивої молитви віруючий намагається поспілкуватися з Богом, відчувати контакт з Ним. Він приносить подяку, хвалу, просить прощення гріхів, прагне розібратися в собі, заглибитись у себе.

Молитва має важливе психологічне значення:

- вона дає можливість краще зрозуміти свої проблеми і потреби, знайти шляхи їх вирішення та реалізації завдяки вербалізації і зосередженню;
- знімає негативні емоційні переживання завдяки пробудженню віри та надії, відчуттю прощення Богом;
- сприяє інтеграції особистості;
- задовольняє потребу в співчутті, співпереживанні;
- є джерелом енергії для віруючого через встановлення контакту з Богом;
- сприяє розрядці емоційного напруження, особливо під час богослужіння, в ході якого Д. Угринович виділяє 3 етапи релігійних почуттів: 1) наростання емоційної напруги з переважанням негативних емоцій, що супроводжується інколи плачем через відчуття нікчемності, гріховності, страху; 2) кульмінація і розрядка емоційного збудження – відбувається перехід від негативних почуттів до позитивних – радості, просвітлення; 3) заключний – переважають спокійні позитивні емоції – стає “легко, радісно, світло”.

Останнім часом усе більше людей звертається до так званих неорухів, неорелігій або ж сект. Серед причин їхнього успіху, з одного боку, – криза традиційних релігій, пов’язана з НТР та культом науки, зниження моральних якостей служителів церкви, неможливість знайти своє місце в житті, сучасний моральний

хаос, а з іншого – активний пошук сектами нових членів, здійснення над ними постійної індивідуальної опіки, задоволення психічних потреб власної значущості, задіяності, майбутнього щастя та ін., використання даних науки у своїх вченнях.

Більшість сект має виразно деструктивний, руйнівний вплив на особистість. Їхні члени стають апатичними, байдужими до всього, що не стосується групи, збіднюють знання у всіх галузях за рахунок обмеження доступу будь-якої інформації, не пов'язаної з вченням секти. Весь потенціал особистості використовується для потреб групи. Сектант повністю віддається волі лідера, зникає здатність до критичного мислення, розвивається сліпий фанатизм. Виробляються агресивна настроєність відносно суспільства, опозиція до нього, всі люди діляться на “братів” і “ворогів”. Втрачаються соціальні зв'язки, руйнуються сім'ї через “нерозуміння” іншими “правди”.

“Обробка” майбутнього члена секти здійснюється за допомогою спеціальних психотехнічних прийомів, серед яких:

1. Так зване “бомбардування любов'ю” – оточення теплим, сердечним ставленням; закріплення індивідуального “опікуна”, який нав'яже відчуття власної значущості потенційному члену секти, обіцяє майбутнє щастя, якщо той приєднається до групи.
2. Маніпуляція свідомістю:
 - а) створюються умови, за яких особа не має вільного часу для того, щоб задуматися, критично оцінити те, що відбувається (довгий робочий день, заповнений проповіданням, збиранням коштів, лекціями, молитвами);
 - б) постійна зайнятість викликає втому, на фоні якої полегшується нав'язування вчення, особливо під час багатогодинних лекцій, коли на слухачів цілеспрямовано діють повторенням, монотонністю, вводячи в стан, близький до гіпнотичного.
3. Поступове нарощування колективного тиску на особистість з метою змусити зробити вибір на користь секти, що сприяє конформізму індивіду.
4. Ізоляція від зовнішнього світу: стверджується, що тільки дана релігійна група здійснює особливу місію, пропонує єдино правильний шлях до спасіння. Увесь зовнішній світ вважається

злим, проклятим, приреченим на знищення; всі, хто критикує секту, помиляються, виступають проти істини.

5. Спустошення когнітивної сфери внаслідок блокування доступу інформації, що не стосується вчення секти, а також шляхом нав'язування нового словника, термінів, які відіграють комунікативну роль лише всередині групи.
6. Виділення ролі провідника, лідера, який користується абсолютним авторитетом. Член секти зобов'язаний повністю користися його вимогам, виявляти необмежену довіру.
7. Досягнення за допомогою певних технік особливих станів свідомості, які переконують в істинності даного вчення.

Виділяють 4 етапи в процесі входження в секту:

I. Зваблення.

II. Нейтралізація здатності до критики та особистих якостей.

III. Поглиблення членства в групі й стимуляція соціальних розривів.

IV. Неможливість повернення в суспільство.

У результаті психічної інфантилізації член секти стає легко керованою маріонеткою, фанатиком, здатним на все, навіть на самогубство.

Протягом останніх десятиріччів релігійність усе частіше використовується із психотерапевтичною метою. Дедалі більше пацієнтів на Заході звертаються за допомогою у зв'язку із стражданнями без якоїсь об'єктивної на те причини, через відсутність задоволення від життя, роботи, сім'ї. Розробляється ряд напрямків психотерапії, метою яких є не просто усунення певних симптомів, а духовний ріст особистості, набуття нею так званої релігійної установки за Е. Фроммом, яка визначається здатністю любити, бути відповідальним, вільним, чесним із собою, вмінням дивитися правді в очі, впевненістю в сенсі життя.

Релігійність сприяє стабільності, стійкості до психотравмуючих ситуацій, є важливим фактором для конструктивної зміни особистості. На невротичному рівні вона задіює ряд психологічних захисних механізмів, що забезпечують зменшення внутрішніх конфліктів, зокрема:

- компенсацію – зменшення відчуття неповноцінності через реалізацію себе в релігійній сфері й досягнення цим соціального престижу;
- фантазування – уявне здійснення Богом покарання ворогів, задоволення Ним нездійснених бажань;
- раціоналізацію – зменшення відчуття провини через пояснення негативних вчинків зовнішньою зумовленістю “спокусою лукавим”;
- сублімацію – трансформацію неприйнятних інстинктивних імпульсів на релігійні;
- псевдоальтруїзм – усунення внутрішнього конфлікту шляхом забезпечення потреб інших людей задля зростання самоповаги, задоволення власного нарцисизму (на відміну від цього, правдивий альтруїзм зумовлений любов’ю до людей).

Відчуття тривоги і страху зменшується також завдяки сприйняттю Бога як заступника, переживанню належності до релігійної групи.

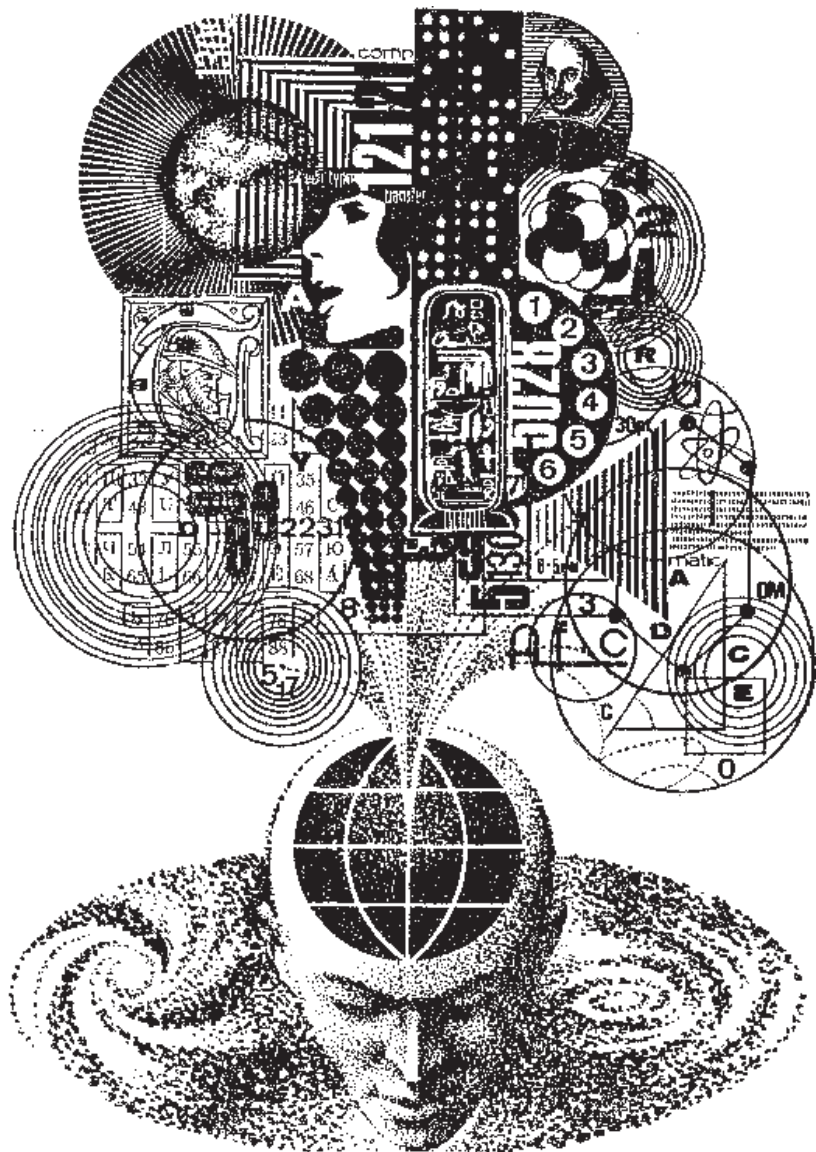
К. Юнг надавав важливого терапевтичного значення релігійним символам, догматам, ритуалам, які асимілюють психічну енергію архетипів, захищають психіку від надмірного прориву несвідомого, сприяють впорядкуванню внутрішнього хаосу.

Серед інших факторів, роль яких збільшується в міру духовного зростання, можна відмітити:

1. Задоволення потреб пізнання, пов’язаних з питаннями про сенс життя, страждання, смерть, що сприяє ліквідації екзистенційного вакууму.
2. Забезпечення релігією системи морального оцінювання зменшує напруження при прийнятті рішень; відбувається інтеграція особистості за рахунок зникнення боротьби мотивів, зумовленої множинністю цінностей; релігійність стає внутрішнім стержнем, надцінністю, яка забезпечує підкорення всіх мотивів.
3. Усунення морального неспокою – відчуття прощення гріхів через сприйняття Христа як спокутника.
4. Зростання самоповаги, відчуття вартості свого життя, значущості власної особистості завдяки усвідомленню людиною себе як носія Божественного, розумінню того, що вона потрібна Богу. Зважаючи на це, релігійність також є сильним мотивацій-

ним фактором, що викликає прагнення до постійного самовдосконалення.

5. Відчуття близькості до Бога і переконаність у кінцевій перемозі добра забезпечують базову потребу безпеки, формують здатність до довіри та ствердження світу, призводять до внутрішнього спокою; віра та надія допомагають долати депресію, життєві труднощі.
6. Зняття емоційної напруги під час молитви, сповіді, богослужіння; поступова зміна негативних емоцій, пов'язаних з егоцентризмом, на позитивні внаслідок зростаючої емпатії, любові, що також призводить до подолання відчуженості від світу.
7. Полегшується переживання фруструючих ситуацій. Це пов'язано з поглядом на страждання як випробування Богом, яке очищає душу.
8. Заглиблення в себе під час молитви, медитації сприяє усвідомленню згнічених у собі якостей, припиненню їх проєкції на інших, розумінню помилковості уявлень про себе та людей, а також того, що ми самі створюємо свої переживання, симпатії, стаючи їх рабами. У результаті цього людина відчуває себе більш вільною, зменшуються страхи, тривоги, конфлікти. Розвиваються більш загострене сприймання реальності, відчуття повноти життя, єдності з усіма, відкрите ставлення до світу. Виявляються глибинні сфери тепла, співпереживання, радості.



ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ (КЛІНІЧНОЇ)
ПСИХОЛОГІЇ

ХВОРОБА І СФЕРИ ПСИХІКИ

Будь-яка хвороба тією чи іншою мірою змінює життєдіяльність організму, а отже, впливає на фізичний і психічний стан людини. У свою чергу, зміна функціонування психіки призводить до видозміни певних проявів захворювання. Тобто чітко проявляються взаємовпливи хвороби та психіки. Простежимо основні з них стосовно кожної сфери психічної діяльності.

Хвороба, відчуття і сприймання

Наявність хвороби змінює психологічні компоненти відчуття і сприймання. Передусім змінюються поріг відчуття і вибірковість сприймання. Хвора людина починає насторожено прислухатись до своїх відчуттів, звертає увагу на ті відчуття, яких раніше не помічала. Усвідомлення хвороби змінює осмислення й емоційне забарвлення відчуттів. Одна справа, коли людина просто відчуває голодний біль у шлунку, не знаючи його причини, а інша справа, коли вона дізналась, що в неї є виразкова хвороба шлунка. Той самий біль сприймається й усвідомлюється зовсім по-іншому.

Будь-яка хвороба призводить до загальної астенізації організму. Внаслідок цього поріг відчуття знижується і звичайні подразники стають надсильними (гіперестезія). З цієї причини хворі не переносять яскравого світла, шуму, запахів, перепадів атмосферного тиску і температури тощо.

При важких станах, що супроводжуються оглушенням, може розвинутих загальна гіпестезія і звичайні подразники хворий не буде сприймати.

Ураження одних аналізаторів індукує компенсаторну функцію інших. Так, відомо, що у сліпих значно покращується діяльність слухових, дотикових і кінестетичних аналізаторів. Інколи у таких людей розвивається “шосте відчуття бар’єра” і вони досить добре долають перешкоди. Дідро описав сліпого, який точно відмічав початок сонячного затемнення, яке зрячі люди могли зафіксувати лише за допомогою спеціального обладнання. З історії відомо, що Демокріт і Діодор свідомо себе осліпили, щоб не розсіювати свою увагу на тому, що відбувається навколо, а поглиблено вивчати сутність явищ. Отже, сенсорна депривація змінює сам процес осмислення.

Зниження слуху нерідко призводить до розвитку підвищеної підозрливості, недовіри. Якщо така людина бачить, що інші люди про щось говорять, то запідозрює, що вони обговорюють її, щось задумують проти неї. Інколи може навіть розвинутихся маячення переслідування, що вимагає допомоги психіатра.

Біль змінює емоційний стан людини. Так, різкий біль у ділянці серця здатний викликати панічний страх смерті, боязнь перед рухом. Нерідко такого хворого заспокоїти словами неможливо. Скільки разів у нього буває серцевий напад, стільки разів він суб'єктивно “помирає”.

Між сприйманням, усвідомленням, емоціями і хворобою є прямий та зворотний зв'язок. Наприклад, підвищення артеріального тиску викликає відчуття головного болю. Усвідомлення людиною факту, що в неї високий артеріальний тиск, спричиняє емоцію страху перед можливою гіпертонічною хворобою та її вірогідними наслідками. Ці тривожні переживання посилюють спазми судин і сприяють ще більшому підвищенню артеріального тиску. Замикається дефектне коло: підвищений артеріальний тиск викликає тривогу і страх, а негативні емоції підтримують і навіть посилюють артеріальну гіпертензію.

Сприймання тривалого сильного болю викликає складні переживання зміни внутрішнього комфорту із страхом і тривогою за своє здоров'я. Потім у астеноїзованої людини розвивається озлоблення, до якого приєднується депресія, яка пізніше переростає у відчай. Як результат у хворого розвивається своєрідна апатія, при якій коло інтересів звужується лише навколо проблеми болю.

Топіка болю не завжди збігається з локалізацією патологічного процесу. Прикладом цього може бути біль або гіперестезія в зонах Захар'їна-Геда. Лікар повинен пояснити хворому причину атипового болю і необхідність лікувати захворювання, яке викликало біль. Наприклад, у жінки загострився аднексит, а вона відчуває біль у стегні й вважає, що у неї радикуліт. Якщо їй не пояснити сутність больового синдрому, жінка може подумати, що невропатолог просто не уважний або не компетентний і не хоче її серйозно обстежити, а тому “відфутболює” до гінеколога.

Психологічне сприймання болю або інших неприємних відчуттів не завжди корелює з вираженням органічного уражен-

ня. Вивчаючи особливості больового синдрому при остеохондрозі та інших ураженнях хребта, Йорес встановив психологічний феномен, згідно з яким інтенсивність болю здебільшого прямо пропорційна функціональним порушенням і обернено пропорційна органічним змінам (винятком є метастатичний та ішемічний біль при онкологічних захворюваннях та інфаркті міокарда).

Психологічне сприймання фізичного дефекту не завжди збігається із ступенем його небезпеки. Наприклад, спотворюючий рубець на обличчі дівчини або молодої жінки, який не шкодить здоров'ю, приносить багато душевних мук. Це ж саме стосується плоскостопості, яка не дозволяє дівчині носити модельне взуття на високих каблуках. Вимушене мовчання, зумовлене загостренням хронічного ларингіту, суб'єктивно важко переноситься жінками. Психологами встановлено: якщо жінка нічим не зайнята і вимушена систематично мовчати більше 20 хвилин, у неї може розвинутих невротичний стан.

Таким чином, хвороба змінює кількісні та якісні характеристики сфери відчуття і сприймання. Між відчуттям і сприйманням – з однієї сторони і хворобою – з іншої існує прямий і зворотний зв'язок. Хвороба змінює відчуття і сприймання, а зміненна перцепція впливає на перебіг захворювання. Порушення відчуття і сприймання залежить не лише від анатомо-фізіологічних змін, викликаних хворобою, але і від стану психіки. Медик повинен завжди про це пам'ятати.

Хвороба змінює практично всі характеристики уваги, передусім суттєво змінює якість життя і спектр інтересів. Хворий мимоволі починає фіксувати увагу і думки навколо захворювання, його можливих наслідків, свого матеріального стану, ставлення, медиків, родичів і співробітників, своєї перспективи відносно подальшого життя і роботи тощо. Таким чином, увага хворого нерідко розсіюється, а якісні характеристики (концентрація, стійкість, переключення) змінюються. Здорова людина в зоні активної уваги утримує в середньому 7 (від 5 до 9) об'єктів. Внаслідок астенизації, викликані хворобою, об'єм уваги зменшується. А тому хвора людина не завжди здатна чітко сконцентруватись на інструкціях лікаря. Отже, у цих випадках лікарю потрібно дати хворому інструкції у письмовому вигляді.

З іншої сторони, у більшості хворих різко загострюється одностороння увага до явищ і процесів, пов'язаних із хворобою і лікуванням. Хворі практично інтуїтивно відчують ступінь компетентності та якість уваги лікаря (чи ця увага щира, чи лише “награна”). Вони “прислухаються” до найменших змін у стані свого здоров'я, до різноманітних відчуттів, на які раніше не звертали уваги. У деяких хворих розвивається надмірна прикованість уваги до певних проявів хвороби, що звичайно погіршує якість життя і зужує об'єм соціальних зв'язків.

Надмірна фіксація уваги на неприємних відчуттях і страх перед можливим захворюванням можуть стати причиною еогенії, тобто самонавіювання хвороби. Еогенія частіше розвивається у людей з тривожно-помисловими рисами характеру, образним типом сприймання і гіпертрофованою уявою. Інколи вона виникає у студентів-медиків, які теоретично вивчають симптоми захворювань, але не мають практичного досвіду лікарської діяльності. Надмірна одностороння увага може зумовлювати односторонність сприймання та осмислення ситуації. Так, в одному з московських медичних вузів було проведено такий експеримент. Студентам різних курсів після вивчення певних дисциплін демонстрували відомий портрет Мони Лізи і просили висловити свою думку щодо стану здоров'я цієї молоді жінки. Студенти, які вивчили ожиріння, відмітили у неї явну схильність до повноти. Частина студентів, яка склала залік з ендокринології, виявила ознаки гіпертрофії щитоподібної залози. А деякі студенти, які вивчили психіатрію, запідозрили, що її “незрозуміла і блаженна посмішка” може свідчити про інтелектуальну недорозвинутість Мони Лізи.

Якщо хворі з тривожно-помисловими рисами характеру фіксують і концентрують свою увагу на найменших змінах свого стану, то хворі гіпертимного складу характеру не звертають увагу не лише на початкові прояви хвороби, але і на явні ознаки її. Внаслідок цього лікуватись починають пізно, коли хвороба значно вплинула на організм і здоров'я.

Хвороба і пам'ять

Хвороба впливає на сферу пам'яті. Виснажлива хвороба послаблює всі процеси пам'яті (фіксацію, утримання і відтворення). Якщо немає органічного ураження мозку, це явище є тимчасо-

вим і має функціональний характер. Внаслідок погіршення якості пам'яті та зменшення її об'єму у деяких хворих з'являється думка, що у них склероз головного мозку і їх пам'ять не відновиться. У такому випадку лікар повинен пояснити хворому, що ці явища тимчасові й після одужання пам'ять відновиться. Він не повинен забувати, що астенизованим хворим із послабленою пам'яттю й увагою потрібно кілька разів повторити інструкцію, а основні положення краще записати. Ні в якому разі лікар не повинен ображатись на хворого за те, що він не уважно його слухав або не запам'ятав необхідну інформацію. З іншої сторони, він не повинен загострювати увагу хворого на несуттєвих неприємностях, пов'язаних з хворобою. Проте у багатьох хворих недуга викликає односторонню вибірккову гіпермнезію (посилення пам'яті). Вони пригадують, у кого з родичів або знайомих відмічались такі симптоми захворювання, яке лікування їм було призначено і чим закінчилось захворювання. Причому здебільшого пригадуються неприємні або навіть трагічні факти. Медик повинен пам'ятати про особливості змін пам'яті, викликаних недугою, і відволікати увагу хворого від неприємних спогадів та асоціацій, пов'язаних із захворюванням.

Хвороба та мислення, інтелект

Більшість хворих намагається осмислити причини, сутність і наслідки свого захворювання. Цей процес осмислення залежить від інтелектуального рівня хворого, його обізнаності в питаннях медицини, його емоційного стану й установки щодо співпраці з лікарями.

Передусім осмисленню підлягає сутність хвороби. Одна справа, коли у хворого сезонне гостре респіраторне захворювання, а інша – коли інфаркт міокарда чи цукровий діабет. У хворих худощавого типу з багатою уявою недуга може змінити стиль мислення і воно набуває характеру афективного. У цьому випадку в процесі осмислення на перший план виступає не логіка, а емоції (передусім тривога, страх і депресія). Для того щоб хворий зрозумів пояснення лікаря щодо сутності його недуги, потрібно зняти емоційне напруження за допомогою психотерапії, а при необхідності – фармакологічних засобів.

Недуга привносить у свідомість людини багато проблем і, дуже часто, відчуття невпевненості. Хворий ставить собі багато запитань:

- Хто буде оплачувати лікування?
- Скільки коштуватиме курс лікування чи операція?
- Хто буде турбуватись про мене під час хвороби?
- Хто буде турбуватись про сім'ю?
- Чи не стану я інвалідом?
- Чи збережеться за мною місце роботи?
- Чи не розпадеться сім'я?
- Чи говорить мені лікар правду?
- Чи достатня кваліфікація лікаря?...

У хворого виникає безліч таких запитань, які він осмислює сам, обговорює з родичами, сусідами по палаті, лікарем-куратором, медичним персоналом. Інтереси хворого звужуються навколо проблем, пов'язаних із захворюванням. Нерідко хворий не може знайти однозначної відповіді на якесь запитання чи низку запитань. У таких випадках він постійно думає про те, що для нього є найбільш важливим. Вдень хворий має змогу певною мірою відволіктись від цих думок, бо переключає свою увагу на медиків, лікування, контакти з людьми, які його оточують. Але вночі він залишається наодинці зі своїми думками і переживаннями. Ці думки, страхи, тривога не дають йому змоги заснути, знесилюють хворого, підточують здоров'я.

Медики повинні спрямувати думки хворого у правильному руслі, корисному для нього. Потрібно добитись, щоб хворий вночі спав, а не мучився душевно, щоб вдень він проявляв зацікавленість і активність у лікувальному процесі, а не “копався” у своїх неприємних переживаннях і думках.

У деякої частини хворих недуга супроводжується напливом настирливих і надцінних думок, які домінують у свідомості й з'являються у людини поза її волею. Як правило, ці думки мають виражене емоційне забарвлення. Їх зміст може бути різним: кардіофобія (страх перед серцевим нападом), канцерофобія (страх, що у людини зляжкісне захворювання), танатофобія (страх раптової смерті), ніктофобія (страх ночі), сифіло- і снідофобія, страхи, що хворий внаслідок своїх переживань може втратити розум тощо. Медик повинен встановити наявність таких думок, тому що вони вимагають втручання психіатра. Зневажливе ставлення до таких станів може призвести до суїцидальних дій хворого.

Таким чином, хвороба змінює зміст, форму та якість мислення. Разом із тим, змінене мислення може впливати на перебіг хвороби, видозмінювати її симптоматику. Наприклад, афективне мислення в істероїдних особистостей викликає істероформну симптоматику функціонального характеру (відчуття клубка в горлі, функціональні кардіалгії, напади психогенної ядухи, істеричні паралічі й парези тощо).

Своєрідні установки і забобони хворого також можуть погіршити його стан. Наприклад, багато хворих вважає, що при нападі болю, зумовленого радикулітом, потрібно вигрівати місце ураження. Насправді, внаслідок дії тепла корінці нервів розбухають, ще більше ущемлюються, що посилює больовий синдром і навіть викликає некроз частини нервових волокон. У деяких хворих є установка на те, що всі ліки є отрутою і їх не слід приймати. Через свої забобонні уявлення частина хворих старається лікуватись не в медиків, а в різного роду цілителів, знахарів або звичайних шарлатанів. Лікарі повинні вміти вчасно з'ясувати сутність негативних установок і шкідливих забобонів, щоб вжити адекватних і ефективних заходів коригувального характеру.

Спілкуючись із хворим і пояснюючи йому сутність захворювання та необхідність лікування, медик повинен враховувати ступінь інтелекту пацієнта, його кругозір, рівень медичної обізнаності й спрямованість установки щодо лікування. Зрозуміло, що система пояснень хворому з вищою освітою і широким кругозором повинна відрізнитись від стилю просвітньої роботи з неграмотним хворим. Графаретний "середній" рівень інформації може образити високоосвіченого інтелігента, який може запідозрити, що його вважають недостатньо грамотним. Але цей же рівень може бути недосяжним для усвідомлення неграмотною чи розумово недорозвинутою людиною. Медик повинен говорити зрозуміло, переконливо, уникаючи специфічних термінів. Завжди необхідно підкреслювати шанобливе ставлення до гідності хворого. Недопустимо насміхатись над його необізнаністю чи забобонами. Навпаки, дуже корисно вислухати і зрозуміти причину помилкових суджень, тоді їх буде набагато легше коригувати. Якщо хворий відчує зневажливе

ставлення до себе, він здебільшого “замкнеться” у собі, формально слухатиме медика, але залишиться при своїй думці. Діалог із таким хворим нагадуватиме спілкування “німого з глухим” і буде безплідним або навіть шкідливим для пацієнта.

Низький рівень інтелекту може негативно впливати на перебіг захворювання, що зумовлено неадекватним ставленням до недуги, неспроможністю усвідомлено дотримуватись вимог режиму і лікування. Проте не завжди низький рівень інтелекту перешкоджає лікувальному процесу. Здебільшого люди з таким інтелектом мають високий рівень гіпноїдності. Ось чому вони легко піддаються психотерапії. Причому, чим незрозуміліше, містичніше і нахабніше діятиме індуктор, тим, як правило, кращим буде результат. Саме цим і користуються різного роду провидці, «дивоцілителі» й шарлатани. Молитва, замовлення, магічний ритуал і театральні паси, голос і погляд викликають цілющий ефект, який стосується лише функціональних змін. Медик при проведенні психотерапії повинен враховувати рівень інтелекту хворого, його установку і ступінь навіюваності. Проте завжди необхідно поважати особистість хворого і не втрачати свою гідність.

Таким чином, хвороба має прямий і зворотний зв'язок з мисленням та інтелектом хворого. Медичні працівники у своїй професійній діяльності повинні враховувати всі можливі нюанси цих взаємовідносин.

Хвороба і емоційно-вольова сфера

Будь-який патологічний стан впливає відповідним чином на емоції, переживання і вольову сферу хворого. Здебільшого серйозні недуги викликають у хворого стани тривоги і страху, які інколи можуть сягати рівня відчаю і паніки. Тривалі захворювання супроводжуються депресією, що може трансформуватись у апатію.

Як правило, перераховані типи емоційного відреагування на недугу поєднуються з явищами загальної астенизації. У результаті цього у хворих виникають такі основні синдроми психічного відреагування на наявність соматичної патології:

1. Астено-депресивний (на тлі астенизації хворого турбують погіршення настрою, туга, незадоволення своїм станом, відчуття безперспективності).

2. Астено-фобічний (поєднання явищ астенізації і чітко визначених страхів, наприклад, кардіофобії).
3. Астено-тривожний (до явищ астенізації приєднуються тривога і неприємні передчуття, які не мають чітко визначеного змісту).
4. Астено-іпохондричний (людина у своїй уяві перебільшує важкість свого захворювання, вважає себе приреченою або практично невиліковною, уважно фіксує свою увагу на хворобливих відчуттях і гіпертрофує їх значення).
5. Астено-невротичний (на тлі астенізації відмічається виражена емоційно-вольова лабільність).

Деякі патологічні стани, навпаки, можуть викликати неадекватне покращання настрою (наприклад, виражена туберкульозна інтоксикація, органічне ураження лобних часток головного мозку, стани алкогольного, наркотичного або токсикоманічного сп'яніння).

Душевні муки, викликані недугою, можуть суб'єктивно значно важче переноситись хворим, ніж саме фізичне захворювання. Важкий душевний стан може призвести навіть до появи суїцидальних тенденцій (наприклад, усвідомлення наявності злоякісного захворювання або ВІЛ-інфекції). Неадекватне покращання настрою може зашкодити, тому що внаслідок недооцінки свого стану такі хворі схильні до порушень належного режиму і технології лікувального процесу.

Як відомо, емоції проявляються не лише в суб'єктивних переживаннях, але також і у відповідному інтегральному відреагуванні практично всіх органів і систем організму. Так, емоції змінюють показники гемодинаміки (від гіпертонічних кризів до колаптоїдних станів із знепритомненням), викликають тахікардію або аритмію серцевої діяльності, посилення перистальтики або сповільнення роботи кишечника, спазми сечового і жовчного міхурів, пітливість, напади ядухи, тремтіння тощо. Встановлено, що у кожної людини емоційне напруження викликає характерний саме для неї своєрідний психовегетативний синдром. Чим інтенсивніша емоція, тим яскравіше проявляється психовегетативний синдром.

Емоції тісно пов'язані з вольовою сферою, яка також змінюється внаслідок наявності захворювання. Вольові процеси, зумовлені інстинктом самозбереження, можуть посилюватись. Хворий прояв-

ляє гіпербулію (посилення вольових процесів) як контрміру, спрямовану на боротьбу з недугою. Інколи гіпербулія набуває одностороннього характеру. Наприклад, наркоман на тлі загальної гіпобулії і втрати інтересу до роботи, навчання, сім'ї, минулих захоплень проявляє море енергії, рішучості, витримки, хитрості, настирливості й сміливості, коли необхідно добувати чергову дозу наркотика.

У більшості хворих внаслідок астенізації і пригніченого стану вольові процеси послаблюються. На тлі астенічних емоцій інстинктивна діяльність (апетит, бажання діяти і пізнавати нове, сексуальна активність) знижується, об'єм соціальних контактів звужується, розвиваються загальна слабкість і знесилення.

Проте стеничні емоції у вигляді суб'єктивного рішучого протесту проти свого стану, як правило, посилюють вольову сферу і при наявності необхідної кількості життєвих резервів можуть сприяти ефективнішому лікуванню. Але, якщо вольова діяльність є більшою, ніж резервні життєві сили організму, надмірна затрата енергії може погіршити стан хворого.

Емоції впливають на стан вольової сфери, а можливість або неможливість активної діяльності діє відповідним чином на емоційний стан хворого. Особливо важливим є адекватний вплив на емоційно-вольову сферу на етапі реабілітаційної терапії. Наприклад, кожні кілька додаткових кроків хворого, який переніс інфаркт міокарда, буквально окрилюють і додають йому віри у видужання.

Між хворобою й емоційно-вольовою сферою існує прямий і зворотний зв'язок. Недуга видозмінює емоційний стан хворого. Виражені емоції супроводжуються психовегетативним синдромом, який змінює діяльність вегетативної нервової системи та як наслідок, функціонування більшості органів і систем організму. Порушення соматичного стану емоційного генезу посилює негативний вплив хвороби на емоційно-вольову сферу. Емоційні порушення фіксуються і стають більш вираженими. Інколи вони трансформуються у небажаному напрямку, наприклад, депресія – тривога – страх – відчай – відчуття безвиході – суїцидальні наміри... Іншими словами, хвороба викликає порушення емоційно-вольової сфери, а це, у свою чергу, підтримує патологічний процес.

Хвороба і сфера свідомості

Патологічні процеси обов'язково впливають на сферу свідомості. Важкі патологічні процеси, виражена інтоксикація, органічні ураження головного мозку можуть викликати кількісні та якісні зміни свідомості. Лікар будь-якого профілю буде стикатись із різними станами і рівнями виключення свідомості: знепритомненням, оглушенням, сопором і комами. При оглушенні об'єм свідомості зменшується, якість усвідомлення подразників погіршується. Внаслідок підвищення порога відчуття подразники звичайної сили хворим не сприймаються. Звертатись до хворого потрібно голосно, нерідко слід розтермосити його. Відповідає він коротко і лише на прості запитання. При сопорі та комі свідомість хворого втрачена й у контакт із ним вступити неможливо. Проте при сопорі безумовні рефлекси ще збережені, а при комі вони зникають. Симптоми виключення свідомості свідчать про важкість стану хворого, що вимагає інтенсивних дій зі сторони медиків.

Приймання деяких препаратів і наркотиків стимулювальної дії може покращувати якість свідомості, викликати стани так званої “люцидної” свідомості. Після дії таких речовин у хворого обов'язково розвинеться виснаження.

Крім кількісних, можуть спостерігатись і якісні зміни свідомості (делірій, онейроїд, аменція, сутінкові стани свідомості), які свідчать про розвиток психотичного стану. Ці види порушення свідомості будуть розглядатись при вивченні психіатрії.

Якщо кількісні та якісні зміни свідомості є ознакою важкого стану хворого і мають визначену симптоматику, яка привертає увагу людей, то зміни самосвідомості обов'язкові для будь-якої патології. Передусім у хворого змінюється самопочуття. Розвиваються млявість, загальна слабкість, відчуття занедужання. Хвора людина усвідомлює, що з її організмом щось негаразд.

Самоусвідомлення зміни стану свого здоров'я включає інтегральне відреагування всіх сфер психічної діяльності на хворобу з позицій прямого і зворотного зв'язку. Таке самоусвідомлення може бути самокритичним і адекватним, а може бути неадекватним, зумовленим установкою, забобонами, афективною логікою, нерозумінням сутності захворювання тощо.

Саме індивідуальні особливості самоусвідомлення свого стану, яке ґрунтується на самоаналізі, осмисленні та емоційно-вольовому відреагуванні на власну хворобу, лежать у основі так званої внутрішньої картини захворювання.

Відчуття фізичних негараздів і усвідомлення хвороби впливають відповідним чином на прояви підсвідомих процесів. Передусім у хворих загострюється інтуїтивне сприймання себе як хворих. Рівень і якість підсвідомого сприймання невербальних засобів спілкування (поза, погляд, міміка, жести, пантоміміка, тембр голосу, характер пауз у розмові, ознаки щирості, нещирості або розгубленості лікаря і под.) також значно підвищуються.

Деякі підсвідомі процеси внаслідок недуги частково тимчасово “блокуються”. Так, хворому важко згадати у потрібний момент необхідну інформацію, яка знаходиться в зоні підсвідомих процесів. Через це у деяких хворих розвивається страх з приводу, на їх думку, “загрози втрати пам’яті”. Інколи такі необґрунтовані переживання вимагають проведення психотерапевтичної корекції.

Внаслідок астенизації, загального послаблення вольових процесів, яке здебільшого поєднується з підсвідомою установкою видужати будь-яким шляхом, у деяких хворих підвищується рівень підсвідомої гіпноїдності й навіюваності. Це полегшує проведення психотерапії, але може принести хворому шкоду, коли він потрапляє у руки цинічних і нахабних навколomedичних шарлатанів.

Таким чином, хвороба впливає на свідомість, самосвідомість і підсвідому сферу хворого. Їх зміна, у свою чергу, діє на його особистість і перебіг хвороби. Адекватне самоусвідомлення свого стану сприяє гармонійному ставленню до недуги, а суттєві порушення вищої єдності психічних процесів призводять до інших форм відреагування на хворобу. Типи ставлення хворого до недуги значною мірою визначають її перебіг і ефективність лікування.

Особливо велике значення у розвитку неврозів, неврозоподібних станів і психосоматичних захворювань (наприклад, гіпертонічної хвороби, виразкової хвороби шлунка, хронічного коліту і под.) має сфера безсвідомого.

Таким чином, хвороба змінює свідомість, тобто вищу єдність усіх психічних функцій людини, а зміни свідомості, самосвідомості, підсвідомих і безсвідомих процесів впливають на перебіг захворювання.

Хвороба і особистість хворого

Одним із постулатів медицини є принцип: “Лікувати не хворобу, а хворого”. Недуга впливає не лише на органи людини, але також на особистість хворого.

Фундаментальними основами особистості є темперамент і характер. Темперамент має такі уроджені особливості, як сила і швидкість психічних процесів, ступінь емоційної збудливості, що проявляється різноманітною інтенсивністю зовнішнього вираження емоцій. У людей із слабким і сильним неврівноваженим типами нервової системи легше виникають так звані “зриви” вищої нервової діяльності. Ось чому в меланхоліків і холериків частіше виникають і важче перебігають захворювання. Необхідно враховувати особливості типів нервової системи при профілактиці й лікуванні хвороб. Навіть дози ліків повинні бути різними для хворих із сильним і слабким типами нервової системи. Так, середні дози седативних препаратів і транквілізаторів є високими для меланхоліка і замість седативного ефекту викликають посилення збудження. Якщо середня доза ліків для меланхоліка є неефективною її переважно потрібно не збільшувати, а зменшувати. Холерики схильні бурхливо реагувати на різноманітні неприємності, пов’язані із хворобою. Зовні реагують не так бурхливо, але у своїй душі – дуже глибоко. Флегматики важко пристосовуються до нової обстановки, а тому їх не потрібно без крайньої необхідності переміщати з палати в палату. При відволікальній працетерапії сангвінікам не рекомендується підбирати одноманітну роботу.

На основі темпераменту під вирішальним впливом виховання формується характер. Нові умови і вимоги життя, зумовлені наявністю хвороби, впливають на прояви існуючих і формування нових рис характеру. З практики відомі так звані “виразковий” і “жовчний” характери. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки нерідко загострює у хворих схильність більш бурхливо реагувати на неприємності, настрій у них переважно похмуро-депресивний, вони не можуть щиро радіти приємному. Сутністю “жовчного” характеру, який розвивається внаслідок застою жовчі в печінці й жовчному міхурі, є схильність хворих активно шукати або провокувати конфліктні ситуації.

Хронічні захворювання можуть викликати явища психопатизації, тобто значну зміну проявів характеру і поведінки, внаслідок чого хворому стає важко пристосуватись до загальноприйнятих норм і вимог, які традиційно склались у суспільстві, щодо співіснування між людьми. Особливо виражено прояви психопатизації спостерігаються при наркоманії, алкоголізмі, туберкульозі, ВІЛ-інфікуванні й каліцтвах.

З курсу загальної психології відомо, що зріла особистість має певний запас “масок”, які зумовлюють характер поведінки у різних ситуаціях. Якщо у хворого розвинулась виражена психопатизація, вона здебільшого коригується “маскою тигра”, яка демонструє незадоволення й агресивність. Проте переважно хворі та їх родичі при спілкуванні з медиками використовують “маску зайця”, тобто несміливості, нерішучості, полохливості, сором’язливості, покірності й под. Нерідко хворий, який досить добре спілкується з медичним персоналом, при контакті з іншими хворими чи родичами застосовує “маску” вразливості й усім своїм виглядом демонструє: “Не чіпайте, мені й без вас погано”. Інколи за “маскою” байдужості, ігнорування або навіть бравади у хворого приховується неусвідомлена тривога, яка впливає на загальний стан організму.

Недуга змінює рангову градацію інтересів і цінностей хворого. Нерідко, лише серйозно захворівши, людина починає усвідомлювати, що найціннішим у житті є саме здоров’я. Звичні інтереси і потреби людини відступають на задній план, а у центрі уваги постають питання, пов’язані з хворобою та її лікуванням.

Проте домінуючі у свідомості людини потреби, інтереси і цінності, у свою чергу, можуть впливати на перебіг захворювання. Так, нереалізована потреба у самоствердженні й самореалізації може стати причиною неврозу або психосоматичного захворювання. Якщо у людини домінує потяг до накопичення, який проявляється у крайній скупості, такий хворий буде економити на ліках і раціональному повноцінному харчуванні, що негативно відіб’ється на ході лікування. А коли така особа буде вимушена витратити гроші на ліки та якісні продукти, у неї розвинеться стан внутрішнього конфлікту між прагненням до накопичення і необхідністю витрачатись, що також викличе фрустрацію і погіршить стан.

Е. Берн встановив, що складовими частинами особистості є три психологічні структури: “батька”, “дорослого” і “дитини”. Гармонійний або дисгармонійний розвиток даних структур визначає рівень зрілості особистості та стиль її поведінки. При хворобі питома вага цих складових змінюється.

Здебільшого зростає питома вага “дитини”. У зв’язку з цим, у хворих розвиваються підвищена примхливість, образливість, вередливість, плаксивість, емоційна лабільність, потреба у підвищеній до себе увазі, егоїзм, егоцентризм та інші прояви, які є причиною того, що хворий починає поводити себе, як дитина.

У деяких хворих домінування психологічної структури “дорослого” не дає їм можливості розслабитись. Вони оцінюють свій стан астенізації як прояв лінії й безвольності, а тому примушують себе через силу виходити на роботу та інтенсивно працювати, не звертаючи уваги на явну потребу в лікуванні та відпочинку, чим завдають шкоду своєму здоров’ю.

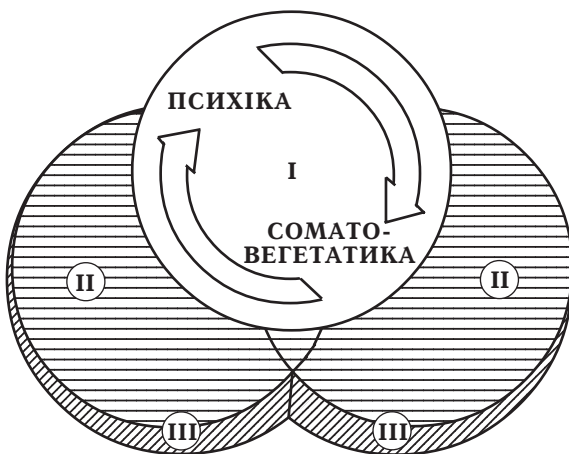
З цієї теми необхідно усвідомити такі положення:

1. Хвороба змінює не лише фізичний, але і психічний стан людини.
2. Хвороба впливає на всі сфери психіки.
3. Між хворобою і сферами психіки існують прямі й зворотні взаємозв’язки.
4. Для кращого розуміння цих взаємозв’язків потрібно знати основи загальної психології, тобто повторити матеріал, який вивчався на попередніх заняттях.
5. Досягнення сучасної медичної психології підтверджують справедливість поглядів медиків Стародавньої Греції: “Важливішим є не те, що лікуєш, а те, кого лікуєш”.
6. Без засвоєння основних положень клінічної психології медик не може плідно виконувати свої фахові обов’язки.

Поняття “психосоматичні розлади”

Психосоматика – це одна з найважливіших складових частин медичної психології, що вивчає вплив психологічних факторів на виникнення психосоматичних захворювань.

ВЗАЄМОДІЯ ПСИХІКИ І ТІЛА В НОРМІ І ПРИ ХВОРОБИ



І. Взаємний зв'язок психічних і вегетативно-соматичних функцій у здорових людей.

ІІ. Початковий етап розвитку психосоматичних розладів (етап зворотних дисгармоній), коли психічний і вегетативно-соматичний розлади достатньо виражені, але взаємозалежні.

ІІІ. Етап "Фіксації" (утворення "хибного кола"), розгорнутого перебігу хвороби, коли кожна із сфер – психіка і соматовегетатика – стають чітко окресленими і розвиваються за своїми законами.

Термін "психосоматичний" походить від грецьких слів *psyche* – душа і *soma* – тіло та вперше був застосований у 1818 р. німецьким психіатром С. Хейнротом.

Існує кілька теорій, що пояснюють походження психосоматичних захворювань, які в основному групуються навколо двох підходів. Згідно з першим підходом, вони є результатом емоційного стресу. Інша група теорій пов'язує виникнення психосоматичних захворювань із внутрішнім конфліктом різноспрямованих мотивів індивідуума – наслідком внутрішнього конфлікту людини із собою.

Ще лікарі Стародавньої Індії переконались, що негативні емоції – це перші шаблі до початку більшості хвороб. Древньогрецькі вчені розглядали людину як єдине ціле і великого значення при лікуванні хворого надавали його характеру і темпераменту. Гіппократ особливо підкреслював важливість вивчення особливості психології хворих: "Важливіше знати, яка людина хвора, ніж знати на що вона хвора".

Розвиткові соматичної патології передують коливання у вісцеро-вегетативних зв'язках із проекцією на центральну нервову систему («темні відчуття» – за визначенням І. Сеченова), які проявляються у зміненому самопочутті, фізичному дискомфорті, відчутті незрозумілого хвилювання і занепокоєння станом здоров'я близьких.

І. Вітенко підкреслює, що реакція з боку психічної сфери вже сама по собі є важливою інформативною ознакою перших проявів захворювання, на яку більшість людей не звертає увагу, а непевне самопочуття, що виникло, пояснюють для себе як наслідок втоми, переохолодження, поганого харчування, життєвих незгод. І лише при клінічному виявленні соматичного захворювання розвиваються явні його ознаки: порушується сон, звужується коло інтересів, виснажуються увага і пам'ять, знижуються швидкість і якість розумових операцій, спостерігаються підвищена емоційна лабільність, плаксивість, вразливість, знижений фон настрою.

Прояви психоемоційних відхилень залежать від ряду основних факторів: 1) гострого або повільного початку соматичного захворювання; 2) локалізації соматичної патології (захворювання серця, легень, шлунка); 3) віку хворого; 4) фізичного і психічного здоров'я напередодні захворювання; 5) особливостей особистості хворого (рівня інтелектуального розвитку, виховання, моральності, особливостей волі, темпераменту і характеру); 6) рівня медичної грамотності; 7) своєчасної і кваліфікованої медичної допомоги; 8) тривалості захворювання; 9) ступеня гарантованого соціального захисту; 10) взаємовідносин у сім'ї та на роботі; 11) наслідків хвороби (повного одужання, зниження працездатності, інвалідизації тощо).

Закономірним є розвиток астеничного стану (виснаження нервово-психічних функцій) у більшості хворих.

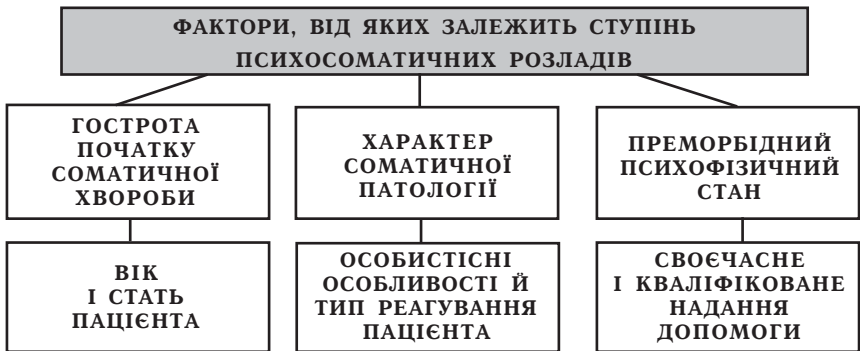
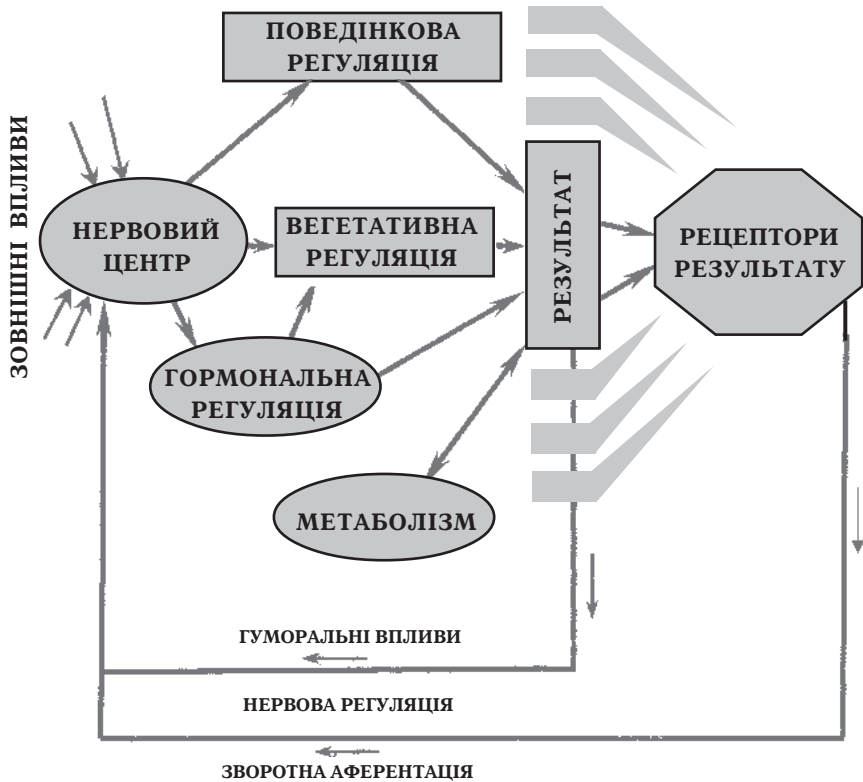
Соматопсихічні процеси – це вторинні розлади, передусім емоційні, що посилюються в результаті усвідомлення хвороби та її наслідків. Відправною точкою цих явищ є патологічні соматичні процеси. Їх наслідком є відхилення і порушення психічних процесів. При оцінці психічної реактивності проявляється відносність відмінностей між нормою і патологією. Наприклад, звичайне гостре респіраторне захворювання з підвищеною температурою у більшості людей викликає відчуття втоми, головний біль, підвищену роздратованість, утруднення концентрації уваги, погіршення настрою, звуження кола інтересів, наводить на похмурі й депресивні думки і лише як виняток, частіше у дітей, може викликати припіднятий і безтурботний настрій. Хоч це і є соматопсихічні прояви, але медики не вважають їх розладами, бо вони є розповсюдженими, звичайними, типовими і “нормальними”. Ці прояви звертають на себе увагу в тих випадках, коли причину їх не з’ясовано і вони спостерігаються протягом тривалого часу.

Психосоматичні взаємозв’язки

Психосоматичні процеси. Їх вихідним пунктом є відповідний психічний стан або зміна психічних станів, які викликають фізіологічну реакцію організму. Найбільш вираженою ця реакція буває при емоційних відхиленнях і афектах, наприклад при радості, гніві, страху.

У звичайній розмовній мові існує ряд виразів, що характеризують дані процеси: “Це схоплює за серце”, “Це роздирає серце”, “Упав камінь із серця”, “Стиснулось серце”, “Що у тебе на серці?”, “У нього немає серця”, “Від цього болить серце”, “У нього розривається серце”, “Добре, м’яке, широке серце”, “Почорнів від горя”, “Посинів від злості”, “Зблід від жаху”, “Побагровів від гніву”, “Почервонів від сорому”, “Спалахнув від радості”, “Затаїв дихання”, “Хапав повітря ротом”, “У нього потекла слина”, “Цього він не міг проковтнути”, “Від цього перевертався у нього шлунок”, “Це лежить у мене каменем у шлунку”, “Його нудило від цього”, “Безпорадно захрипів”, “Від жаху волосся встало дибом”, “Вона тремтіла від страху”, “Він заціпенів від жаху”, “Людина без хребта”, “Він облився холодним потом”...

ПСИХОСОМАТИКА І ФУНКЦІОНАЛЬНІ СИСТЕМИ (за П.К. Анюхіним)



Соматовегетативні реакції на психічні емоційні процеси підтверджуються результатами експериментів. Якщо людину в чомусь звинуватити, то при емоції обурення і гніву відмічаються прискорення пульсу, підвищення кров'яного тиску, збільшення об'єму циркулюючої крові. Артеріальний тиск підвищується у здорових людей під час дискусії про їх емоційні проблеми. Коли в стоматологічному кабінеті застосовували психотравмуючі ситуації (показ шприца, щипців для видалення зубів, ситуацію підготовки до маніпуляції), змінювалась частота пульсу і в дітей, і в дорослих, і в стоматологів. У студентів під час складання екзаменів підвищується рівень холестерину. Вигляд лимона або його опис викликає слинотечу. Таким чином, психосоматичний процес може спричинитись дією і на першу, і на другу сигнальні системи.

Фізіологічні реакції психічних процесів можуть відбуватись у різних системах організму:

1. Серцево-судинні зміни: прискорення серцебиття, зміна кров'яного тиску (здебільшого підвищення), звуження або розширення судин, видимим результатом чого є блідість або почервоніння шкіри.
2. Зміни дихання: затримка, сповільнення або почашення дихання, зміна його глибини.
3. Реакції органів травлення їжі: посилена моторика шлунка, схильність до блювання, підвищена перистальтика кишечника із схильністю до проносів або сповільнення моторики з пригніченням шлунково-кишкової активності і закрепамми, підвищена секреція слини або, навпаки, зниження виділення слини з відчуттям сухості в роті. Шлунок є одним з найбільш чутливих органів і реагує майже на всі емоції. Одним з постулатів китайської медицини є теза про те, що "хвороба входить через рот".
4. Сексуальні реакції. При сильному сексуальному тонусі прояви статевого збудження можуть розвинутиись без реального сексуального подразника. Досить однієї лише уяви.
5. М'язові реакції мимовільного характеру, наприклад дрижання або зміна м'язового тону. Відомий зв'язок між психічною енергією і м'язами язика, а також жувальними м'язами. Чим більше виражені внутрішні напруження й інтенсивність переживань, тим більше розвинені згадані м'язи (цьому відповідає

загальновідоме уявлення про “американське підборіддя” в енергійних, вольових і підприємливих американців). Нерішучість і усвідомлення власної слабкості призводять до зникнення альвеолярних виступів і міграції зубів.

6. Пітливість (особливо долонь) є загальновідомою реакцією при емоційних відхиленнях.

Соматопсихічні процеси. Їх вихідним пунктом є відповідний стан організму, який викликає психічну реакцію. Прикладом може бути відчуття голоду, що призводить до незадоволення, напруження, втоми, або підвищення фізичної активності, спрямованої на ліквідацію цього стану. В попередньому розділі вже розглядався вплив захворювань внутрішніх органів на зміну психічної діяльності людини.

Розмежування психосоматичних і соматопсихічних процесів безперечно є дещо штучним. Обидва ці процеси проходять взаємопов'язано, дуже часто – у формі зворотного зв'язку. Наприклад, відчуття голоду викликає діяльність, результатом якої є насичення і відновлення внутрішньої фізіологічної рівноваги – йдеться про негативний (пригнічуючий) зворотний зв'язок. Проте, коли процес проходить уже на межі з патологією або саме в ділянці патології, відчуття страху викликає тахікардію, що, у свою чергу, наводить на думку про ураження серця та сприяє збільшенню страху і подальшому посиленню неприємних відчуттів у ділянці серця, то це позитивний посилюючий зв'язок.

Характер психосоматичної реактивності значною мірою є індивідуально зумовленим. Певні особи при емоційному навантаженні реагують частіше серцево-судинними явищами у вигляді тахікардії, відчуття стискання в ділянці серця і под., інші – реакціями шлунково-кишкового тракту, пітливістю або м'язовими реакціями. Ця індивідуальна реактивність не є обов'язково незмінною і постійною в усіх ситуаціях і в усі періоди життя. Люди, які в дитинстві реагували проносом, можуть у дорослому віці при тих же психічних стресах давати серцево-судинні реакції. Питання індивідуального характеру реакцій досі повністю не з'ясовано.

Механізм розвитку психосоматичних розладів

Психосоматози (психічно зумовлені соматичні порушення) являють собою фізичні захворювання або порушення, в патогенезі

яких важливу роль відіграють психічні фактори (особливості характеру і темпераменту, особливості нейрофізіологічних процесів, особливості відреагування на конфлікти, напруженість, незадоволення, душевні страждання і под.). У загальному вважають, що механізм виникнення психосоматозів такий: психічний стресовий фактор викликає афективне напруження. Афект розглядають як міст між психічною і соматичною ділянками. При стримуванні афекту, коли моторні й вегетативні прояви повністю або частково блоковані, активується нейроендокринна система і відбуваються зміни в судинах та внутрішніх органах. Спочатку ці зміни мають функціональний характер, проте при більшій тривалості й частому їх повторенні можуть стати органічними і незворотними.

Докази теорії психосоматичних захворювань

Ланг навів безперечний факт збільшення кількості хворих на гіпертонію в період блокади Ленінграда німецькими фашистами під час другої світової війни.

Горват (Чехословаччина) виявив цю хворобу в 11 % телефоністок. У зоопарку м. Сухумі розвиток гіпертонічної хвороби спостерігали у мавпи-самця, від якого відсадили самку, яка раніше жила з ним, у клітку до іншого самця, і вона жила з іншим партнером у нього на очах.

В інших експериментах із так званою “відповідальною” мавпою, які нагадували виробничі ситуації, встановлено таке. Двох мавп у двох окремих клітках, які стояли поряд, подразнювали досить сильними електричними розрядами. Причому одна з мавп була “відповідальною” і мала можливість відключити струм так, щоб ні вона, ні мавпа із сусідньої клітки не отримували б розрядів. Мавпи-сусідки такої можливості не мали. І виявилось, що у “відповідальної” мавпи в результаті експерименту виникли виразки на слизовій шлунка і дванадцятипалій кишці, а її сусідки залишились здоровими. Здавалось би, що все повинно бути навпаки, адже експериментальна мавпа могла навчитись вимикати струм і врятуватись, а в її сусідок такої можливості не було, вони перебували в безвихідному становищі. Отже, процес активного навчання і вироблення відчуття відповідальності за інших може викликати перенапруження нервово-психічних процесів, що призводить до органічної патології.

Г. Сельє, автор теорії стресу, характеризує діалектику стресу такими словами: “Мета фактично не в тому, щоб уникати стресу. Стрес є складовою частиною самого життя. Це природний побічний продукт будь-якої нашої діяльності, уникати стресу було б так само неправильно, як відмовлятися від їжі, від фізичних рухів або ж від кохання. Для того, щоб найбільш повно проявити себе, необхідно спочатку визначити свій оптимальний стресовий рівень і, згідно з ним, використовувати свою адаптаційну енергію тією мірою і в тому напрямку, який найкращим чином відповідає природженому влаштуванню думки і тіла. Дослідження стресу показали, що повний відпочинок не виявляє доброї дії на організм і окремі органи. Стрес у помірних дозах є необхідним для життя. Крім того, вимушена бездіяльність може викликати більше стресу, ніж нормальна діяльність”.

Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній галузі сучасної цивілізації. Звідси назва – хвороби цивілізації, значна частина яких належить до психосоматозів.

Отже, діяльність органів і систем безпосередньо пов’язана з діяльністю психіки людини. Тіло і душа – це єдине ціле. Тому патологічний процес, викликаючи зміну функціонування внутрішніх органів, обов’язково призводить до зміни психічної діяльності й навпаки (див. схему за Анохіним Л.К.).

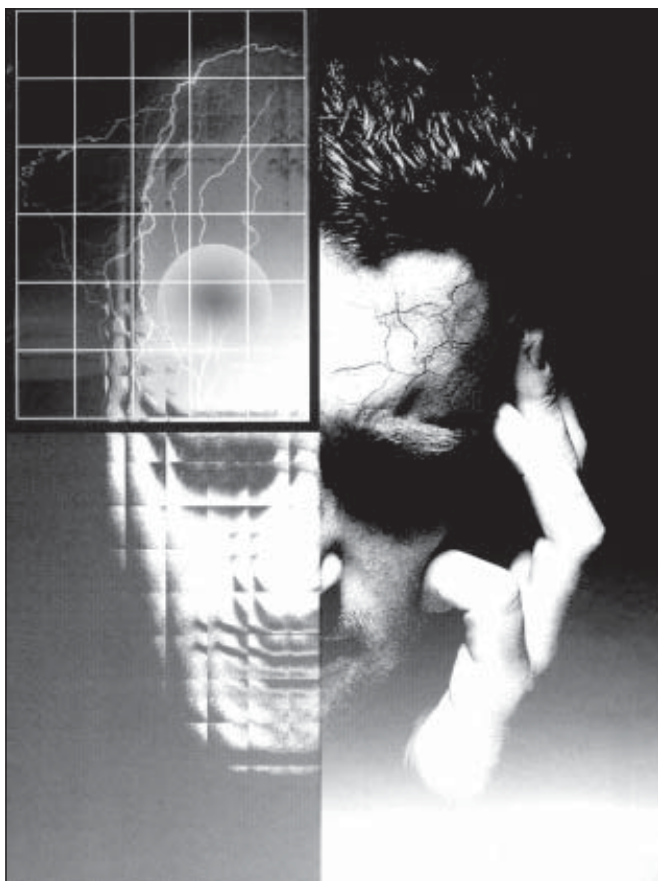
Медичний працівник завжди повинен пам’ятати, що лікувати треба не недугу, а хворого.

ПСИХОЛОГІЯ ХВОРОГО

Загальні закономірності внутрішньої (автопластичної) картини хвороби

Автопластична картина недуги є за своєю сутністю суб'єктивним сприйманням її хворим. Вона має 4 основні сторони:

- 1) сенсорну (локальний біль і розлади);
- 2) емоційну (страх, тривога, депресія, надія, тобто емоційні переживання);



3) вольову (зусилля хворого впоратись із недугою, потурбуватись про обстеження і лікування та довести їх до кінця);

4) раціональну й інформативну (знання про хворобу й її оцінка).

Ці сторони (сфери) формують горизонтальні зв'язки в автопластичній картині хвороби. Насправді психічні процеси всіх цих сторін переплітаються в різних комбінаціях і нерідко формують “вертикальні” зв'язки. Прикладом такого “вертикального” зв'язку є факт так званої раціоналізації, коли раціональний компонент більшою або меншою мірою піддається впливу безсвідомих процесів. Наприклад, хворий, який ухиляється від хірургічного втручання, “пояснює” це тим, що не вірить в успішний результат операції, коли насправді головною причиною є прихований страх перед операцією.

Зумовленість автопластичної картини хвороби

Прояви автопластичної картини хвороби визначають 6 основних факторів: 1) особливості хвороби; 2) обставини, при яких перебігає хвороба; 3) преморбід особистості; 4) соціальне становище хворого; 5) характер і шкала цінностей хворого; 6) ставлення хворого до своєї недуги.

1. Особливості хвороби: гостра, хронічна, яка необхідна допомога або лікування (амбулаторне чи стаціонарне, консервативне чи хірургічне), чи мають місце сильний біль, обмеження рухливості, ступінь неприємності симптомів.

2. Обставини, при яких перебігає хвороба.

Проблеми і запитання: Хто буде турбуватись про сім'ю? Хто платитиме за лікування (Медикаменти є дуже дорогими... Чи повинен (-на) я в цей час написати заповіт? Чи збережеться за мною робота? Відбувається скорочення і зростає безробіття...)? Чи говорить мені лікар правду? Чи компетентні медики у своїй справі? Чи не зап'є чоловік, поки я знаходжусь у лікарні? Чи не розпадеться сім'я, коли мені доведеться піти на інвалідність? Чи не занадто я нагрішив(ла) в житті? Чи хвороба не є розплатою за минулі гріхи?

Середовище, в якому розвивається хвороба. Домашнє середовище, якщо воно є гармонійним, більш сприятливе для перене-

сення хвороби. Поза ним люди гірше переносять недугу, особливо в чужій країні без страхування і належних фінансів. Аналогічне значення має також характер лікарняних умов. Людину пригнічує перебування в одній палаті із хворим, який помирає, а також у закритому інфекційному чи психіатричному відділенні.

Причина хвороби. Виникає запитання: “Кого хворий вважає винуватцем своєї недуги – себе чи інших?” Наприклад, при травмі, отриманій явно з вини потерпілого, він докладе більше власних зусиль до видужання, ніж тоді, коли винуватцем травми є інші, а особливо в тому випадку, коли зможе отримати компенсацію, страхування, пенсію тощо. Аналогічна ситуація виникає і тоді, коли нове захворювання є ускладненням внаслідок лікування іншої хвороби. При цьому тут під загрозою знаходиться довір'я до подальшого лікування, особливо в даного медика.

3. *Преморбід особистості*, тобто якою була людина перед захворюванням. При цьому мають значення, головним чином, такі фактори:

а) вік. У дитячому віці на першому місці емоційна, безпосередньо інстинктивна (першосигнальна) сторона хвороби і ситуація навколо неї: біль, боязнь болю і всього невідомого, розлука з батьками, обмеження свободи пересування. У старості велике значення мають боязнь самотності при хворобі, страх смерті. Старша людина часто ототожнює себе із своїми однолітками, друзями або родичами, які поступово вмирають, порівнює їх захворювання із своїми, задумується, чи не підійшла її черга. Побоювання і невпевненість нерідко посилюються поведінкою лікаря, який обстежив хворого, але не проявив до нього належного розуміння й інтересу. В середньому віці відходять на задній план явища, що супроводжують хворобу, зокрема біль, стан невизначеної тривоги тощо, а найбільшого значення набувають побоювання наслідків недуги. Ці наслідки можуть бути безпосередніми, наприклад, звільнення з роботи, зниження заробітної платні з ускладненням внаслідок цього відносин у сім'ї, або довготривалими, наприклад, переведення на іншу роботу, проблеми подальшого життя, часткова або повна втрата працездатності, зміна ставлення членів сім'ї до хворого.

- б) ступінь загальної чутливості до неприємних факторів, наприклад, до болю, шуму, незвичних лікарняних запахів. Тут мають значення уроджені якості, виховання, тренування і досвід. У цьому відношенні некоректно говорити про розпещеність, низьку опірність організму і недостатнє загартовування. Потрібно сприймати як реальність, що хворі з підвищеною чутливістю реагують на неприємні подразники більш виражено, ніж інші. Але підвищена чутливість не є протипоказанням до детального обстеження пацієнта. Хворі з підвищеною опірністю, навпаки, недооцінюють свої відчуття, зневажливо ставляться до своєчасного обстеження і лікування. Ось чому необхідно пояснити таким хворим можливість неприємних наслідків зневажливого ставлення до себе.
- в) темперамент хворого. Емоційні хворі більш схильні до страху, жалю, часто коливаються між безнадійністю й оптимізмом. Більш стримані натури ставляться до своєї хвороби розсудливіше. Необхідно особливо підкреслити, що зовнішні прояви й особливо, демонстрація впевненого виразу не завжди відповідає внутрішньому емоційному стану хворого.

4. Соціальне становище хворого.

Для більшості хворих недуга означає соціальні невігоди та економічні втрати, тому вони намагаються якомога швидше одужати. Але інколи хвороба, а точніше тимчасова непрацездатність, може бути джерелом певних вигод. Наприклад, захворів бізнесмен, для якого час — це гроші, тому він активно старається одужати і навіть недолікованим виходить на роботу. Інший використовує бюлетень непрацездатності для ремонту квартири, дому, якщо матеріальне становище не дозволяє найняти ремонтну бригаду. Жінка з маленькою дитиною, агравуючи, може довше побути з нею вдома, а не відводити її в дитячий садок. Якщо захворіє людина, яка займає високу посаду чи має престижну роботу на контрактній основі, вона, як правило, старається якнайшвидше вийти на роботу, щоб показати свою незамінність (особливо, коли серед підлеглих є талановиті, працьовиті люди).

Завжди існувала проблема так званих “дуже важливих персон”. Раніше в нашій країні для них функціонували спеціальні лікувальні заклади. Зараз, крім осіб, які займають високе станови-

ще в суспільстві (працівники держадміністрації, банків), з'явилися нові категорії людей, які претендують на це становище. Це новоявлені збагачені громадяни, які потребують особливого ставлення до них. Вони вимагають застосування найбільш сучасних методів обстеження, інколи самі оплачують їх. За ходом їхнього лікування повинні стежити (за їх переконанням) “медичні світила”, їх лікарняна палата повинна бути максимально комфортабельною тощо.

У медичній психології окремо розглядається проблема лікаря, який захворів. Теоретично стан здоров'я медичних працівників повинен бути кращим, ніж у іншого населення. Але на практиці ситуація часто є протилежною.

5. Характер і шкала цінностей.

Люди з низьким ступенем відповідальності відносно своїх співробітників і суспільства інколи використовують хворобу для своєї користі. У період, коли їм виплачують гроші за листком непрацездатності, підробляють на стороні, займаються бізнес-туризмом тощо. Деякі з них можуть при цьому нашкодити своєму здоров'ю. Інші люди просто зловживають бюлетнем непрацездатності заради свого спокою. І, навпаки, люди з підвищеним почуттям відповідальності стосовно сім'ї, роботи або суспільства нерідко переборюють свої неприємні відчуття та ухиляються від обстеження і лікування. При захворюванні вони намагаються якнайшвидше “одужати” і знову приступити до роботи, навіть недолікованими. Таким чином, багато залежить від того, як людина ставиться до певних цінностей, таких, наприклад, як зручності, здоров'я, підвищення життєвого рівня, особистий успіх і почуття відповідальності перед суспільством.

Має певне значення ступінь медичної освіченості. Вона є реальною оцінкою хвороби і відповідною оцінкою власної ситуації. Основи такої оцінки закладаються і створюються ще в дитинстві. Батьки і дорослі люди своїми висловлюваннями про хворобу, лікарів, медицину і лікування можуть виховати у дитини різні, нерідко діаметрально протилежні точки зору. Іншим джерелом поглядів, що стосуються хвороби, лікування і медичних працівників є власний досвід дитини: в одному випадку вона бажає швидко одужати, щоб покататись на шойно подарованих ковзанах, в іншому перебільшені вигоди від хвороби можуть призводити до поглиблення відчуття

недуги і до тенденції захворіти знову у вигляді так званої “втечі у хворобу”. Так буває, наприклад, коли мати перебільшує свої турботи відносно дитини, яка захворіла, понад міру пестить її, занадто продовжує період ліжкового режиму і період відсутності в школі.

Цей особистий досвід має значення й у дорослих людей. Він базується значною мірою на тому, як реагували на їх хворобу родичі та виробниче середовище. Наприклад, коли в минулому дружина відносно чоловіка, який занедужав, поводила себе упевнено, докоряла йому хворобою, то при повторному захворюванні він буде реагувати з побоюванням і невпевненістю, отже, зовсім по-іншому, ніж у випадку, якби дружина була йому опорою чи проявляла гіперопіку.

Іншим джерелом медичної свідомості є санітарна просвіта населення, що надає інформацію і поради про здоров'я та хвороби. Відіграє певну роль ступінь популярності медицини. Проте слід пам'ятати, що громадські інколи розуміє можливість медицини спотворено: або оптимістично необгрунтована віра в нові методи лікування, наприклад, раку, в ефективність лікування, що викликає омолодження, або надто песимістично – травмуючі психіку описи або демонстрації плакатів, де зображено патологоанатомічні зміни, наприклад, при інфаркті міокарда тощо.

Перш ніж говорити про ставлення хворих до своєї недуги, зупинимось на основних типах хворих.

Типи хворих

Усі хворі певною мірою бояться своєї недуги, її можливих наслідків: інвалідності, смерті. Вони по-різному реагують на госпіталізацію у лікарню, перебування в ній, лікування, режим, вимушену бездіяльність, обмеження особистої свободи і спілкування з іншими хворими. Медичному працівникові дуже важливо знати психологію хворих.

Виділяють такі основні типи хворих.

Підозріливі (тривожно-підозріливі). Вони “теоретики” (розумовий тип, за Павловим) і прагнуть довідатись усе про свою

хворобу від сусідів по палаті, медичного персоналу, знайомих, із медичних книг. Але набуті ними напівзнання не сприяють заспокоєнню (нерідко вони є більш шкідливими, ніж незнання). Незважаючи на скептичну настроєність, такі хворі легко піддаються навіюванню в межах кола неприємних думок, що стосуються їхньої недуги. Вони не можуть позбутися своїх нав'язливих страхів і вигаданих хвороб, хоч і розуміють їх необгрунтованість, а часом і безглуздість. У таких хворих часто бувають уявні гастрит, виразка шлунка, холецистит, захворювання серця.

Боягузливі – різновид підозріливих. Здебільшого це люди, які погано знають медицину. Їх діагнози обмежуються словами “печінка”, “серце”, “голова”, іноді з уточненням – “рак”, “інфаркт”, “гіпертонія”. Але йти до лікаря вони уникають через побоювання, що вигаданий діагноз може підтвердитись.

Уявні (істеричні) хворі відрізняються від боягузливих тим, що вони охоче йдуть до лікарів, піддаються різним, часто неприємним, діагностичним маніпуляціям, наприклад рентгенівському дослідженню шлунка, взяттю шлункового соку, дуоденальному зондуванню, іригоскопії та ін., акуратно роблять усі призначені аналізи. Незважаючи на негативні результати всіх досліджень і запевнення лікарів, що підозрюваної недуги немає, ці хворі іноді роками відвідують кабінети поліклінік.

Ліниві. Це справжні хворі, здебільшого хронічні. Оскільки хвороба не тяжка, вони не вважають її серйозною. Призначені ліки приймають від випадку до випадку, “коли пригадують” або після багаторазових нагадувань. Вони часто не дотримуються рекомендованого режиму (наприклад, не роблять фізичної зарядки, лікувальної гімнастики не здійснюють щоденних прогулянок), призначеної дієти, не відмовляються від куріння, вживання алкогольних напоїв і под. Словом, не виконують усього того, що потребує хоча б найменших зусиль волі або пов'язане з відмовою від звичок.

Заглиблені у хворобу (іпохондричні). Хворий підкорився своїй недужі, звикся з нею, іноді вважає її невиліковною, проте скрупульозно виконує всі приписи і рекомендації лікарів. Його день розписаний по годинах. На спеціальному аркуші розмічено час приймання ліків, відвідання поліклініки для приймання фізіотерапевтичних процедур, дні прийому в лікаря. Хворий система-

тично, кілька разів на день, вимірює температуру, рахує пульс, дуже цікавиться результатами багаторазово повторюваних аналізів. Якщо в нього гіпертонічна хвороба, то він з усякого приводу добивається повторного вимірювання тиску, якщо “сердечник”, то домагається повторення ЕКГ і т. д. Уважно стежить за новинками в галузі медицини, випишує журнал “Здоров’є”, має вдома фармакологічні та інші медичні довідники. Він завжди цікавиться новими препаратами і, відвідуючи лікаря, з’ясовує, чи можна йому приймати їх. Хвороба стала змістом і метою життя хворого. Видужання може позбавити його інтересу до життя.

Активні. Це позитивний тип хворого. Він тверезо ставить до свого захворювання, не засмучується, не вимагає надмірної уваги до себе. Спокійно і сумлінно виконує всі призначення, активно допомагає лікарю у боротьбі з недугою. Настрій у нього рівний, бадьорий: він упевнений у своєму видужанні й терпляче чекає його. Такий хворий швидко звикається з лікарняним режимом, сусідами по палаті. Вимушена бездіяльність не обтяжує його. Він знаходить собі заняття: читає, пише, щось майструє, при можливості допомагає іншим хворим у палаті.

До цієї ж категорії належить більшість невиліковних хворих, приречених на інвалідність: паралізовані, ті, що втратили кінцівки, сліпі та ін. Вони не підкоряються своїй недузі. Хворі на параплегію завдяки своїй активності уникають розвитку пролежнів, самі обслуговують себе при розладах тазових органів, звикають самостійно користуватися візком. Сліпі освоюють читання книг з опуклим шрифтом, різні ремесла, нерідко стають лекторами, викладачами. Глухонімі вчаться в спеціальних школах розмовляти, читати, писати і отримують спеціальності.

В усіх випадках інваліди завдяки своїй активності й використовуючи так звану залишкову працездатність стають корисними членами суспільства. Цей процес називають реадaptaцією (вторинне пристосування до праці) або реабілітацією (відновлення громадського стану хворого нарівні із здоровими людьми).

Чудовим прикладом всеперемагаючої волі може бути життя письменника Миколи Островського, який, будучи паралізованим і сліпим, продовжував творчу діяльність, диктуючи свої твори матері й дружині.

Вередливі, метушливі. Дратівливість властива багатьом хворим внаслідок їхньої недуги, вимушеного перебування в лікарняній палаті та багатьох інших обставин. Але серед різних хворих виділяється категорія метушливих, нетерплячих. Здебільшого це молоді люди, пов'язані з фізичною працею або з машинами та іншою технікою. Вони вважають, що людський організм – це також своєрідна машина. Такі хворі чекають від медицини і вимагають від її представників швидкого “ремонту”. Їм ніколи чекати, поки зламана кістка зростеться, і вважають, що уламки можна склеїти або зварити, як зварюють металеві конструкції. Ці хворі завжди в претензії до лікарів і конфліктують з ними. Вони порушують встановлений режим. Це в них ламаються гіпсові пов'язки, розв'язуються бинти і трапляються різні “аварії”. Вони твердять, що медична сестра робить ін'єкції не так, як треба, і не туди, куди слід, дає не ті ліки. Своєю метушливістю і нетерпінням вони часто самі затримують своє видужання і виписання з лікарні.

Аграванти і симулянти. Агравациєю називають свідоме перебільшення симптомів хвороби. Симуляція – це пред'явлення вигаданої, удаваної хвороби. І те, і друге трапляється не так рідко.

До агравації схильні істеричні особи. При дослідженні вони охкають, стогнуть, здригаються від кожного дотику. Скарги їхні перебільшені. Практично межу між агравациєю і симуляцією не завжди легко провести.

У більшості випадків за допомогою агравації і симуляції хворі хочуть здобути якісь вигоди або переваги: отримати або продовжити лікарняний листок, пенсію або компенсацію за виробничу травму, додаткову житлову площу відповідно до характеру захворювання, придбати путівку на курорт тощо.

Справжні симулянти завжди набридливі й нерідко нахабно настирливі. Вони не зупиняються перед будь-якими перешкодами для досягнення своєї мети.

Дисимулянти. Дисимуляція – це приховування своєї хвороби або фізичної вади. Найчастіше дисимулюють особи, які вступають до вузів та інших організацій і закладів, а також душевнохворі. Так, нерідко дисимулюють депресивний стан хворі на маніакально-депресивний психоз, домагаючись передчасного виписання з лікарні (іноді з метою самогубства).

Адекватні. Їх поведінка відповідає гармонійному типу реагування на хворобу.

Зрозуміло, що названі типи не охоплюють усієї різноманітності хворих, з якими доводиться мати справу медичним працівникам. Вони тільки ілюструють, як важливо медичному працівникові знати кожного із своїх хворих.

Психологічні типи реагування на хворобливий стан

У патогенезі соматичних захворювань важливу роль відіграють психологічний фактор, знання типів реагування соматичних хворих на свій стан, які можуть бути використані, поряд із специфічним біологічним лікуванням, для психотерапевтичного впливу з метою змінити ставлення хворого до свого стану та навколишнього середовища, що сприятиме не тільки усуненню окремих симптомів недуги, а й ефективності лікування. Розрізняють такі типи:

1. Гармонійний – характеризується правильним, раціональним ставленням до хвороби, прагненням активно сприяти лікуванню, а при несприятливому прогнозі – переключенням уваги на інші справи й інтереси.
2. Тривожно-депресивний – у цих хворих переважають тривога та пригніченість, безперервний неспокій щодо несприятливого перебігу хвороби, побоювання можливих ускладнень. Сумніви в ефективності лікування поєднуються з вимогами ознайомлення з об'єктивними даними обстеження, постійним пошуком нових засобів лікування, наміром знайти додаткову інформацію про хворобу та методи лікування.
3. Депресивний – пригніченість супроводжується песимістичними поглядами на можливістьвилікування та вираженими депресивними висловлюваннями. Особливого інтересу до обстеження та лікування вони не виявляють, заздалегідь переконані в поганих результатах.
4. Obsесивно-фобічний (нав'язливо-тривожний) – при цьому варіанті тривожна нерішучість більше стосується не реальних, а можливих ускладнень хвороби, а також малореальних життє-

вих утруднень, пов'язаних із недугою. Уявні побоювання хвилюють більше, ніж реальні.

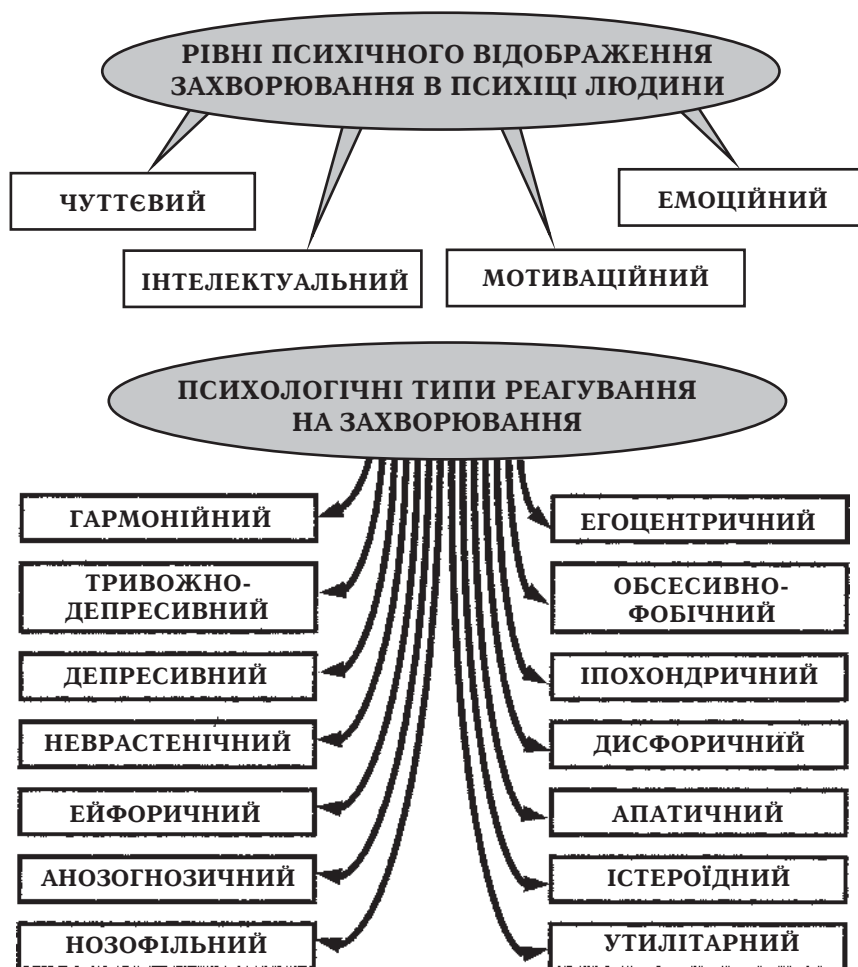
5. Іпохондричний – постійна зосередженість на хворобливих відчуттях, переживання та безперервні розмови про недугу призводять до перебільшеного суб'єктивного сприймання наявних, пошуку уявних сторонніх хвороб. Бажання лікуватись поєднується з недовірою в його успіх, вимоги обстеження – зі страхом шкідливості діагностичних процедур та інше.
6. Неврастенічний – для хворих характерні спалахи дратівливості при появі болю, стражданнях, нетерплячість із нездатністю чекати результатів лікування.
7. Дисфоричний (гнівливий) – хворі цієї групи відзначаються пригнічено-злісним настроєм із схильністю до спалахів крайньої невдоволеності, вимагають до себе особливої уваги. Скрупульозно виконують призначення, але, разом із тим, з підозрою і недовірою ставляться до нових призначень.
8. Ейфоричний – підвищений настрій хворих сприяє легковажному ставленню до недуги та лікування. Нерідко необгрунтовано вони надіються на те, що «само все обійдеться». Тому порушують режим, навіть якщо це призводить до загострення перебігу хвороби.
9. Анозогнозичний – для цих хворих характерне активне відкидання думки про недугу та її можливі наслідки. Прояви хвороби оцінюються як «несерйозні відчуття», тому вони нерідко відмовляються від обстеження та лікування або обмежуються самолікуванням.
10. Апатичний – цим хворим властива повна байдужість до хвороби, своєї долі та наслідків лікування. Вони втрачають інтерес до життя, до всього, що раніше їх цікавило. Пасивно підкоряються процедурам та лікуванню, якщо їх до цього спонукають близькі.
11. Егоцентричний – хворобливі прояви цієї групи виставляються на показ близьким з метою оволодіти їх увагою до себе, супроводжуються вимогами особливого піклування про них.
12. Зневажливий – хворий недооцінює серйозність захворювання, не лікується, не береже себе, відносно прогнозу виявляє необгрунтований оптимізм.

13. Нозофобний – хворий надто боїться своєї недуги, повторно обстежується, змінює лікарів. Він більш-менш розуміє, що його страхи перебільшені, але не може боротись з ними.
14. Нозофільний – пов'язаний з певним заспокоєнням і приємними відчуттями при недусі, оскільки хворий не повинен виконувати свої обов'язки, діти можуть бавитись і мріяти, дорослі читати або займатись улюбленою справою. Сім'я виявляє приємну увагу до хворого і турбується про нього.
15. Утилітарний – є вищим проявом нозофільної реакції. Він може бути зумовлений трьома мотивами:
- а) отримати співчуття, увагу і краще ставлення до себе;
 - б) знайти вихід з неприємної ситуації, якою може бути тюремне ув'язнення, військова служба, ненависна робота, необхідність платити аліменти;
 - в) отримати матеріальні вигоди: пенсію, відпустку, вільний час.

Утилітарна реакція буває більш або менш свідомою, вона може базуватись на нетяжкому і несерйозному захворюванні, а інколи спостерігається у здорових людей. Це проявляється агравацією і симуляцією.

Агравація – перебільшення ознак захворювання і суб'єктивних скарг. Вона буває повністю свідомою, а може зумовлюватись емоційними мотивами більш глибокого походження, наприклад, страхом, недовір'ям, відчуттям самотності, безнадійності, відчуттям, що ніхто тобі не вірить. Переходи від свідомої до менш свідомої агравації інколи бувають досить непомітними, а інколи навіть важко вловимими. Наприклад, хворий, у якого було виявлено незначні артрозні зміни в попереково-крижовому відділі хребта і який бачив больову реакцію при прийомі Ласега або знає про неї, від страху перебільшує вираження цього симптому (повторне обстеження студентами больового синдрому). Невротик з переривчастим сном стверджує, що він взагалі не спить. Мотивація агравації може бути зовнішньою “об'єктивною” або внутрішньою “суб'єктивною”. Приклад зовнішньої мотивації: хворому потрібно відремонтувати свою квартиру, і він хоче продовжити листок непрацездатності, “посилуючи” свої скарги, заявляючи, що йому стало гірше. Приклад внутрішньої мотивації: хворий живе сам, страждає від мігрені, від лікаря чекає більшої уваги, частішого

РІВНІ ПСИХІЧНОГО ВІДОБРАЖЕННЯ НЕДУГИ В ПСИХІЦІ ЛЮДИНИ І ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ



спілкування і людського співчуття, перебільшує свої скарги, щоб лікар частіше відвідував його.

Симуляція – це стан, коли здорова людина свідомо прикидається хворою. Вона зустрічається рідше, ніж агравація. Як правило, до

неї вдаються досить примітивні особи, в яких розпізнати симуляцію досить легко, або, навпаки, дуже досвідчені, проникливі, нахабні й безвідповідальні люди, частіше з істероїдним складом характеру.

Дисимуляція – це приховування хвороби та її ознак. Часто зустрічається в психіатрії при психозах. При інших захворюваннях вона виникає, головним чином, тоді, коли є певні об'єктивні або суб'єктивні невігоди для хворого: при туберкульозі – довге перебування в диспансері, при сифілісі – виявлення контактів, у хірургії – можливість операції. У наш час, коли росте безробіття і скорочують робочі місця, хворі нерідко стараються приховати свою недугу, щоб не потрапити під скорочення першими.

Чим більше вдається позбавити хворого від страху перед обстеженням, лікуванням і наслідками недуги, тим успішніше можна попередити дисимуляцію. Звичайно, велике значення мають і соціальні умови. У виявленні агравації, симуляції і дисимуляції велику роль (нерідко основну) відіграють медичні сестри, які, на відміну від лікаря, постійно спостерігають за хворим. У разі підозри на наявність цих станів медична сестра повинна доповісти про результати своїх спостережень лікуючому лікарю.

Амбівалентні елементи при переживанні хвороби

Традиційне уявлення про хворобу має характер чогось безумовно негативного. Проте дані психотерапевтичних спостережень свідчать про те, що в суб'єктивному переживанні хвороби є і протилежна сторона, яка є усвідомлено або підсвідомо позитивною і приємною для хворого, що зумовлено тими вигодами, які недуга дає людині.

Найяскравіше це проявляється в чистому вигляді при так званих кардіальних неврозах. При нападі хвороби всі різноманітні життєві турботи і невпевненість відходять на задній план, а в центр уваги суб'єкта потрапляє “хворе” серце. Наприклад, у колишнього відповідального працівника, який об'єктивно повинен був звільнитись з роботи у зв'язку з невідповідністю посади, виник серцевий напад від перевтоми на роботі після бурхливих зборів. Пізніше він звільнився з роботи за власним бажанням через стан здоров'я і відтак завжди підкреслював, що саме на відповідальній роботі втратив здоров'я. Хвороба стала психологіч-

ним щитом для збереження престижу, що дозволило йому гідно піти з роботи.

Другий приклад: суб'єктивно позитивне сприймання однієї із сторін хвороби може викликати посилене усвідомлення власної гідності, особливо у певних освічених пенсіонерів. Такі хворі використовують свої знання й інформацію про недуги і на очах інших хворих стають у рівноцінну позицію відносно лікаря, з яким вони “із задоволенням розмовляють як освічена людина з інтелігентом”. При хронічних захворюваннях з них виходять “досвідчені лікарняні пацієнти”, які втручаються у виробничі, а інколи і в особисті, справи у відділенні, причому не завжди тактовно.

Третій приклад елементів амбівалентності при переживанні хвороби: жінки старшого віку мають схильність позитивно переживати, перш за все увагу лікаря, турботу і співчуття медсестри. Покращання стану здоров'я такі хворі часто сприймають неоднозначно: вони радіють, що серйозна загроза їх здоров'ю зникла, але побоюються майбутнього. Одинокі люди свідомо або несвідомо бояться повернення в ізоляцію від суспільства. Інші хворі з конфліктними ситуаціями в сім'ї (наприклад, у межах системи “свекруха-невістка”) не хочуть повертатись у конфліктні умови. Це явище називають “боязню одужання”. Зрозуміло, що у цьому випадку тривога і страх знаходять раціональний вихід не в адекватній діяльності, а у підтримці та провокуванні нових нападів хвороби. Тут необхідно застосувати соціо- і сімейну психотерапію.

Культ хвороби

Культ хвороби – це соціальне явище, яке тісно пов'язане з неоднозначним ставленням до недуги. Відомо, що в 30-х роках в Німеччині вважалось неприпустимим у товаристві розмовляти про хвороби. Це ж було і в Спарті. Проте сьогодні розмови про хвороби, медичні обстеження і модні методи лікування часто стають темою, що «смакується» в товаристві. Складається враження, що складність світу, яка зростає, і бурхливий ріст змін, що відбуваються в ньому, призводить, особливо серед старших людей, до того, що авторитетно вони можуть вести розмову лише про політику, а також про свої фізичні недуги і переживання. Не можна обійти увагою і той факт, що, чим більше страждань перенесла

людина при своїх захворюваннях, тим більші її претензії на визнання і захоплення нею, що часто виявляється при повторних обстеженнях.

Особливості психології медпрацівника як хворого

Знання про хвороби, з однієї сторони, можуть бути захистом від спотвореного погляду на недугу і допомагати при індивідуальній профілактиці захворювань. А з іншої – знання ймовірних ускладнень лікування, можливості несприятливого перебігу хвороби можуть турбувати медика значно сильніше, ніж нефахівця, який не має про них ані найменшого уявлення.

Медики не люблять лікуватись. Пам'ятаючи про свою відповідальність за здоров'я інших людей, вони здебільшого переносять на ногах ангіну, грип, ГРЗ, виходять на роботу недолікованими, лікуються симптоматично.

Як правило, медики недооцінюють початкові прояви хвороби (анозогнозія). Після недооцінки початкових ознак недуги пізніше, коли медик вимушений серйозно займатись своєю хворобою, обстежуватись і лікуватись, інколи з'являються інші крайнощі: переоцінка серйозності ознак, песимістичний погляд на захворювання і його прогноз.

Лікар знає обмежені можливості сучасної медицини і не має тієї віри та надії, які має хворий-нефахівець, який нерідко вважає, що медицина успішно лікує всі недуги.

Медик, який вимушений не говорити правду хворим про їхні невиліковні недуги, нерідко вважає, що його колеги також приходять від нього правду про дійсний стан його здоров'я.

Хворий медик часто схиляється до недосконалої автодіагностики й автотерапії і не дотримується основного принципу, який дуже вдало висловив М.О. Белоногов: “Так само, як ніхто не може бути суддею на власному судовому процесі, так само ніхто не може бути і своїм власним лікарем”.

Медик часто бере на віру так званий “діагноз на ходу”, коли лікар встановлює йому діагноз при зустрічі в коридорі лікарні. Нерідко медик спочатку лікується, а при відсутності результату починає обстежуватись.

Бажано доручати лікування медика, який сам захворів, лікарю більш старшого віку.

Госпіталізм і психічна депривація

Госпіталізм і психічна депривація є психологічними феноменами, які розвиваються у дорослих людей і дітей внаслідок тривалого перебування поза сім'єю, зокрема – в лікарнях, будинках немовляти, тижневих дитячих яслах.

Госпіталізм розвивається у дорослих, але частіше похилого віку, а явища психічної депривації – у дітей.

Факторами, які сприяють їх виникненню, є: бідний психічний клімат у середовищі, недостатність людської уваги до дитини чи хворого, недостатність емоційного прояву з боку обслуговуючого персоналу. Ці чинниками викликають у дітей так звану психічну депривацію, яка проявляється пасивністю, затриманням розвитку в них навичок спритності й розумових здібностей.

Як наслідок – прояви психічного регресу. Дитина ніби повертається в минулий етап свого розвитку: втрачає деякі вже набуті навички, наприклад гігієнічні, такі, як підтримування чистоти тіла, самостійне виконання сечовиділення і дефекації, втрачають уміння самостійно одягатись, не розвивають мовних навичок, розмовляють менше і гірше, не вміють гратись.

З емоційної сторони дитина реагує:

1. Депресією, нудьгою і плачем.
2. Шумним, злобним протестом, біганиною, пошуками матері.
3. Аутизмом, замкнутістю, не “впізнає” маму, яка її відвідує. Це підсвідоме витіснення – дитина безсвідомо “карає” маму за те, що вона її залишила.
4. Утилітарне ставлення до факту госпіталізації. Дитина починає вимагати до себе багато уваги, бо вона “хвора”, або не бажає виписуватись із лікарні, щоб іти до школи.
5. Отупіння, яке в більшості випадків має риси моторного регресу: монотонні, стереотипні кивальні рухи, смоктання пальців, неартикулярні звуки й інші неадекватні прояви моторної активності, що не відповідають віку дитини.

Госпіталізм частіше розвивається у людей похилого віку, які перебувають у лікарні на стаціонарному лікуванні (наприклад у туберкульозній або психіатричній) тривалий час і втратили зв'язок із сім'ями. Після виписування з лікарні їм немає до кого повернутись або сімейні обставини є несприятливими.

Тривала госпіталізація може призвести до соціальної дезадаптації. Людина втрачає навички ділового спілкування, різко знижується здатність до самообслуговування. Пролікований хворий боїться самотності, втрати того мінімуму контактів, які є в лікарні (з лікарями, медсестрами й іншими хворими, особливо молодими).

Госпіталізм є фактором підвищення рівня суїцидності. Дезадаптовані хворі після виписання з лікарні нерідко роблять спроби самогубства.

Госпіталізм і феномен психічної депривації є медико-соціальною проблемою. Без соціального аспекту цю проблему вирішити неможливо.

Лікар повинен психологічно підготувати хворого до виписання, а також вжити всіх заходів щодо профілактики психічної депривації у дітей (разом із психологами і педагогами).

ПСИХОЛОГІЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Основні мотиви вибору професії медика:

1. Частина молоді вибирає медицину в результаті свідомої зацікавленості цим предметом на основі попереднього потягу до біологічних наук.
2. Значну роль відіграють професійні традиції сім'ї (сімейні династії). Саме ця група майбутніх медичних працівників найбільш глибоко і всесторонньо усвідомлює всю відповідальність і труднощі, пов'язані з вибраною професією.
3. Незначна частина молодих людей вибирає цю професію тому, що вони самі перенесли серйозну хворобу або спостерігали її у своїх близьких і вирішили присвятити своє життя хворим за покликанням. Саме цей контингент найбільш відданий своїй професії.
4. Деякі молоді люди стають медиками тому, що мають належні передумови для навчання (добрі здібності, достатній рівень інтелекту), але не мають певного таланту в іншій галузі (художника, музиканта, архітектора, математика тощо).
5. Незначна частина молоді вирішує здобути медичну освіту для того, щоб отримати будь-який фах і "зайняти час" після закінчен-

ня загальноосвітньої школи. Чи будуть у майбутньому працювати за фахом, вони особливо не задумуються. Здебільшого такі студенти навчаються посередньо, природної потреби у ґрунтовному засвоєнні фахових знань і практичних навичок у них немає.

Вибираючи професію медика, молода людина повинна усвідомити важливість свого вибору і майбутні наслідки для себе та хворих людей, яким вона повинна буде допомагати. Необхідно самокритично оцінити мотиви, які спонукають іти у медицину, і свої психологічні якості. Якщо у молодій людині немає внутрішнього потягу до медичної діяльності або її психічний склад не відповідає належним потребам, такій людині у медицині робити нічого. Вона зіпсує своє життя або його частину (потім доведеться перекваліфіковуватись), може нашкодити хворим людям та “заплямувати” медицину, а отже, й інших медиків.

Вимоги до особистості медичної сестри

1. Молода людина, яка вирішила присвятити себе медицині, повинна усвідомити, що професія медика покладає на неї обов'язок стати в майбутньому духівником, учителем і цілителем хворих та немічних людей, а також їх родичів і близьких. Медична сестра, яка під час виконання своїх професійних обов'язків найбільше контактує із хворим і його родичами, повинна вміти професійно і делікатно підтримувати належний душевний стан пацієнта та його близьких, а також своїми словами, інструкціями і, що важливо, діями й особистим прикладом постійно вчити хворих і їх родичів боротись з недугами, дотримуватись вимог режиму, впроваджувати в життя принципи реабілітації, реадaptaції і профілактики. І, нарешті, вона повинна стати цілителем хворих, а не механічним виконавцем призначень лікаря. Медична сестра повинна завжди пам'ятати, що лікують не медикаменти і маніпуляції, а саме медики як особистості, які за допомогою медикаментів, маніпуляцій, оперативних втручань відіграють головну роль у лікувальному процесі.
2. Однією з найважливіших складових особистості медичної сестри є внутрішня потреба допомоги хворим, немічним, калікам, а також їх родичам і близьким. Без наявності цієї внутрішньої потреби вона не стане духівником, учителем і цілителем, а у кращому випадку буде “людиною у футлярі”, “живим роботом”, що автоматично виконує призначення і вказівки лікаря.

3. Якісне й осмислене виконання медичною сестрою своїх професійних обов'язків передбачає високий професіоналізм, складовими частинами якого є глибокі знання, вміння і володіння практичними навичками. Під час навчання в училищі або на сестринському факультеті вузу майбутні медичні сестри здобувають лише базову освіту. Після отримання сестринської освіти необхідно вдосконалювати свої знання і вміння протягом усієї своєї професійної діяльності. Медицина як наука і практика постійно розвивається та ускладнюється, постійно з'являються нові методи діагностики і лікування, а тому медична сестра повинна йти в ногу з часом і новими вимогами. Медик, який не дбає про постійне підвищення свого професійного рівня, обов'язково відстає від життя.
4. Високий професіоналізм медичної сестри органічно включає в себе дисциплінованість і організованість. Її робота пов'язана з великим навантаженням. Необхідно своєчасно та якісно виконувати безліч призначень лікаря, приділяти хворим належну увагу. Саме такі якості особистості, як дисциплінованість і організованість допомагають медичній сестрі впоратись із своїми обов'язками.
5. Високий професіоналізм у поєднанні з дисциплінованістю й організованістю повинен органічно поєднуватись із душевністю, емпатією і ввічливістю. Важливо, щоб належні задатки цих душевних якостей були уродженими, імітація їх рано чи пізно обов'язково виявиться. Проте медична сестра не повинна надіятись лише на уроджені задатки цих якостей, їх необхідно постійно розвивати й удосконалювати. Їй потрібно пам'ятати, що між емоціями, які виникають до об'єкта, і діями щодо нього завжди є взаємозв'язок. Психологи встановили, що ми любимо того, кому робимо добро, і ненавидимо того, кому робимо зло. Отже, душевність, співпереживання, ввічливість та інші чесноти необхідно постійно розвивати й активно ними користуватись.
6. Високий професіоналізм "омертвіє", якщо не буде поєднуватись з умінням належного ділового і, разом із тим, душевного спілкування з хворими та їх родичами. Уміння розпочати мовне і невербальне спілкування, вислухати хворого, підбадьорити його, посилити надію на сприятливий вихід із ситуації є не-

від'ємною частиною професіограми медичної сестри. Пігулка, яку медична сестра подасть із підбадьорливою посмішкою, подіє значно краще, ніж коли її тицьнуть хворому з холодним або, ще гірше, презирливим поглядом. Медична сестра завжди повинна пам'ятати, що тепле, підбадьорливе слово діє не менше, а, нерідко, більше, ніж призначені ліки.

7. Медична сестра є членом медичного колективу і контактує з хворими. Усі люди мають різний характер, а нервова система хворих ще й виснажена недугою. Ось чому під час виконання медичною сестрою професійних обов'язків інколи можуть виникати конфлікти з хворими. Уміння вдало розрядити обстановку, не допустити і своєчасно погасити конфлікт є невід'ємною складовою професіограми медичної сестри. За цих умов медичній сестрі потрібно проявити, з однієї сторони, делікатність і душевність, а з іншої – принциповість і рішучість. У будь-якій ситуації вона повинна продемонструвати вихованість, витримку, повагу до опонента і самоповагу. Медична сестра не повинна надмірно реагувати на примхи і несуттєві зауваження хворого, які свідчать про астенизацію його нервової системи, але, разом із тим, їй необхідно вміти відстояти свою гідність, пам'ятаючи, що вона як медик є духівником, учителем і цілителем, а не безсловесним і безправним попіхачем.
8. Важливою складовою частиною професіограми медичної сестри є володіння принципами медичної етики, деонтології, психогігієни і психопрофілактики.
9. Мають велике значення довіра хворого до медика і психологічна сторона взаємостосунків. Кваліфікація медика є лише інструментом, застосування якого з більшим або меншим ефектом залежить від інших сторін особистості працівника.
10. Для прояву довіри велике значення має перше враження, яке необхідно підтримувати. Тут важливе не лише вербальне, а і, більшою мірою, невербальне спілкування (відповідна міміка, жестикуляція, тон голосу). Відіграє свою роль і зовнішній вигляд: якщо хворий бачить медика неохайним, або невиспаним тощо, то віра в нього знижується. Хворий підсвідомо розуміє: якщо людина не турбується про себе, то вона не може турбуватись і про інших.
11. Внутрішня культура, етика і тактовність медика. Наприклад, бувають ситуації, коли можна проявити почуття гумору, але

ЯКОСТІ ОСОБИСТОСТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА



без тіні іронії і цинізму, згідно з принципом: “Сміятись разом із хворим, але ніколи над ним”. Потрібно пам’ятати, що є хворі, які не переносять гумору навіть з добрими намірами і розуміють його як неповагу та приниження.

12. Почуття відповідальності. Приймаючи кожного разу серйозне рішення, медик повинен уявити і критично оцінити його результати для здоров’я і життя хворого.
13. Гармонійність особистості медика. Врівноваженість і самоконтроль. Медик повинен бути особистістю: спостерігати за реакцією на свою поведінку безпосередньо (за розмовою, оцінкою міміки, жестів хворих) і опосередковано, коли поведінку оцінюють колеги (з боку видніше).
14. Турбота про своє добре ім’я. Медичний працівник втрачає авторитет, коли створюється враження, що він є тим, кого називають “поганою або важкою людиною”. Наприклад, зверхня поведінка, недоречна іронія, підлабузництво до начальства, несприймання критики, пустослів’я, злорадство, ігнорування порад досвідчених колег.

Ілюзії і деілюзії

Молодь часто схильна до ілюзій і переоцінки своїх можливостей. Як і більшість людей, медики-початківці, як правило, вважають медицину всесильною. На практиці вони переживають деілюзію – розчарування. Сучасна медицина може успішно лікувати лише гострі патологічні стани, а не вилікувати всіх людей на всіх етапах хвороби. Проте гіпертрофія деілюзії є шкідливою. Медики перестають бачити хворих, а лише фіксують випадки з практики. Лікарі з надмірною самооцінкою лідерів починають переживати, що вони не можуть зробити вирішальний особистий внесок в умовах колективної роботи (бригада реанімаційного відділення, етапне лікування інфаркту міокарда і под.). У деяких молодих медиків при невдачах опускаються руки. Певна їх частина звекається з тим, що вони “не боги”, і тоді перестають критично самооцінювати, чи все можливе зробили для хворого. У деяких молодих медиків розвиваються підвищені незадоволення та нервозність відносно хворих, а також колег, вони викликають у людей антипатію, псують собі та іншим життя.

Професійна психічна деформація

Кожна професія як може сприяти розвитку людини й удосконалювати її особисті якості на користь суспільства, так і деформувати душевні якості людини.

Схильність до професійної деформації особливо часто спостерігається у представників певних професій, які володіють малоконтрольованою і важко обмеженою владою. Від рішень і волі цих людей залежать гідність та існування, здоров'я і навіть життя інших людей, як це буває у вчителів, суддів, працівників правоохоронних органів, а також у лікарів і медичних працівників.

Медик володіє певною владою над хворим, отже, у нього також є високий ризик щодо розвитку психічної деформації. Влада належить використовувати лише з доброю метою.

До кожної спеціальності потрібно адаптуватись. Майбутні медики повинні адаптуватись до нових незвичних умов, які іншим не під силу (робота з трупами і трупним матеріалом, вигляд крові, тяжких травм, травматичних операцій, спостереження за стражданнями і смертю хворих, експерименти на тваринах і под.). При цьому важливо не втратити душевних якостей. Адже професійна деформація розвивається, як правило, поступово і непомітно саме на етапі професійної адаптації.

Спочатку студенти досить емоційно переживають стикання з вищезгаданими факторами, які невіддільні від отримання медичної освіти. Потім вони звикають, поступово розвиваються емоційна гіпестезія і навіть байдужість. Не можна проявляти неповагу до покійників і трупного матеріалу, а також проводити експерименти на тваринах без глибокої анестезії і заради лише однієї цікавості.

Проявом професійної деформації є і поведінка, і вислови медичних працівників. Якщо під впливом звички значною мірою проявляється черствість відносно хворих, то такі медики складають враження бездушних і навіть цинічних людей. Наприклад, лікар і медична сестра не вважають за потрібне відгородити хоча б ширмою хворого, який помирає, в багатомісній палаті. Медичним сестрам і лікарям не заважають великі палати. У них інколи легше впоратись з роботою, бо хворі самі спостерігають один за одним і допомагають один одному більше, ніж у малих палатах. Але цей стан може травмувати психіку хворих. Вондречек афо-

ристично описує: “Страшно перебувати у палаті, де один їсть, другий стогне, третій справляє дефекацію, а четвертий помирає”. Деякі хворі до цього швидко звикають. Але вислів Ф. Достоевського “Людина – це істота, яка до всього звикає” не можна бездушно застосовувати в житті. Коли є найменша можливість, необхідно усунути психотравмуючу ситуацію.

Усе, що пов’язано з професійною деформацією, має психологічне значення. Причиною її є не погані наміри або бажання шкодити хворому. Це не садизм, а погана неусвідомлена звичка, яка виробилась упродовж тривалого часу. Вона проявляється у своєрідному професійному жаргоні. Наприклад, розмова, коли один медик, який іде додому, “передає” своїх хворих іншому: “Що у тебе тут є?” Чотири шлунки, три жовчних міхури й один камінь у нирці”.

Інколи деформація проявляється у вигляді професійного захоплення патологією. Наприклад, вислів професора: “Погляньте, колеги, яка прекрасна сифілітична виразка!” або рентгенолога: “Я вже давно не бачив таку чудову каверну!”.

Інертність професійної деформації значною мірою утримується внаслідок історичної традиції професії медика і його становища в суспільстві. У минулому лікар був не лише цілителем, учителем, духівником, але також і магом-чарівником і володарем. Це положення на сьогодні дещо видозмінилось, але у своїй сутності залишилось. Раніше людей буквально зачаровували знахарі, відьмаки-цілителі, провидці долі. Зараз їх також зачаровують можливості сучасного прогресу в галузі медичної апаратури, технологій, нових “модних” препаратів, особливо ефектні рекламні повідомлення в телепередачах і пресі. Проте, чим менше глядач або читач розуміє фактичну сторону цього процесу, тим більше його хвилює зовнішня “магічна” сторона. Магічний наліт, підсвідоме відчуття влади над людиною, яка шукала і дотепер шукає у лікарів останнього захисту, залишили в психології медичних працівників пережитки, які інколи мають навіть кастовий характер. Адже психологами встановлено, що у більшості людей є неусвідомлений потяг до влади над іншими людьми. Такі медики ставляться до хворих зневажливо, а інколи навіть не помічають їх, або ставляться, як до речей. У поведінці й жестах цих лікарів видно явну демонстративну відсутність інтересу до хворого, особливо як до особистості, до

людини. Інколи вони навіть ігнорують хворого і є брутальними відносно нього. Деякі медики бажають створити собі авторитет і роблять вигляд або підкреслюють, що вони страшенно зайняті: “Вас багато, а я один”. Проте потрібно відмітити, що такий суворий і гордовитий тип поведінки інколи може спричиняти мобілізувальну і навіть терапевтичну дію на простих та примітивних хворих, які вбачають в особі медика майже бога. Цей метод свідомо або підсвідомо використовує більшість шарлатанів. Але така поведінка медика викликає у багатьох хворих відразу і недовір’я.

Ось чому потрібно стежити за тим, щоб підсвідомо професійна психічна деформація, яка безконтрольно розвивається, не стала одним із факторів негативного психологічного впливу на хворих.

Основні психологічні типи медичних сестер

Психологи виділяють такі основні типи медичних сестер:

1. Сестра-рутинер. Цей тип існував тоді, коли медична сестра механічно виконувала призначення лікаря. Доручення такі медичні сестри виконують дуже точно і скрупульозно. Проте вони за лікарськими призначеннями не бачать хворого, працюють, немов автомати, а самого догляду насправді немає. Автоматично виконуючи лікарські призначення, медичні сестри можуть здійснювати нелогічні вчинки, які межують з абсурдом. Наприклад, ретельно виконуючи призначення лікуючого лікаря, вони здатні розбудити хворого для того, щоб він прийняв снодійний препарат. На жаль, такий тип медсестер найбільш часто зустрічається серед середніх медичних працівників.
2. Сестра, яка “грає заучену роль”. Такі медичні сестри поводять себе із хворими, немов би актори. В їхній поведінці та вчинках відчуваються нещирість, показність і награність. Це, здебільшого, заважає формуванню належного контакту між ними і хворими. Нерідко вони настирливі, хочуть продемонструвати свою благодійність, проявляючи при цьому неабиякі “артистичні” здібності, але добиваються зворотного ефекту, коли хворого стомлює або дратує надмірна настирливість.

3. “Чоловікоподібна” медична сестра. Відрізняється сильною волею. Для неї характерні рішучість у словах і діях, наполегливість, пунктуальність, обурення з приводу найменшого безладу. Стиль її поведінки визначається глибоким переконанням, що хворий існує для підтримання порядку у відділенні, а не порядок у лікарні для того, щоб допомогти хворому. Така рішуча особистість здатна стати прекрасним організатором, хорошим педагогом (виконувати обов’язки старшої зміни, старшої або головної сестри). Про цих медичних сестер нерідко говорять: “Строга, але справедлива”. Проте при нестачі культури й освіти або низькому рівні розвитку така медична сестра є надто ригідною, прямолінійною, може бути брутальною і навіть агресивною стосовно хворих.
4. Тип “спеціаліста”. Ці медичні сестри виконують спеціальну роботу завдяки особливим властивостям особистості. Вони є прекрасними масажистками, лаборантками, друкарками тощо. Нерідко ці особи є акцентуовані за епілептоїдним або шизоїдними типом. Вони можуть бути фанатиками своєї вузької діяльності.
5. Медичні сестри “материнського типу”. Вони проявляють найбільшу душевність при догляді за хворими, є дуже рухливими, лагідними і легко налагоджують емпатичні взаємовідносини з ними. До пацієнтів ставляться, як до рідних дітей. Турбота про хворих для таких медсестер – невід’ємна умова життя. Вона є щирою, без тіні награності, що моментально вловлюється хворими. Ці медичні сестри практично ніколи не вступають у конфлікти, одна їх поява нерідко згладжує напружену обстановку. В медицину вони йдуть за покликанням душі.
6. “Нервова сестра”. Це емоційно лабільна особистість, схильна до невротичних реакцій. Вона часто перебуває у стані надмірного психічного напруження, яке проявляється роздратованістю, брутальністю, запальністю, що шкідливо впливають на хворих. Нерідко її міміка, погляд і голос відображають похмурий настрій, образу на всіх. Інколи така медична сестра відрізняється підвищеною помисливістю з тривожністю і схильністю до іпохондрії. Вона боїться заразитись від хворих інфекційними захворюваннями, екземою тощо. Свою роботу не лю-

бить, нерідко зловживає бюлетнями непрацездатності. Такій медичній сестрі небажано працювати з хворими. Для неї більше підходить робота в архіві, дітсестри, лаборанта тощо.

Вищеописані типи медичних сестер є, здебільшого, орієнтувальними. У реальному житті частіше зустрічаються змішані типи, які включають риси різних типів сестер. Переважно негативні риси можна відкорегувати, що залежить від вихователів медичних сестер (викладачів, завідувача відділу, лікуючих лікарів, старшої медичної сестри). Будь-яка робота формує не лише професійні знання й уміння, але і всю особистість у цілому. Хороша медична сестра відчуває постійну потребу не тільки у постійному поповненні своїх знань, але і у розвитку своєї особистості.

ПСИХОЛОГІЯ РОДИЧІВ ХВОРОГО. ПСИХОЛОГІЧНА СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ

Психологія родичів хворого зумовлена їх особистістю, яку сформувало життя, й особливостями ставлення до хворого.

Інтереси більшості родичів звичайно зосереджуються на тому, щоб сприяти якомога швидшому одужанню хворого. Нерідко родичі більше стурбовані його недугою, ніж він сам. Якщо родичі довіряють медикам, то вони переконані, що лікарі зроблять для хворого все, що в їх силах. Своє основне завдання родичі вбачають у тому, щоб максимально допомогти хворому і медикам. Проте часто зустрічаються родичі, які надто стурбовані різноманітними питаннями про хворобу, кваліфікацією та характером лікарів і медичного персоналу, рівнем медичного закладу, можливістю медикаментозного й технічного забезпечення лікування і под. Якщо взяти до уваги, що як хворий, так і його родичі можуть сприймати і переживати ситуацію або спокійно або перелякано, то найменш бажаною комбінацією буде така: переляканий хворий + переляканий родич. У такій ситуації лікар і медичний персонал витратять більше часу й енергії на розмови і психотерапевтичні заходи, спрямовані на заспокоєння хворого і його родичів, ніж на надання самої медичної допомоги.

Належним чином поведуть себе ті родичі, які відвідують хворого так часто, наскільки дозволяє стан його здоров'я, не приносять нічого з того, що йому не дозволено (їжу, напої, ліки), не розмовляють з ним надто багато про його недугу, відволікають приємною і цікавою бесідою. З медиками вони розмовляють коротко, ясно і по суті. Якщо родичі потребують якогось роз'яснення або чимось незадоволені, то звертаються до лікаря, а не турбують хворого своїми сумнівами, припущеннями і здогадками.

Проте надто виражена активність родичів хворого, навіть за умов добрих намірів, може призвести до розвитку неправильних стосунків. Керуючись надмірною любов'ю і турботливістю, вони не звертають ні на що уваги, не дотримуються часу, виділеного для відвідувань, демонструють при хворому своє незадоволення, приносять йому багато продуктів, які він не встигає з'їсти, що родичі розцінюють як загрозливий симптом захворювання.

Інколи налякані родичі індукуються ситуацією хворого. Наприклад, вони самі бояться операції і переконують лікаря, що “хворий її не перенесе”. Недовірливі родичі можуть таємно приносити хворому ліки або засоби від знахарів і різноманітних “цілителів” внаслідок переконання, що вони дають значно кращий ефект, ніж призначені лікарем. Інколи родичі роблять активні спроби допомогти хворому видужати без узгодження з лікуючим лікарем (наприклад, вимагають тимчасово відпустити з лікарні для консультації в авторитетного спеціаліста або для проходження “оздоровчого” сеансу цілителя чи звичайнісінького шарлатана). Іноді вони починають панікувати і вимагати дозволу цілодобово перебувати біля важкохворого, не усвідомлюючи того, що він вимагає відпочинку, а лікар і медичний персонал – спокійних умов праці. Різноманітні прохання, побажання і втручання родичів не лише відривають медиків від роботи, але інколи, якщо вони звучать з високих позицій імперативним, начальницьким і зверхнім тоном, можуть свідомо і підсвідомо відбити бажання допомогти хворому.

Кількість втручань родичів у роботу медиків не завжди відповідає важкості захворювання. Якщо родич щодня з приводу хворого ставить лікареві кілька запитань або дає поради особисто чи телефоном, доречно пояснити йому, що вже відбулося декілька подібних розмов і було б краще, якби він цей час витратив на хворого.

Є родичі, які не проявляють належної уваги до хворого, не відвідують його, не цікавляться станом здоров'я, не спілкуються з лікарем. Якщо хворого виписують, то вони неохоче вступають з ним у контакт. Це частіше стосується родичів хронічно- і психічнохворих, хворих похилого віку або коли хворий і родичі знаходяться у стані конфлікту. Саме ці причини є основним підґрунтям госпіталізму, коли пацієнт занурюється у лікарняне середовище, яке потім фіксує його хворобливі розлади.

Деякі відвідувачі можуть поводити себе з хворим нетактовно. Ось типова розмова з хворим: “Як же ти погано виглядаєш! Що тут з тобою роблять?!” Приятельки погіршують стан хворої плітками, повідомленнями про інтриги і конфлікти, які відбуваються у середовищі, де перебувала жінка до госпіталізації у лікарню.

Деякі відвідувачі (“трудоголіки” – орієнтовані на роботу) без узгодження з лікарем ставлять перед хворим завдання, що стосуються його роботи. Такі відвідування можуть бути сприятливими, коли хворий одужує. Тоді отримані виробничі завдання посилюють впевненість його у своїх силах, усвідомлення власної гідності, укріплюють відчуття значущості й цінності. Хворий переживає радість, очікуючи повернення на роботу і в сім'ю.

Якщо медик помічає, що стан хворого після відвідувань регулярно погіршується, то він повинен тактовно, але рішуче вжити відповідних заходів. Це може бути “коригувальна” бесіда з відвідувачами, а за необхідності – заборона відвідувань.

Неадекватне підвищення інтересу родичів до хворого, незалежно від того, чи йдеться про прояви турботи стосовно самого хворого, чи недовіру до лікування, нерідко пояснюється наявністю своєрідного відчуття “нечистої” совісті родичів, виправданим чи безпідставним відчуттям, ніби вони щось недогледіли та якись чином винні у хворобі свого родича.

Особливо яскравий цей “комплекс вини” у типових проявах так званої психологічної співзалежності родичів хворого.

Жити з важкохворим тяжко всім членам сім'ї. Хвороба однієї людини є сильним стресором для його близьких. Яскравим прикладом того, як важка хвороба впливає на душевний стан членів сім'ї і змінює їх психологічний “портрет” є реагування дружин і матерів хворих на хронічний алкоголізм і наркоманію.

Психологічний стан близької людини, яка проживає разом із наркологічним хворим, називають **співзалежністю**, оскільки на її психічну діяльність суттєво впливає хворий родич.

Розпізнавання співзалежності. Направленість назовні – це головна її характеристика. Вона зумовлена низькою самооцінкою співзалежних, на яких впливають зовнішні оцінки, взаємовідносини з іншими. Перебуваючи у винятково тісних взаємовідносинах з чоловіками-алкоголіками чи наркоманами, жінки не знають, де закінчується їх особистість і починається особистість хворого. Тому вони відчувають те саме, що і хворі. На запитання “Як ви себе почуваете?” жінка хворого може відповісти: “Спочатку я повинна відчути, в якому стані чоловік, а потім зможу зрозуміти, як я себе відчуваю”.

Друга форма направленості назовні – це турбота про те, яке враження співзалежні люди справляють на інших. Цим людям необхідно, щоб усі сприймали їх саме так, як хочуть вони самі. Розвиваються дивовижні здібності розпізнавати, що подобається іншим. Життя співзалежних людей визначається запитанням: “Що подумают люди?”.

Піклування про інших. Оскільки співзалежні мають низьку самооцінку і дуже сильно орієнтовані назовні, вони люблять піклуватися про інших і добиваються, щоб люди вважали їх незамінними, відчували в них потребу. Особливо це стосується жінок, у яких чоловіки хворіють на алкоголізм чи наркомані.

Тілесні хвороби. Тілесні недуги досить часто супроводжують співзалежність. Співзалежні багато працюють і витрачають надто багато сил на те, щоб вижити й утримати хворого. У них розвиваються пов'язані із стресом різноманітні функціональні розлади і психосоматичні хвороби. Найчастіше це головний біль, респіраторні захворювання, біль у ділянці серця, шлунково-кишкові розлади, гіпертензія.

Егоцентризм. Співзалежні відзначаються тонким, не завжди помітним егоцентризмом. Усе, що відбувається навколо, вони пов'язують із собою. Якщо хтось вдома розсердився, співзалежний член сім'ї поспішає “загладити вину”, оскільки вважає, що саме

він винен у цьому. Співзалежні беруть під свою відповідальність почуття, думки і навіть життя близьких. Вони живуть з подвійним переконанням: “Я не зробила нічого такого, щоб заслужити таке ставлення до себе ” і “Я сама накликала на себе цю біду”. В обох випадках центром є “Я”.

Питання контролю. Співзалежні жінки вірять, що спроможні контролювати ситуацію, яка склалась, думаючи, що можуть стримувати пияцтво чоловіка або вживання наркотичних речовин. Їм здається, що люди бачать їх сім’ї такими, якими вони їх зображають, проте все відбувається навпаки. Спроба взяти під контроль практично неконтрольовані події призводить до тяжких депресій. Немоżliвість досягти мети співзалежні жінки розглядають як власну поразку, а це ще більше посилює депресію.

Почуття. Життя співзалежних жінок проходить так, ніби і не сприймається всіма почуттями. У них атрофуються навички розпізнавання і розуміння своїх почуттів. Жінки настільки поглинуті задоволенням бажань інших осіб, що просто втрачають відчуття самих себе. Вони переконані, що не мають права на свої почуття, готові відректись від свого чуттєвого досвіду. Це недосяжність почуттів. Крім того, жінки втратили природний зв’язок із своїми почуттями, звикли до їх спотворення, засвоїли, що можна пережити лише прийнятні (допустимі) почуття. Якщо, наприклад, співзалежна жінка показує себе доброю, люблячою, а всередині обурюється з приводу пияцтва чоловіка, то це лише для того, щоб підтримувати свій імідж. Вона може свій гнів перетворити в інший прояв, наприклад у самодіяльність, самовпевненість. Ця трансформація проходить підсвідомо.

Нечесність. Співзалежні жінки втягнуті в процес приховування правди. Бути нездатним сформулювати свої почуття і думки, не довіряти своєму сприйманню, зосередити всю увагу на задоволенні бажань інших, незалежно від того, праві вони чи ні, — це все нечесність. Проте в більшості випадків такого роду самообман не усвідомлюється співзалежною, відбувається підсвідомо.

Прагнення бути в центрі подій. Співзалежні бояться виявитись покинутими, мають потребу бути в центрі життя своїх близьких, не допускаючи думки про те, що вони могли б жити

без них. У протилежному випадку такі люди почувають себе покинутими, непотрібними.

Легковір'я і довірливість. Співзалежні вірять майже всьому, що їм сказали, якщо сказане відповідає бажаному. Найбільш яскравим прикладом легковір'я є ситуація, коли вони десятиліттями продовжують вірити, що хворий кине пити чи вживати наркотики і ситуація зміниться. Співзалежні хочуть вірити, згідно з їх логікою, що буде так, як вони хочуть. Такі люди бачать тільки те, що хочуть бачити, і чують лише те, що хочуть чути.

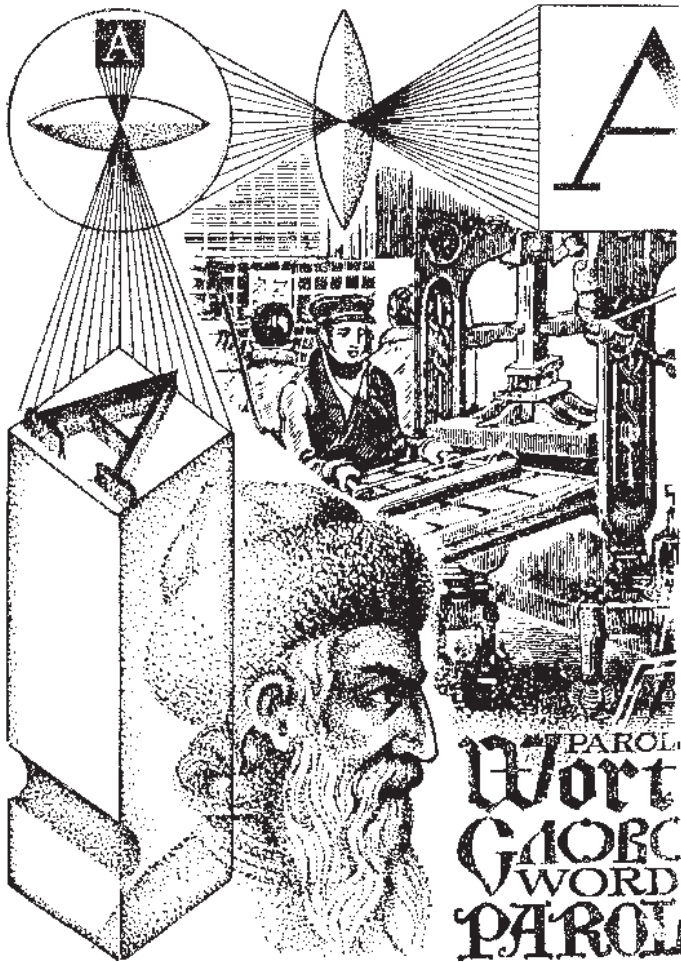
Втрата моральних принципів. Згадана вище нечесність у даному випадку розглядається як втрата моральних принципів. Другий прояв цієї втрати – забування про інших членів сім'ї, за яких жінки хворих на наркоманію відповідальні. З розвитком співзалежності такі матері усе більше забувають про дітей, все піклування про них зводиться до питань контролю. При цьому мати залишається емоційно недоступною для своїх дітей, оскільки вся її енергія йде на контроль за ситуацією.

Страх і ригідність. Дуже багато співзалежних вчинків мотивовані страхом, який є основою розвитку будь-якої залежності. Світ, в якому живуть близькі хворого на наркоманію, тисне на них, не зрозумілий їм, наповнений тривожними передчуттями, очікуванням лиха. У цих обставинах вони стають все більше ригідними, прагнучи відчайдушно втримати ілюзію побудованого ними світу.

Поряд з наявністю такого стресу, як сумісне проживання з хворим на наркоманію чи алкоголізм, існує 8 основних ознак співзалежності: 1) страх (“Я знаю, що незабаром повинно статись щось погане, воно завжди трапляється”); 2) сором, вина (“Я заслужила, щоб бути покараною, і знаю, що є поганою людиною”); 3) затяжний відчай (“Справи йдуть усе гірше і гірше. Чи закінчиться це коли-небудь?”); 4) гнів (“Я відчуваю себе зрадженою своїм чоловіком. Він зруйнував моє життя”); 5) заперечення (“Як я могла жити з ним усі ці роки і не помічати його проблему”); 6) ригідність (“Усе уявляється зараз тільки в чорному кольорі”); 7) порушення ідентифікації власних потреб (“Я навіть не знаю, хто я є”); 8) зміщення понять (“Я не знаю, що значить жити нормально”).

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ

В процесі багатовікової медичної практики склались особливі норми взаємовідносин між хворими і медиками завдяки особливостям професії, яка дозволяє глибоко вникати в людське життя, в його біологічні і соціальні сторони. Ці норми і принципи стали основою для формування медичної етики і деонтології.



Термін “деонтологія” походить від грецьких слів “деон” – обов’язок і “логос” – учення.

Медична деонтологія – це вчення і практичне втілення морально-етичних принципів професійної діяльності медиків, спрямованої на створення максимально сприятливих умов для ефективного лікування хворих і профілактики захворювань. Іншими словами, медична деонтологія – це вчення про обов’язок медика, сукупність етичних норм, яких він повинен дотримуватись при виконанні своїх професійних обов’язків.

Термін “деонтологія” вперше впровадив англійський філософ І. Бентам у 1834 р. Проте дане поняття розглядалось ним з позицій вивчення засобів і методів отримання особистої вигоди від певної професії.

Ще в часи Київської Русі при монастирях організовувались притулки для надання безплатного догляду за каліками і немічними. У ХІХ ст. в ряді земських губерній царської Росії діяли лікарські суди честі, на яких розбирались випадки негуманної поведінки лікарів щодо хворих. У 1903 р. Спілка уманських лікарів розробила і запровадила до виконання кодекс під назвою “Лікарська етика”.

Основні засади сучасної вітчизняної медичної деонтології розробив М. Петров у середині ХХ ст. Ці питання постійно знаходяться в центрі уваги медичної громадськості. Корінні зміни суспільного буття, швидкий прогрес у науці й техніці постійно ставлять як перед медициною в цілому, так і перед медичною деонтологією нові завдання відносно вдосконалення знань і умінь, пов’язаних із сучасними технологіями лікувально-профілактичної діяльності медиків.

Основними завданнями медичної деонтології є:

- 1) вивчення принципів поведінки медичного персоналу, спрямованих на досягнення максимальної ефективності лікування хворих і профілактики захворювань;
- 2) аналіз взаємовідносин між медиком і хворим та його родичами, а також між медичними працівниками в колективі;
- 3) попередження і виключення несприятливих факторів у медичній діяльності та усунення шкідливих наслідків неякісної медичної роботи.

Медична деонтологія спирається на етику – вчення про мораль, взаємини між людьми й обов'язки, які випливають із цих взаємин. Проте між медичною етикою і деонтологією є певна відмінність. Якщо норми медичної етики є спільними для всіх медиків, то деонтологічні правила мають свої специфічні відмінності. Так, деонтологічні правила поведінки медичної сестри дитячої лікарні відрізняються від правил поведінки медика психіатричної клініки.

Деонтологія не може дати рекомендації на всі випадки діяльності медика, вона дає їх для типових ситуацій. Знання деонтологічних правил спрямоване на виховання у медиків здатності до самостійного морально-етичного орієнтування у виборі стилю поведінки залежно від конкретних умов.

Суттєвою особливістю медичної деонтології є її тісний зв'язок із загальною і медичною психологією. Значною мірою це зумовлено тим, що “психологія лікувального процесу полягає в тому, що при ньому проходить не лише зустріч з пацієнтом (це має місце і у ветеринарії), але і спілкування з ним, виникає бажання обох бути зрозумілими один одному” (А. Білібін).

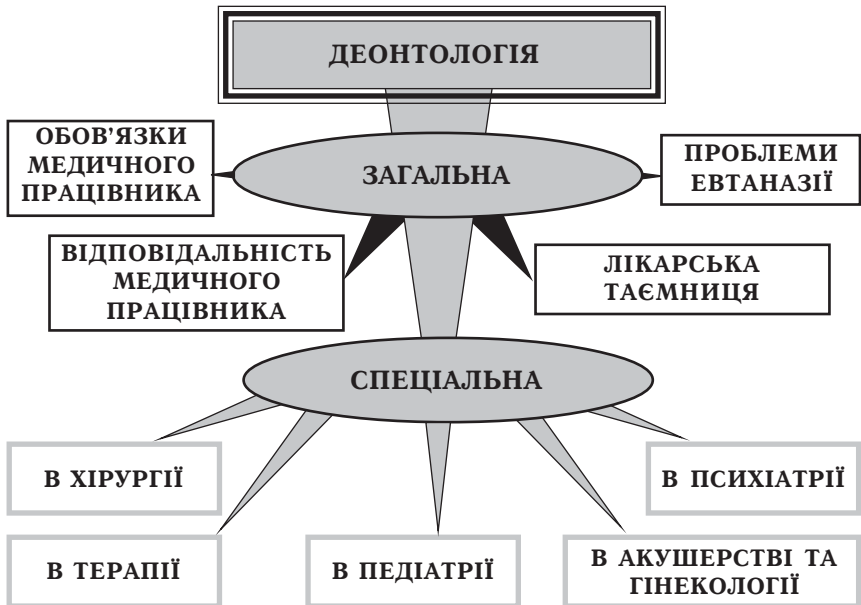
Для того, щоб стати повноцінним медиком, потрібно не лише дотримуватись таких категорій, як високий професіоналізм, обов'язок, совість, любов до хворого, але і розуміти людей, володіти достатніми знаннями в галузі психології, керувати власними психічними процесами. Без цього не може бути і мови про ефективний вплив на хворого.

Медична деонтологія – це наука не лише про високе покликання медика, а і про те, якою повинна бути особистість медика, якими якостями вона повинна володіти.

Основні якості особистості медика:

1. Морально-вольові – співчуття, доброзичливість, совість, щирість, оптимізм, чесність, самовідданість, працелюбність, терпіння, ввічливість, уважність, ніжність, лагідність, мужність, рішучість, скромність, принциповість, почуття власної гідності, ініціативність, дисциплінованість, вимогливість до себе та інших.
2. Естетичні – акуратність, охайність, потяг до краси, непримирення до огидного і “сірості” в побуті, прагнення покращити умови, в яких перебуває хворий.

МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ



3. Інтелектуально-пізнавальні – ерудованість, спостережливість, логічність, прагнення пізнати сутність явища, систематичне підвищення рівня професійних знань і кваліфікації, вміння бути уважним співрозмовником, комунікабельним у спілкуванні з пацієнтами та їх родичами, здатність осмислювати отриману інформацію з виділенням головного й ефективно використовувати її в лікувально-профілактичному процесі.

Вищевказані позитивні якості прикрашають кожну людину, але що стосується медика, то це його професійні якості. Так, слюсар чи тракторист може проявити ніжність і ласку, в основному, в позаслужбовій обстановці, а для медичної сестри це невід’ємні службові якості.

Зупинимось на найважливіших рисах особистості медика. Передусім він повинен бути *спостережливим*. Люди суттєво відрізняються між собою щодо спрямованості спостережливості. Одні добре помічають усе, що належить до неживих предметів, інші краще бачать особливості внутрішнього світу людини, її душевний стан, переживання, потреби, надії, страхи тощо.

Для професійної діяльності медика необхідно розвивати в собі обидва види спостережливості, він повинен помічати, що відбувається в душі людини, розуміти її внутрішній стан, відгадувати думки.

Принципи медичної деонтології вимагають, щоб дані спостереження за хворим були глибоко осмисленими і стали переконливими.

Таким чином, важливим психологічним принципом медичної деонтології є єдність професійної спостережливості, усвідомлення сутності явища і переконання у своїй правоті.

Суттєвим психологічним аспектом медичної деонтології є *емоційне “зафарбування” отриманої й осмисленої інформації*. Медичний працівник повинен відчувати біль і переживання іншої людини як свої власні. Це допоможе зрозуміти стан хворого і розділити з ним його переживання, що має велике значення для хворого. Адже для будь-якої людини дуже важливо, щоб її зрозуміли.

Важливою особливістю професії медика є *гуманізм*. Він випливає із самої сутності професії, бо не можна любити професію медика, не люблячи людину.

Однією з головних моральних якостей медика є *милосердя*. Хворий вбачає в медичній сестрі помічника лікаря і ставить особливі вимоги саме до особистості медичної сестри, шукає в ній передусім риси доброти, співчуття, милосердя. Ось чому був абсолютно правим відомий російський хірург М. Петров, який стверджував, що *медичних сестер потрібно вибирати серед жінок, у душі яких горить вогонь безкорисливої любові до своєї справи і людей. Сутність цієї професії – це повсякчасне втілення милосердя*.

Гуманізм і милосердя базуються *на доброті*. Медична деонтологія вимагає від медика бути добрим до хворих, його родичів і близьких. Проте бути добрим не означає бути “добреньким”. Якщо медична сестра бачить, що хворий порушує необхідний режим або відвідувачі провокують пацієнта на його порушення, потрібно тактовно, але рішуче заборонити такі дії. Інакше такого роду “доброта” може призвести до погіршення стану хворого.

Доброта, гуманізм і милосердя медика повинні органічно поєднуватись з *рішучістю і принциповістю, делікатністю і тактовністю*. Делікатність і тактовність є проявом внутрішньої інтелігентності людини, яка досягається вихованням. Виховання – це не лише гарні манери, це поняття більш глибоке. Виховання передусім формує внутрішню інтелігентність людини, що включає повагу до людей, уміння встановити з ними контакти.

Інтелігентність визначається не тільки рівнем освіти, а передусім вихованням. *Медична сестра за будь-яких умов повинна проявляти самовідданість і чесність у роботі*.

Совість – це “внутрішній суддя” вчинків людини. Моральний критерій совісті тісно пов’язаний з розумінням людиною сутності добра і зла, обов’язку та іншими моральними категоріями.

Значення совісті в роботі медика є надзвичайно великим. Як би добре не був поставлений контроль, неможливо прослідкувати за кожним кроком медичної сестри. Лише совість і почуття обов’язку не дозволять халатно ставитись до своїх обов’язків.

Скромність і акуратність повинні бути і в стилі поведінки, і в зовнішньому вигляді сестри. Надмірний “шик” в одязі та косметиці мимовільно викликає у хворих запитання: “Невже вона, так зайнята собою, буде турбуватись про нас?” Але, дивлячись на

недбало одягну, нечепурну сестру, вони також думають: “Якщо вона і про себе не турбується, то як буде допомагати нам?” Відповідний стиль одягу і поведінки створює належний імідж медика, який повинен психотерапевтично діяти на хворого і допомагати його одужанню.

Ввічливість і увага відносно хворого – це не лише правила етикету. Неввічливе, а тим більше презирливе чи огидливе ставлення до хворого, фамільярність травмують його психіку, що негативно впливає на перебіг недуги.

Невід’ємною частиною діяльності медика є оптимізм. Медику доводиться брати участь у лікуванні дуже важких хворих. Необхідно всіляко переконувати їх у сприятливому результаті. А для цього потрібно самому бути оптимістом, вірити в успіх і різними засобами добиватись його.

Мужність – це властивість не боятись труднощів у роботі, не ухилятись від відповідальності. Мужність повинна поєднуватись з рішучістю. Інколи в медичній практиці доводиться ризикувати. Але частка ризику повинна бути адекватною обставинам. У лікувальній роботі ризик дозволений лише в межах наявних знань і досвіду. Його не можна допускати за рахунок здоров’я і життя хворих.

У професії медичної сестри важливу роль відіграє її власне психічне здоров’я. Сестри з неврівноваженою психікою не можуть належним чином переносити всі психоемоційні навантаження, пов’язані з професією, що вимагає розвинутої здатності до пристосування. При виконанні службових обов’язків медична сестра завжди повинна проявляти високий професіоналізм і адекватну тактовну поведінку, яка відповідає конкретним обставинам. Лише та сестра по-справжньому розумітиме хворих і буде ефективним цілителем, яка сама є здоровою й уміє слідувати за власним здоров’ям.

Основними правилами медичної деонтології є:

1. Єдність знань принципів медичної деонтології і застосування їх у практичній діяльності. Помічайте і сприймайте все, що відбувається з хворим. Вислуховуючи хворого, необхідно дати йому можливість виговоритись, це найкраще розкриває

суттєві сторони внутрішньої картини його захворювання і душевний стан, а також викликає ефект катарсису, тобто душевного полегшення. Разом із тим, говорити хворому потрібно лише те, що можна і доцільно йому знати. Забороняється розголошувати медичну таємницю. За будь-яких обставин хворого необхідно морально підтримувати, вселяти й укріплювати його віру у видужання. Після спілкування з хворим йому повинно стати краще. Не повідомляйте хворому про свої побоювання. Завжди демонструйте свою впевненість.

У роботі із хворим демонструйте впевненість у своїх діях і виборі тактики, не проявляйте вагання. Сумніви та нерішучість викликають стан недовіри хворого. Слід пам'ятати, що сумніви і нерішучість передаються частіше не словами, а невербальними засобами спілкування (поза, міміка, жести, сила і тембр голосу, погляд тощо). Завжди потрібно володіти собою і контролювати свій емоційний стан при проведенні маніпуляцій (внутрішньовенних ін'єкцій, зондування та ін). Якщо хворий відчує сумніви і нерішучість медсестри, він, здебільшого, не зможе спокійно переносити процедури, що суттєво підвищить ризик невдачі.

2. Завжди підтримуйте авторитет своїх колег, ні за яких обставин не критикуйте перед хворим їх дії.

При післяін'єкційному тромбуванні вен, ранніх ознаках загрози пролежнів, незначних опіках від гірчичників чи грілки тощо не акцентуйте увагу хворих на бездарності, неуважності й непрофесіоналізмі своїх колег. Нерідко у цьому винні не вони, а особливості організму. Проте необхідно негайно повідомити лікуючого лікаря, щоб вчасно усунути наслідки і попередити повторення цих небажаних явищ.

Медична сестра працює в колективі. Одним з її професійних обов'язків є дотримання норм субординації. Сестра повинна виконувати всі вказівки лікаря і, разом з тим, повідомляти йому результати свого спостереження за хворим. Адже вона більше часу спілкується з хворим і може помітити те, чого лікар на обході не бачить, бо пацієнт не скаржиться йому або сам не звертає уваги на деякі особливості свого захворювання. У цьому відношенні сестра є не лише виконавцем призначень

лікаря, але й “шостим органом сприймання” лікаря. Лікар і медична сестра виконують спільну роботу, спрямовану на покращання здоров'я хворого. Медична сестра повинна дбати про свій авторитет і підтримувати авторитет лікаря.

Згідно з субординацією, санітари підпорядковуються медсестрам. Медична сестра повинна особистим прикладом вчити молодший медперсонал дотримуватись норм деонтології.

3. Спілкування з хворим є могутнім засобом психологічного впливу на його стан. При захворюванні потреба у душевному підбадьорливому спілкуванні здебільшого зростає, лише у важких випадках спілкування обтяжує хворого і він уникає його. Необхідно уважно слухати хворого, відповідати на його запитання або коментувати його думки чітко, переконливо і професійно. У цьому випадку потрібно дотримуватись принципу “Слово – срібло, мовчання – золото, а слухання – діамант” (І. Харді).

Хворі насторожено сприймають слова і невербальні засоби спілкування медиків. Кожне слово, жест, погляд медичної сестри по-різному тлумачиться хворим, що залежить від особливостей його характеру, фізичного і психічного стану, установки і ступеня медичної обізнаності. Тому завжди потрібно пам'ятати про можливість ятрогенії, тобто погіршення стану хворого, зумовленого необережною інформацією чи дією. Необхідно пам'ятати, що внаслідок самої недуги у значній кількості хворих мають місце прояви псевдоятрогенних переживань. Псевдоятрогенія – це уявне перебільшення неприємностей, пов'язаних із хворобою. У цьому відношенні необережно сказане слово може різко погіршити його стан, “рана, нанесена ножом, загоїться, а спричинена словом – ніколи”.

Негативний вплив на хворого, викликаний неправильним стилем роботи медичної сестри, особливостями її особистості, нетактовністю, називають “сороригенними психічними шкідливостями”. Якщо негативну ятрогенну дію на хворого частіше чинять лікарі (їх слова для хворого більш авторитетні), то сороригенний вплив більш характерний для діяльності медичної сестри.

Щоб розрядити обстановку і підбадьорити хворого, інколи варто тактовно пожартувати, внести в розмову доцільну дозу

гумору. Проте потрібно знати, що не всі хворі (особливо важкі) сприймають жарти. Навіть коли хворий сприймає гумор, потрібно завжди дотримуватись принципу: “Сміятись разом із хворим, але ніколи не сміятись над ним”. Почуття міри особливо стосується порад. Медична сестра значно більше часу проводить з хворими. Природно, що вони нерідко звертаються до неї з проханням дати певну раду. Сестра може висловити свій власний погляд, але при найменших сумнівах потрібно рекомендувати хворому звернутись до лікаря.

Особливого такту і делікатності потребують випадки, коли хворий просить поради, яка стосується сім'ї та побуту особистого життя. В особистому житті людина повинна розібратись сама.

4. Існують певний порядок і режим для хворого, а не хворий для порядку і режиму. Загальні засади встановленого режиму і порядку повинні виконуватись. Але не можна допускати надмірного формалізму. Якщо хворий внаслідок якоїсь причини не спав практично всю ніч і заснув під ранок, недоцільно будити його о 6 год для вимірювання температури. Якщо пацієнту призначено снодійний засіб, а він заснув без нього, то безглуздо будити його, щоб дати прийняти снодійний препарат. У будь-якій роботі потрібно проявляти здоровий глузд, а не “голий” формалізм. Це один з головних принципів медичної деонтології.

5. У медичних працівників мають місце прояви професійної деформації, викликані характером професії. Спочатку ці зміни незначні, але потім вони стають невід'ємною частиною характеру і стилю поведінки людини. Медична сестра постійно бачить страждання людей. З часом вона може до них звикнути і не звертати на них увагу. Наприклад, у загальній палаті помирає хворий. Медична сестра зникає до проявів агонії, а на інших хворих це справляє надто гнітюче враження. Такого хворого необхідно помістити в окрему палату, або хоча б відгородити його ширмою.

Для медичної сестри виконання будь-яких маніпуляцій і процедур є звичною справою. А для хворих значна їх кількість є дуже неприємними (наприклад, дуоденальне зондування). Очікування неприємності здебільшого суб'єктивно переноситься важче, ніж сама неприємність. Ось чому, відповідно до одного з прин-

ципів медичної деонтології, неприємні процедури і маніпуляції бажано виконувати якнайшвидше після призначення лікаря, щоб скоротити хворому час очікування. При виконанні будь-якого призначення медична сестра повинна чітко уявити себе або своїх близьких на місці хворого. Це дійовий засіб профілактики проявів професійної деформації. Потрібно постійно виражати почуття емпатії – сприймати, розуміти і співпереживати стан іншої людини, що є необхідною професійною рисою медика.

6. В усьому дотримуйтесь розумної міри.

Медична сестра повинна завжди бути приязною з хворими. Але важливо, щоб ця приязнь не переходила у фамільярність, уважність до хворих у настирливість і стурбованість. Або, навпаки, приділяти більше уваги хворим, які її дійсно потребують. Інакше з'являється думка, що вони нікому не потрібні, або їх стан безнадійний, а тому ніхто на них уваги не звертає.

Медик не має права демонструвати, що стан хворого безнадійний. Яким би у нього не був душевний стан, на роботі він повинен бути врівноваженим, бадьорим, логічним і рішучим. Важливо, щоб медична сестра інтуїтивно відчувала душевний стан хворого й адекватно діяла на нього за допомогою “масок”. В одній ситуації потрібно продемонструвати турботливість і ласку, в інших – суворість і рішучість. Користуватись “масками”, які визначають стиль поведінки, в кожному конкретному випадку потрібно адекватно, щиро, але надмірно не переграючи роль лагідної, податливої особи чи неприступного суворого охоронця порядку.

7. Передусім будьте Людиною. Життєвим девізом медичної сестри є :“Бути Людиною серед людей” (М. Пирогов). Людяність і людські стосунки є обов'язковими компонентами психологічного портрету медика. Перш за все потрібно, за будь-яких обставин, бути саме Людиною, відтак – медиком, а потім фахівцем (старшою, операційною, перев'язувальною, маніпуляційною, змінною, постовою медсестрою тощо).

Будь-яка спеціальність, а особливо медика, – це, насамперед, реалізація внутрішнього потягу та здібностей, що потенціюються набутими знаннями й уміннями та високою моральністю. Медик повинен служити хворим людям і медицині, а не дбати пере-

дусім про матеріальні вигоди, гонорари, хабарі. Мірилом людяності людини є її совість.

8. Будьте психологом, розумійте психологію хворого. Ставтесь до нього саме як до хворої людини, в якій психіка змінена недугою. Дотримання принципів медичної деонтології вимагає знань основ загальної та медичної психології. Необхідно чітко уявляти і розуміти, що психічний стан хворого змінений внаслідок переживання ним свого захворювання, яке є індивідуальним для кожного хворого. Наприклад, деяких недосвідчених медсестер може виводити із стану внутрішньої рівноваги те, що хворий вередує, вимагає підвищеної уваги, ласки, що його нерідко потрібно вмовляти, що він вночі боїться залишитись наодинці, демонструє свій егоїзм тощо.

Крім цього, хвороба астенизує нервову систему, що супроводжується тимчасовим функціональним псевдорегресом психіки з переважанням примітивних емоційно-поведінкових реакцій нижчого порядку. Необхідно це все глибоко усвідомити, сприймати як реальність і бути до цього морально готовим. Потрібно розуміти, що дані прояви згладжуються в міру одужання хворих, підтримувати віру хворого в успіх лікування, відволікати його увагу від примх і підбадьорювати. У випадках, коли ступінь проявів примх не відповідає дійсному стану недуги і хворий починає зловживати своїм становищем, необхідно його делікатно, але твердо і рішуче поставити на належне місце.

9. Любіть і поважайте всіх хворих, але ставтесь до них індивідуально. Професія медика передбачає безумовну любов і повагу до всіх хворих. Проте стан різних хворих є неоднаковим. Крім цього, різними є характери хворих і особливості внутрішньої картини їх недуги. Неоднакові прояви цих факторів вимагають індивідуального підходу до хворих. Наприклад, перш за все, потрібно приділити більше уваги важкохворим незалежно від особливостей їх характеру. Потім необхідно обслужити всіх інших хворих з відносно врівноваженою психікою.

Дотримуйтесь різних стилів поведінки, адекватних реальній обстановці, але завжди виконуйте загальні принципи медичної деонтології. Медична деонтологія не може давати рекомендації щодо поведінки на всі випадки медичної діяльності. Кожен конк-

ретний випадок вимагає різного підходу, що досягається адекватною оцінкою ситуації, гнучкістю підходів, тактовністю, спостережливістю та інтуїцією. Проте у будь-якому випадку необхідно неухильно дотримуватись загальних принципів медичної деонтології і займатись своєю діяльністю в межах її основних засад. Людині, яка присвятила своє життя медицині, потрібно бути твердо переконаною, що лікують не тільки таблетки, ін'єкції і медичні процедури, а й медики із своїм стилем ставлення до хворих і своїх обов'язків за допомогою сучасних методів лікування. Дотримання основних засад медичної деонтології є морально-етичною базою успішної медичної діяльності. Сутність їх в основному полягає в трьох головних вимогах до медиків, а саме:

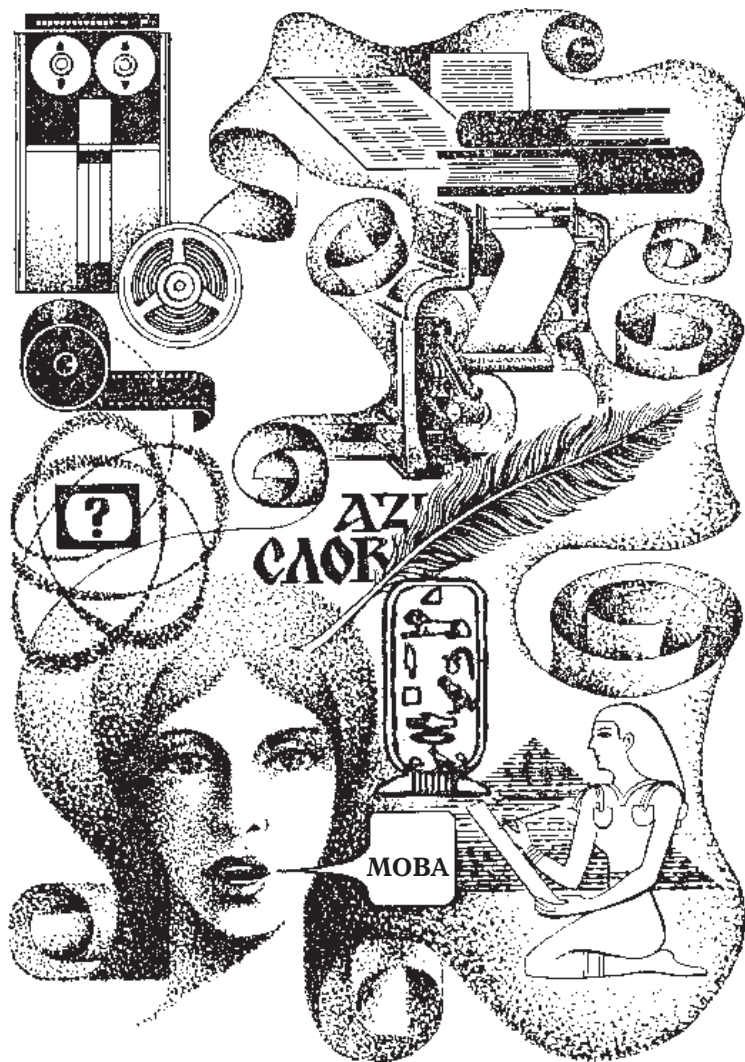
1. Мати загострену потребу володіти і керуватись у своїй діяльності комплексом якостей, які називають людяністю.
2. Бути патріотом медицини та її кращих традицій.
3. Бути висококваліфікованим професіоналом, який постійно підвищує рівень своєї майстерності.

Підтримуйте належний психологічний клімат у колективі. Робота медиків здебільшого має колективний характер. Кожен член колективу вкладає свою працю і душу в успіх загальної справи. Ось чому медична деонтологія і психологія приділяють велику увагу морально-психологічному клімату в колективі.

Взаємовідносини в колективі перебувають у прямій залежності від спілкування і психологічної сумісності окремих його членів. Цей фактор нерідко є вирішальним у міжособистісних стосунках. Ось чому питанню спілкування і психологічної сумісності необхідно приділяти належну увагу. Лише на здоровій психологічній основі в колективі існує сприятливий мікроклімат, при якому члени колективу працюють у спокійній і доброзичливій атмосфері, поважають один одного. Якщо медики будуть постійно нервувати на роботі, потрапляти під вплив різних негативних емоцій і стресів, ефективність лікувального процесу суттєво знизиться.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СПІЛКУВАННЯ

Людина передусім є соціальною істотою. У своїй діяльності вона завжди взаємодіє з іншими людьми. А ця взаємодія неможлива без спілкування.



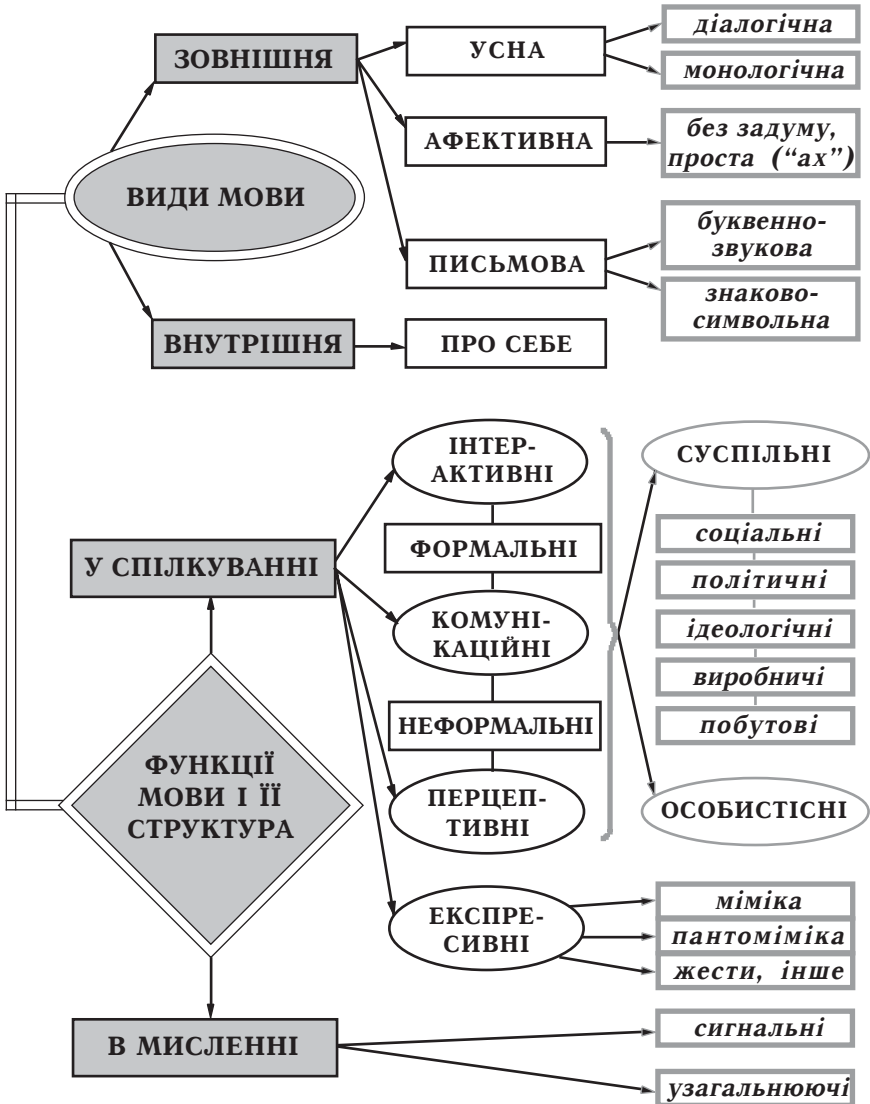
Спілкування – це форма взаємозв'язку людей у процесі спільної життєдіяльності.

Потреба здорової людини у спілкуванні є дуже великою. Це одна з її уроджених потреб. Лише психічно хворі відмовляються від живого безпосереднього спілкування з іншими людьми, але і вони спілкуються самі із собою за рахунок патологічної фантазії.

У минулому люди були більш комунікабельними, ніж тепер. Існує кілька факторів, які сприяють зниженню рівня спілкування. Важливими є такі:

1. Фактор особистісної автономії. Люди все більше і більше віддаляються від суспільства, стають більш егоїстичними, дотримуються принципу: “Моя хата з краю, я нічого не знаю”.
2. Фактор урбанізації. Технічний прогрес зменшує потребу людей один в одному. Не потрібно разом копати колодязь, щоб була вода, разом викорчувувати ліс, щоб була земля, под. Крім цього, у великому місті існує надлишок вимушених контактів (поїздки в транспорті, покупки в магазинах і на ринках, контакти на роботі тощо). Людина стомлюється від надлишку контактів, хоче побути наодинці.
3. Фактор масової комунікації. Раніше всі новини люди передавали особисто один одному. Тепер усю важливу інформацію можна отримати за допомогою радіо- і телепередач, газет, журналів тощо. Люди не потребують шукати реального співрозмовника.
4. Фактор наживи й удавання. Реалії життя примушують людей користуватись “масками” для спілкування, щоб отримати певні вигоди. Щире людське спілкування часто відходить на задній план. Широко розпропаговані принципи Д. Карнегі, незважаючи на практичну цінність, розраховані передусім на отримання особистої вигоди.
5. Фактор дегуманізації життя. Реалії життя останнім часом дегуманізуюче впливають на людину. Жорстоке ставлення до тих, хто тебе оточує, і навіть своїх близьких стає своєрідною нормою. Пенсіонера і працездатного безробітного пригноблює безгрошів'я. Багатії “ховають” себе і свої сім'ї за охоронців, яким не довіряють. Люди стараються уникати неформального спілкування, бо бояться за свій добробут і життя.

МОВА І СПІЛКУВАННЯ



Дія вищезгаданих факторів призводить до розвитку своєрідного “синдрому дискомунікації”, який має чотири основні варіанти: 1) прагнення до спілкування з неможливістю знайти душев-

ного співрозмовника (почуття “самотності серед людей”); 2) потяг до контакту з нездатністю налагодити його навіть при наявності співрозмовників (“комунікативна безпорадність”); 3) прагнення до спілкування переважно з метою розрядити накопичену агресивність (“конфліктне спілкування”); 4) згасання потягу до контактів (“стомлення від спілкування”, непереносимість спілкування, замкнутість). Перераховані варіанти можуть утворювати і змішані форми.

Медик повинен розуміти душевний стан хворого, усвідомити причину можливої дисконунікації або надмірного, настирливого потягу до спілкування, щоб грамотно і тактовно включити комунікацію в індивідуальний комплекс лікувально-профілактичних заходів.

Основні психологічні компоненти спілкування

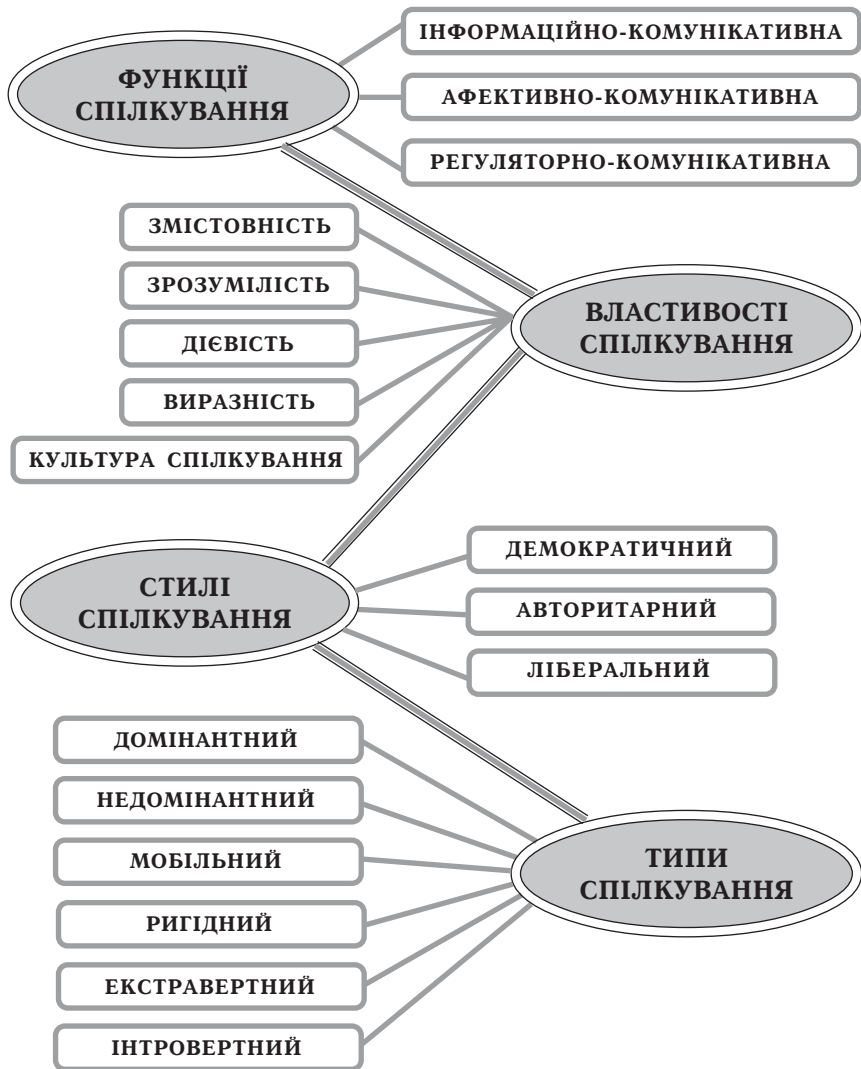
Основними мотивами, які спонукають хворих і пацієнтів до спілкування з медиками, є усвідомлена або підсвідома потреба у пораді, заспокоєнні, консультації, соціальному спілкуванні й, нарешті, природна потреба виговоритись і тим самим полегшити свій душевний стан. Медики використовують спілкування як могутній засіб впливу на моральний і психічний стан хворих та їх родичів, який є невід’ємною частиною успішного лікування.

Основними компонентами спілкування є: почуття присутності, вміння слухати, сприймати, проявляти турботу, розкриватись самому, приймати чужі погляди, співпереживати, бути щирим і поважати співрозмовника.

Почуття присутності означає щирий інтерес до співрозмовника. Коли людина сприймає інформацію співрозмовника лише на слух (без інтересу), цю ситуацію можна порівняти з диктуванням своїх думок на магнітофонну касету. Іншими словами, почуття присутності повинен викликати психологічно зворотний зв’язок між співрозмовниками.

Уміння слухати означає концентрацію своєї уваги на словах, думках і почуттях інших людей під час розмови з ними. Уміння слухати – це активні свідомі зусилля щодо вироблення

ФУНКЦІЇ І ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ



почуття присутності, а не просто пасивне сприймання інформації. Цей компонент спілкування вимагає чуйності, розуміння й утримання від якихось суджень і установок відносно співрозмовника. Уміння слухати, окрім простого розуміння смислу слів, вимагає

концентрації уваги, неупередженості й широкого зацікавлення тим, про що йдеться в розмові. Воно полегшує розпізнавання потреб пацієнта, його турбот.

Проявити турботу про іншу людину означає надати їй допомогу. Для налагодження турботливих взаємовідносин між людьми спілкування повинно характеризуватись розумінням, терпінням, чесністю, ширістю, довірою і мужністю.

Розкриття – це процес відкриття свого “Я” іншій людині, взаємний двосторонній процес. Не можна повністю сприйняти іншу людину, не розкрившись їй самому. Під час бесіди хворий повинен повністю розкритись. Саморозкриття є обов’язковою умовою для спілкування і здійснення психотерапії. А щоб добитись саморозкриття зі сторони хворого, потрібно і самому бути відкритим.

Повноцінне спілкування вимагає поваги до світогляду і точки зору іншої людини. Ніколи не можна ігнорувати співрозмовника як особистість.

Співпереживання, або емпатія, – це здатність поставити себе на місце співрозмовника, щоб сприйняти його таким, яким він бачить і почуває себе. Воно є обов’язковим компонентом почуття присутності. Емпатія – це уважне вислуховування співрозмовника і чуттєве сприймання його думок і почуттів, а також уміння оцінити їх пряме і приховане значення. Співпереживання має вирішальне значення для встановлення і налагодження довірливих міжособистісних відносин, повноцінного душевного контакту.

Щирість є необхідною умовою для того, щоб викликати довіру. Вона означає, що людина чесно ділиться своїми думками, почуттями і досвідом з іншою людиною. Щирість є передумовою вільного і відкритого спілкування.

Повага – це сприймання співрозмовника як достойної людини незважаючи на її недоліки. Усвідомлення хворого, що його поважають, є необхідним для підтримки здоров’я.

Особливості спілкування людей з різними типами психологічної конституції

Домінантний співрозмовник. У розмову втручається рішуче, без вагань, не переймаючись запитанням: “Чи не буде це на в’язливим?”. Проте, якщо хтось звертається до нього, він не відчуває себе змушеним відповідати. Йому притаманна підсвідома риса: “Відповідати чи не відповідати – це моє недоторкане право. Але мені повинні відповідати всі!”.

Домінант особливо гостро і майже інтуїтивно схоплює прикмети зовнішнього вигляду, поведінки і стилю розмови, на основі яких робить висновок щодо схильності співрозмовника піддатись чи ні його впливу. А він завжди настроєний обов’язково вплинути на іншу людину, підкорити її собі. Це в домінанта виходить мимовільно, але саме таку позицію співрозмовник відчуває за його осанкою, мімікою, поглядом, голосом.

Це людина тверда і напориста. Домінант легко перебиває співрозмовника, але не дає перебити себе. Якщо він щось пояснює, то вважає свої слова кінцевою істиною і не цікавиться, чи правильно його зрозуміли. Домінанту дуже важко визнати свою неправоту, навіть коли вона очевидна. Він рішучий, йому легко закінчити розмову на півслові. Домінант буде таємно поважати співрозмовника, якщо він проявить витримку і не піддасться його впливу. Ділова суперечка двох домінантів нерідко переростає у ворожнечу.

Нерозумні й самозакохані домінанти часто нестерпні. Але в певних умовах вони можуть бути цінними людьми: вміють приймати рішення, настирливо і вперто втілюють їх у життя та беруть на себе відповідальність за свої рішення і дії.

Правила спілкування з домінантною людиною:

1. Дайте їй можливість проявити свою домінантність.
2. Спокійно тримайтеся належної точки зору, але не висміюйте її “силові прийоми”.
3. У розмові спирайтесь на факти, переводьте розмову в ділове русло.

Недомінантний співрозмовник. Є повною протилежністю вищеописаному типу. Найчастіше ця людина відчуває себе прохачем. Вона надто делікатна, ніколи не перебиває співроз-

мовника, але терпеливо зносить, коли перебивають її. Внаслідок своєї нерішучості нерідко дає збити себе з пантелику і робить висновок, що не має рації. Сварка її лякає. Лише у випадку мирної спокійної ділової розмови така людина поступово стає сміливішою, наважується перебити і починає настоювати на своєму. Але коли помітить, що співрозмовнику нічим заперечити, вона мимоволі сама шукає аргументи на його користь і цим делікатно затушовує свою правоту в дискусії.

Правила спілкування з недомінантним співрозмовником:

1. Недомінантна людина вимагає підбадьорювання, краще не словами, а поглядом, мімікою, жестами. Інакше існує ризик не отримати важливу і цінну інформацію, яку вона бажає донести співрозмовнику.
2. На недомінанта дуже добре діє похвала, але не лицемірство, яке він часто відчуває майже інтуїтивно.
3. При спілкуванні з недомінантним співрозмовником необхідно трепляче чекати, поки він розкриється.

Мобільний співрозмовник. Дуже легко переключається на спілкування, відволікаючись від своїх справ. Спілкування – це його стихія. У розмову він включається швидко та із задоволенням. Мова його швидка, інколи навіть занадто, пантоміміка метушлива. “Мобіл” схильний вимагати від співрозмовника негайної відповіді, він не переносить пауз на роздуми, а поглядом або жестом “підганяє” співрозмовника. Стиль його мови і письма є недбалим. Мобільний співрозмовник пропускає слова і не закінчує думку, оскільки переконаний, що його і так зрозуміють. Сенс висловленого для нього є набагато важливішим від словесного оформлення.

Більш-менш тривалу розмову на одну і ту ж тему він не переносить. Схильний відволікатись на інші думки або асоціації, доречно розповідає дотепний анекдот або випадок з життя, що робить розмову більш живою і цікавою. Якщо співрозмовник вирішує з ним якусь проблему, він моментально висуває багато версій, відкидає одні й замінює їх іншими. Мобільний співрозмовник – це генератор свіжих ідей. Розпрощатись з ним так само легко, як і розговоритись, він практично байдужий та невибагливий до форм і ритуалів закінчення спілкування і тут же з повною готовністю переходить до своєї справи.

Правила спілкування з мобільним співрозмовником:

1. Передусім необхідно вкlastись у його темп, навіть коли це спочатку зменшить продуктивність спілкування.
2. Надалі поступово сповільнюйте швидкість і темп його реплік, цим самим партнер стане більш зібраним у спілкуванні.
3. Встановивши задовільний темп бесіди, повертайтеся до мало-зрозумілого, уточніть деталі.
4. Якщо не проявите такої ініціативи, взаєморозуміння може не відбутись і ви розійдетесь розчарованими, висуваючи кожен безпідставні судження про розумові здібності партнера.

Ригідний співрозмовник. Йому потрібен певний час, щоб вклучитись у розмову. Спочатку він вивчає співрозмовника, а вже потім ґрунтовно поступово вклучається у поважну розмову. Слухає співрозмовника уважно. Говорить повільно, серйозно, думку висловлює детально, інколи занадто, фрази буде якомога зрозуміліше, підбирає точні слова, в пошуках таких слів стає “неквапливим”, тупцює на місці. Нерідко вдалий вислів повторює один-два рази. Не любить, щоб його перебивали, але і сам не перебиває співрозмовника.

Ригідний співрозмовник прагне ясності в усьому, тримається однієї лінії, йому не подобаються приблизні версії. Коли головне вже обговорено і зроблено спільні висновки, він продовжує вдаватись у деталі. Одна непридатна деталь, виявлена ним, зводить нанівець уже прийняте спільне рішення, так що потрібно починати тему спочатку.

У разі сварки він не виходить із себе досить довго і запальність співрозмовника спочатку смішить його. Але у сварці переконати таку людину своїми аргументами дуже важко.

Спілкування з ним певною мірою втомлює співрозмовника. Розпрощатися з такою людиною відразу неможливо. Він намагається в кінці розмови поставити всі крапки над “і”, зафіксувати подібність і відмінність у підходах, зробити висновки і сформулювати зобов'язання свої і співрозмовника, які виходять із спілкування. Йому здається, що манера швидко, а тим більше недбало прощатись є ознакою невихованості. Після закінчення діалогу він схильний “прокручувати” в голові розмову, яка відбулася.

Правила спілкування з ригідним співрозмовником:

1. Передусім необхідно налаштуватись на тривалу розмову і за-пастись терпінням.
2. Заплануйте реальний час розмови – вона буде тривалою.
3. Терпляче вичекайте, доки він включиться в розмову.
4. Не перебивайте співрозмовника.
5. Не реагуйте на повторні вислови і надмірну деталізацію.
6. Не змінюйте теми розмови.
7. Вибирайте головну тему розмови, тримайтесь однієї лінії і не висловлюйте різні версії.
8. Терпляче і з вдячністю переносьте тривалий ритуал закінчення розмови і висловлення резюме.

Екстраверт. Дуже схильний до спілкування як до форми діяльності. Спілкування – це його стихія. Без співрозмовників і спілкування він нудьгує. Потреба в спілкуванні у нього наявна практично постійно незалежно від душевного стану (якщо легко на душі, то тягне з ким-небудь поспілкуватись, коли важко, то потрібно комусь вилити своє горе). Екстраверту потрібен передусім хто-небудь, ніж хтось конкретний, хоча, звичайно, він, як і всі, віддає перевагу одним співрозмовникам над іншими. Але якщо такого близького співрозмовника немає, може звернутись до людини, яка не є в близьких стосунках з ним. В уяві екстраверта власне “Я” та “Я” іншої людини дуже подібні. Він не може усвідомити, що хтось його не розуміє. У такому випадку екстраверт переконаний: “Може, але не хоче”. Він також широко переконаний у своїй здатності розуміти кожного. Коли виявляється, що екстраверт помилився, йому здається, що партнер просто щось приховує тощо.

Екстраверт не може зрозуміти, як це інша людина не бажає спілкуватись. У такому випадку він трактує позицію партнера як ворожу або образливу і, як правило, ставить недоречні запитання: “Що трапилось? Що не так? Хто і чим образив?”.

При вербальному контакті екстраверт передусім оцінює партнера з точки зору його комунікабельності чи некомунікабельності. Від рівня комунікабельності залежить ставлення до співрозмовника. Усе, що екстраверту зрозуміло про партнера, він сприймає співчутливо. У нього розвинена емпатія, він імponує безпосередньою теплотою, готовністю допомогти. Проте дружелюбність екст-

раверта поверхнева і не дуже стійка. Тривале спілкування з однією і тією ж особою обтяжує його, йому потрібна різноманітність. Про людину, з якою, здається, екстраверта зв'язує дружба, він за її плечима може сказати неприємне, але без зла (так, до слова).

Він допитливий, перш за все до життя людей. Отримує задоволення, коли трохи розпустить плітки. Проте охоче допоможе людині, про яку вчора говорив неприємне або з насмішкою. Він уважний до присутніх, їх мови, одягу і вчинків, але свідомо і підсвідомо хоче такої ж уваги і до себе. Любить привертати до себе увагу. Для цього використовує оригінальні висловлювання й манеру одягатись.

Якщо екстраверт не дуже домінантний, то розпочинати з ним розмову і вести її легко. Йому подобається демонструвати свою симпатію партнеру, він природно будує і перебудовує діалог так, що розмова з ним має приємний характер, прагне розійтись із співрозмовником з почуттям теплоти, приязні й взаєморозуміння. У разі сварки екстраверт не злопам'ятний. Завтра він буде радий спілкуватись з тим, з ким вчора посварився.

Правила спілкування з екстравертом:

1. Підкреслюйте свою увагу до екстраверта.
2. Бажано не обговорювати з ним серйозні, а тим більше інтимні проблеми.
3. Пам'ятайте, що він схильний поширювати плітки, причому без злого умислу.
4. Не звертайте уваги на можливу показову ексцентричність.
5. Не звертайте уваги на елементи панібратства і намагання “залізити в душу”.
6. При діловій розмові тримайтеся основної лінії розмови, не вдавайтеся до дрібниць.

Інтроверт. Він здебільшого перебуває у своєму внутрішньому світі. Віддає перевагу спілкуванню із самим собою у думках, і йому важко приступити до зовнішньої комунікації. Переконалий, що більшість людей його не розуміє, а тому немає сенсу з ними спілкуватись. Асоціативний світ інтроверта химерний і складний. Йому важко підібрати адекватні слова і вирази, які відображали б його погляди. А контроль за своїми словами призводить до зворотнього ефекту, він нерідко говорить зовсім не те, що думає, тобто не передає точно свої думки.

При творчій обдарованості інтроверт здатний продукувати нестандартні знахідки: нетривіальну поезію, наукові ідеї, що випереджають час, новації в малярстві, музиці. Якщо ж немає творчої обдарованості, він все одно залишається людиною незвичайною, тому багатьом (особливо екстравертам) здається, що він з явними дивацтвами.

Інтроверта пригнічують контакти, тому віддає перевагу своїм книжкам, інструментам, колекціям, філософським заняттям. Він не здатний розділити радощі й горе з іншими, а переживає їх у собі. Для спілкування вибирає всього 2-3-х співрозмовників (звичайно подібних до себе), якщо йому пощастить знайти їх. Він мовчун, а якщо висловлюється, то дуже нечітко або всупереч прийнятним думкам. Звернутись до незнайомого для нього важка проблема.

Він розуміє, що відрізняється від більшості людей. У нього є схильність пристрасно тлумачити чужі вчинки і з недовірою ставитись до людей, які оточують. Звичайну теплоту сприймає настожено, а поверхневі знаки симпатії його дратують. Проте, якщо він комусь щиро повірив і прив'язався, то це серйозно і надовго.

Інтроверт не любить щоденних зустрічей і розмов на особисті теми. Вступати з ним в діалог і підтримувати розмову дуже важко. Якщо він ще й ригідний “домінант”, то для більшості ця людина важка і несимпатична.

Правила спілкування з інтровертом:

1. Проявляйте підвищену делікатність.
 2. Розмовляйте з ним наодинці.
 3. Не звертайте уваги на можливі дивацтва.
 4. Терпляче вислуховуйте його до кінця.
 5. Сприймайте суть інформації, а не форму і стиль викладу.
 6. Проявляйте терпіння в ході спілкування.
 7. Не проявляйте надмірної теплоти і фамільярності.
 8. Не “прив'яжуйте” до себе того, хто вам потрібен на певний час.
- Інтроверт, який “прив'язується”, стає надокучливим.
9. Уникайте загального обговорення інтроверта на зборах.
 10. Не залучайте його активно до вечорів і походів та до роботи в комісіях.

Особливості спілкування медичної сестри з хворим

Раніше вважалось загальноприйнятим вимагати від медичної сестри механічного виконання призначень лікаря. Проте реалії медичної практики довели, що сестринський догляд і надання допомоги не можуть зводитись лише до слідкування за дотриманням пацієнтами режиму, роздачі ліків і виконання маніпуляцій та процедур. Медична сестра контактує з живими людьми, причому людьми хворими, які потребують не лише таблеток, ін'єкцій і крапельниць, але, передусім, людського турботливого ставлення до них. Однією з природних потреб людини є потреба у спілкуванні, а саме медична сестра найбільше часу контактує з хворими. Проте нерідко ці контакти обмежуються лише виконанням призначень. Якщо хворий намагається завести якусь розмову, що не стосується призначень, особливо емоційного характеру, медична сестра часто обриває її або переходить на іншу тему. А пацієнти повинні сприйматись нею не лише як об'єкт виконання призначень, а як особистості й хворі люди із своєю індивідуальною психікою і потребами.

На ставлення пацієнта до того, хто доглядає за ним, значною мірою впливає перше враження від спілкування. Хворий відразу бачить, чи слухають його, чи він має право на власну думку, чому буде приділятися головна увага – лише догляду за ним (тобто орієнтація медиків лише на недугу пацієнта) чи його сприйматимуть у цілому як людину, що потребує не лише медичної допомоги, але й чуйного ставлення до себе.

У формуванні першого враження велике значення мають різні деталі, передусім зовнішній вигляд медичної сестри, а саме: підкреслена акуратність, відповідний стан робочого одягу, зачіска, стан рук і нігтів тощо. У хворого може скластися негативне ставлення до медика ще до того, як він вимовить перше слово, якщо його зовнішній вигляд є неналежним.

Коли медик вперше зустрічається з хворим, він повинен щиро привітатись з ним і назвати себе. Під час спілкування необхідно дотримуватись дистанції, яка визначається межами особистого простору і ступенем доцільної інтимності комунікації.

- При спілкуванні з хворим слід дотримуватись таких принципів:
1. Створіть конфіденційну і довірливу обстановку. Всю увагу сконцентруйте на співрозмовнику. Усуньте відволікаючі фактори (не розмовляйте по телефону, не читайте, не думайте про інші речі, не грайтесь різними предметами тощо).
 2. Дивіться на хворого, демонструйте, що вас цікавить його розмова. Сидіть розслаблено, обличчям до співрозмовника. Не бійтесь зустрітись своїм поглядом з його очима, не відводьте очей на тривалий час.
 3. Уважно вислуховуйте співрозмовника до кінця. Не перебивайте, дайте йому можливість сказати все, що він хоче, а потім уточніть необхідні деталі. Постарайтесь зрозуміти співрозмовника навіть тоді, коли його погляди відрізняються від ваших. Сприймайте те, що позиція співрозмовника і ваша не збігається, як нормальне явище. У розмові шукайте істину і шлях для розв'язання питання, а не привід для демонстрації вашої правоти.
 4. Старайтесь уловити основну тему або ідею, яка повторюється під час розмови. Сконцентруйтесь на цій темі, яка здебільшого визначається домінантою. Прагніть вникнути в суть проблеми.
 5. Вслухайтесь у те, як подається суть проблеми. Звертайте увагу не лише на те, що говорить людина, але і на те, як вона це робить. Особливо уважно слідкуйте за емоційними реакціями і почуттями співрозмовника під час бесіди.
 6. Врахуйте, що ми більш позитивно реагуємо на думки тих людей, хто нам подобається, ніж тих, кого недолюблюємо або до кого байдужі. Усунувши цю суб'єктивну реакцію, ви зможете об'єктивніше сприйняти й осмислити те, про що йдеться у розмові.
 7. Старайтесь уловити і те, про що співрозмовник не бажає говорити, коли він замовкає або змінює тему бесіди. Нерідко саме за цим можна дізнатись про людину та її позицію більше, ніж за самою розмовою. Не торкайтесь цих делікатних тем без крайньої необхідності.
 8. Контролюйте свої емоції при розмові. Уникайте сильних емоцій, які можуть заважати вам уважно слухати і розуміти співрозмовника. Виключайте прояви афективної логіки. Не будьте амбіційними. Не вирішуйте проблеми за допомогою силового тиску на співрозмовника (табл. 1).

Таблиця 1.

**Невербальні прояви агресивності, впевненості
й не впевненості в собі**

Невербальний компонент	Агресивність	Впевненість у собі	Невпевненість у собі
Вираз обличчя	Напружений сердитий вираз, пильний незадоволений або злий погляд	Твердий, спокійний вираз. Добрий здоровий контакт. Очі на рівні співрозмовника.	Нервовий вираз, міміка ніяковіння. Очі часто опущені
Поза	Руки на стегнах. Ходіння уперед і назад із “вторгненням” у чужий особистий простір. Часто стоїть, коли інші сидять.	Розслаблена пряма поза. Зберігання особистого простору	Зігнута, незручна поза
Тон голосу	Гучний, вимогливий, погрозовий, наказовий	Твердий, впевнений і, разом із тим, теплий, проявляє повагу до іншої людини	Тихий, тремтливий, нерозбірливий
Жести	Різкі, пальці рук стиснуті в кулаки	Адекватні ситуації	Нервові й неспокійні
Вербальний компонент	Звинувачувальний, атакуючий, старається принизити і перемогти будь-якою ціною	Щирий прояв почуттів. Говорить те, що думає	Прагне приховати смисл слів, виправдатись, підкоритись іншій людині

9. Поважайте особистість і гідність співрозмовника. Проявляйте терпіння і витримку при розмові з ним. У діловій суперечці не переходьте на сварку. Попереджуйте конфлікти.
10. Будьте обережні з інтерпретацією отриманої інформації або свого враження. Старайтесь спиратись на факти, а не на емоції.
11. Співпереживайте із співрозмовником, але акцентуйте увагу на сприйманні і розумінні його, а не на своє рішення. Кінцеве рішення, що стосується вашого співрозмовника, повинен прийняти він сам. Якщо ви пропонуєте якесь конструктивне рішення, то постарайтесь, щоб воно задовольняло обидві сторони.

12. Не демонструйте свою виняткову компетентність у питанні, що обговорюється. Уникайте вживання малозрозумілих термінів і професійного жаргону. Будьте скромними і не дозволяйте зазіхати на вашу гідність.
13. Свою позицію висловлюйте конкретно, не говоріть ухильно або так, щоб вас зрозуміли двозначно. Описуючи складну ситуацію, дуже легко перейти до узагальнення і відхилитись від теми. Бути конкретним – означає не виходити за межі ситуації. Інколи ми використовуємо такі вирази, як “люди вважають...” або “загальноприйнято...”, замість того, щоб говорити від свого імені. Чітко викладайте саме свою позицію.
14. Доцільно і тактовно застосовуйте паузи в розмові й періоди мовчання. Мовчання є також одним із проявів комунікації, воно може передати багато душевних станів, коли слова не допоможуть або є недоречними.
15. Проявляйте теплоту і почуття присутності.
Проявами теплоти є: посмішка, лагідний тон голосу, доторкування до співрозмовника, відкрита поза (не напружувати м’язи, не схрещувати руки і ноги, не стискати щелепи, не наморщувати чоло тощо).
Для кращого проявлення почуття присутності:
- 1) знаходьтеся на рівні очей співрозмовника;
 - 2) підтримуйте добрий, але не настирливий контакт очима, проте не надто пильно вдивляйтесь в обличчя;
 - 3) використовуйте відповідну позу тіла для демонстрації прояву інтересу до того, що вам говорять (наприклад, нахиліться до співрозмовника);
 - 4) кивками голови і мімікою обличчя показуйте, що вас цікавить розмова;
 - 5) уважно слідкуйте за смислом невербальних повідомлень (погляд, міміка, пантоміміка, тембр голосу, експресивні прояви емоцій тощо).
16. Дотримуйтесь принципу самоствердження.
Самоствердження включає впевненість у собі, вміння відстояти свої погляди, позицію і законні права, не порушуючи прав інших:
- 1) говоріть “ні”, коли це необхідно;

- 2) вимагайте того, що ви хочете;
- 3) висловлюйте свою думку;
- 4) ідіть на конфронтацію, якщо це необхідно;
- 5) не плутайте впевненість з агресивністю.

Роль особистісного простору в спілкуванні

Особистісний простір – це суб’єктивне відчуття відстані навколо людини, порушення якої іншою людиною викликає негативні емоції і почуття внутрішнього протесту.

Внутрішній протест полягає у появі відчуття дискомфорту, незадоволення фамільярністю порушника сфери особистісного простору, підвищення психічної збудливості, бажання припинити спілкування або перейти на “різкіший” тон розмови. Здебільшого людина в такій ситуації підсвідомо робить крок назад і цим самим відновлює необхідну дистанцію. Порушник особистісного простору нерідко відразу ж викликає в іншій людині негативну установчу реакцію, спрямовану проти себе.

Частину просторового середовища людина природно вважає своєю власністю, якою може розпоряджатися й охороняти від чужих зазіхань. Цим персоналізованим простором, або “власною персональною територією”, можуть бути житло, конкретне місце у цьому житлі, робоче місце людини, ліжка і тумбочка у гуртожитку тощо. Це так звана “первинна особистісна територія”.

Крім цього, психологи розпізнають “вторинну територію”, якою людина “за звичкою” або “за традицією” намагається користуватись, але не контролює надто безапеляційно (місце в лекційній залі, бібліотеці, на пляжі тощо). Персональна територія й особистісний простір необхідні для встановлення межі між “собою” та “іншими” і виконують функцію регуляції міжособистісних відносин.

Прийнято виділяти чотири види комунікативної дистанції між людьми:

1. Публічна дистанція (від 4 до 7,5 м – використовується при виступах перед різноманітними аудиторіями).
2. Соціальна відстань (від 1,2 до 4 м – є бажаною при спілкуванні з чужими людьми і при офіційних зверненнях).

3. Персональна відстань (у середньому 1 м, інколи зменшується до 45 см – використовується при буденному спілкуванні із знайомими людьми).

4. Близька (інтимна) відстань (близько 45 см).

Перебування на близькій відстані може бути ситуаційним (поїздка в громадському транспорті, відвідування лекцій, мітингів тощо) і є нормальним явищем в умовах сімейного життя, а також при виконанні професійних обов'язків (робота медиків, перукарів, косметологів та ін.). Проте навіть короткотривале перебування в стані ситуаційної близькості (наприклад, у переповненому ліфті) викликає в людей відчуття дискомфорту. Щоб зменшити його, вони здебільшого стають боком один до одного, оберігають від контакту певні частини тіла, уникають зорового спілкування.

Межами персональної відстані є 45-120 см. Вона не є строго постійною і залежить від психологічної близькості з людиною та установкою на її сприймання. Для особи, яка знаходиться з людиною в теплих і дружніх взаємостосунках, ця відстань зменшується, а для незнайомих або небажаних – збільшується. Звичайно ця відстань дорівнює довжині витягнутої руки (приблизно 1 м).

Відомо, що діти і підлітки мають менші, ніж дорослі, зони особистісного простору. Разом із тим, встановлено, що молоді організми, які ростуть в умовах надмірної скупченості, затримуються у своєму розвитку. Потомство скупчених щурів було менш активним, ніж контрольні тварини.

За одних і тих же умов індивідууми із зонами більшого особистісного простору гірше переносять скупчення, ніж люди з меншим особистісним простором.

Як відомо, деякі хворі, які лікуються стаціонарно, вимушені перебувати в багатомісних палатах, де їх особиста територія обмежена ліжком і тумбочкою, а особистісний простір часто порушують інші люди (сусіди по палаті, їх відвідувачі, обслуговуючий медперсонал). Тривале спільне перебування в таких умовах може викликати стресовий стан дискомфорту, ступінь якого прийнято оцінювати за п'ятибальною системою:

1. Природна цікавість до нового сусіда замінюється байдужим ставленням до нього. Людина старається не помічати сусіда.

2. Людина мимоволі починає звертати увагу на його дії, але емоційні переживання при цьому відсутні.
3. Дії сусіда викликають пильну увагу і настороженість. Якщо доводиться ввійти в його особистісний простір, виникає почуття неприємності й дратівливості.
4. Дії сусіда (або свої у його присутності) викликають неприємне відчуття внутрішньої напруженості. Людина старається уникати зорового контакту із сусідом.
5. Важко утриматись (інколи неможливо), щоб не зробити різкого зауваження сусіду за його некоректні дії. Надто сильне емоційне напруження, коли доводиться “вторгнутись” на особисту територію сусіда. Людина не хоче бачити сусіда і спілкуватись з ним, старається відвернутись, щось читати або зайнятись якоюсь справою, що є маскою бажання, яке можна висловити так: “Очі б мої тебе не бачили...”.

У здорових людей такий стан виникає при тривалих ситуаціях, які за впливом на нервово-психологічний стан наближаються до екстремальних (сумісний політ космонавтів, тривалі експерименти в ізольованій камері, перебування в переповнених слідчих ізоляторах, військових казармах тощо). У лікарнях перебувають хворі з астенізованою психікою. Ось чому в них явища обмеження особистісного простору виражені більшою мірою, ніж у здорових.

Коли хворий спілкується з медиком, величина особистісного простору змінюється в межах “медик – хворий”. Сусіди по палаті є ніби зайвими у цьому суб’єктивному просторі. Хворому важко бути щирим, відкритим і природним, коли в палаті є спостерігачі. Медична сестра повинна це розуміти і створювати всі умови для спілкування в більш інтимній обстановці (маніпуляції і процедури проводити в окремих кабінетах, при потребі попросити сторонніх вийти тощо).

Інколи молодший медичний персонал безцеремонно “наводить порядок” у тумбочках хворих з їх особистими речами, медикаментами і продуктами харчування. Це гнітюче впливає на психіку пацієнтів. Якщо дійсно необхідно допомогти хворому, потрібно зробити це тактовно. Медична сестра повинна стежити за діями молодшого медичного персоналу.

Отже, медики у своїй повсякденній практичній діяльності повинні пам'ятати про існування такого феномена, як особистісний простір, що дає можливість значно підвищити ефективність спілкування.

Основи психологічної корекції спілкування

Міжособистісні конфлікти, напевне, не усуваються з життя, як і розгул стихії: повінь, землетруси, тайфуни, виверження вулканів. Навіть ідеальні умови життя людей не завжди усувають ці явища. Майже кожен об'єкт людських домагань – людина, неживий предмет, престиж, благоустрій – стає приводом до суперечностей декількох або багатьох людей. Суперечність легко і непомітно переростає у ворожнечу. Конфлікти потрібно вміти попереджувати і розв'язувати.

Де “жало” конфлікту? Це запитання слід ставити собі перед будь-якою спробою втручання в міжособистісний конфлікт (конфлікт між двома-трьома людьми або який охоплює цілу групу). Конфлікти, які найбільш важко піддаються розв'язанню, пов'язані з поділом загального об'єкта домагань. Спір про матеріальні блага, становище лідера, визнання своєї популярності інколи призводить до суперечності, подібної до “любовного трикутника”. Якщо “жало” конфлікту саме в цьому, завдання психолога – відвернути пряму образу гідності тих, хто конфліктує, прав або інтересів один одного. Суперництво повинно залишатись чесним – такий мотив психологічного впливу на людей, які конфліктують. Нерідко ворожнеча двох ґрунтується на вже здійсненій образі одним із них іншого, до того ж образі суто психологічній, так що власне цим, а не суперництвом, пояснюється стійкість конфлікту.

Часто виявляється не стільки образа гідності, скільки амбіція одного з тих, хто конфліктує, і суб'єкт висловлює примітивні реакції. Пом'якшення чи усунення таких реакцій вимагає вмілого і терпеливого втручання зі сторони психолога. Немає нічого більш помилкового, ніж сказати людині в очі (до того ж у при-

сутності інших), що її реакції примітивні. “Лобові” дії тут призводять лише до загострення міжособистісного конфлікту. Джерелом конфлікту часто є не підтвердження рольових очікувань, запропонованих один одному партнерами спілкування. “Жало” конфлікту може полягати й у відносній психологічній несумісності людей, вимушених під впливом обставин щоденно контактувати один з одним. Так, виражений екстраверт часто відкрито висміює інтроверта, який уявляється йому хитрою, зарозумілою або злою людиною, а ригідний суб’єкт виявляє свою неприязнь до мобільного як до “балаболки”. Домінант ворогує з іншим домінантом, або пробує підкорити собі домінанта, який теж не визнає його зверхності. У такій ситуації вихідне розходження характерів легко “обростає” взаємними образами, що базуються на приниженні гідності (або амбіції) тих, хто конфліктує. Психологічне втручання в конфлікт тут дуже важливе, оскільки людина повинна зрозуміти і прийняти індивідуальні відмінності у характерах і навчитись поважати тих, хто не подібний на неї саму.

Зважившись на втручання в конфлікт, педагог або психолог ніби піднімається над тими, хто конфліктує, і схильний розглядати їх як фігури в шаховій партії. Ця позиція принципово помилкова: “третій” при зіткненні двох, у свою чергу, вступає в складні міжособистісні відносини з обома і, будучи сам особистістю зі своїм специфічним характером, не може претендувати на повну об’єктивність. У більшості випадків він все ж таки схиляється до того, хто йому ближчий за психологічним складом, соціальними і ціннісними орієнтаціями тощо. Цей момент необхідно зі всією прямою обговорити. В інших випадках розумно поступитись роллю арбітра в конфлікті комусь іншому, коли ви самі не повністю спромоглись на пошук компромісу між тими, хто конфліктує.

Взагалі, для ефективного психологічного втручання в напружені міжособистісні стосунки необхідна впевненість у двох речах. По-перше, в тому, що ви здатні тверезо аналізувати свої особисті конфлікти, піднімаючись над самим собою. По-друге, в тому, що ви дуже вмільий, досвідчений співрозмовник і “майстер спілкування”. Щоб набути такої майстерності, потрібна велика робота

над собою, а ще краще – спеціальний тренінг у складі групи, керованої кваліфікованим психологом.

Рекомендовано ряд проб, які покажуть, наскільки ви вмілий і вдумливий партнер у різних видах конфліктів. Якщо та або інша проба дається важко, її треба багаторазово повторювати, тепер вже як вправу. Закінчувати такого роду тренінг можна лише після того, як зникне специфічне відчуття “мені це важко”.

Проба перша. В якому б настрої ви не прокинулись, затримайтеся поглядом на своєму обличчі в дзеркалі й зробіть гримасу, яка може вас розсмішити. Якщо це не виходить, майте на увазі, що люди можуть сприймати вас як гордовитого і навіть злого суб’єкта. Вам здебільшого не вдається спілкування на ігровому рівні.

Проба друга. Розмістіть два дзеркала так, щоб побачити себе у профіль. Примусьте себе не сутулитись, не випинати підборіддя, потримайте рот відкритим, погляд зробіть розсіяним. Постарайтесь прийняти себе в цьому “непарадному” вигляді. Якщо це важко зробити, то не виключено, що ви не вмієте реалістично оцінювати, яким вас бачить інша людина. Ви віддаєте перевагу обманувати себе, тому самі нерідко стаєте жертвою обману.

Проба третя. Перебуваючи в транспорті, ненароком придивіться до чийогось обличчя. Постарайтесь зробити так, щоб ваш інтерес до людини залишився для неї непомітним. Якщо не виходить, то у вас, напевно, дуже настирливий, неделікатний погляд, а це обмежує можливості комунікації. Саме ненастирливе вивчення іншого поглядом повинно стати вашою вправою (треба відразу ж відвести очі, якщо вас помітили). Але це ще попередня проба. Головна полягає ось у чому. Намагайтесь уявити обличчя цієї людини смішним, сумним, несмішним, гнівним, зляканим, повним ніжності. Той, кому не вдається це зробити, ймовірно, не повністю розуміє зміну почуттів і намірів на обличчі своїх співрозмовників.

Проба четверта. При випадковій сварці (наприклад, у переповненому транспорті) треба примусити себе, незважаючи на те, на чиєму боці правда, спокійно сказати “винуватий” або “вибачте”, а потім замовкнути, як би не принижував вас партнер по суперечці. Розглядайте потилицю людини, яка стоїть попереду,

стелю, краєвид за вікном. З точки зору людей, які вас оточують, той, хто мовчить, поводить себе достойніше, ніж той, хто кричить, так що “публіка” безперечно стане на вашу сторону... Не можете стриматися? Отже, ви або занадто домінантні, або дуже нервові. Те й інше – завада в спілкуванні. Поставте за мету виховати в собі в таких випадках холоднокровність і витримку.

Проба п'ята. Випробуйте своє вміння жартувати в напруженій обстановці. Тому, хто в транспорті навалюється на вас корпусом, скажіть з посмішкою: “Я дивлюсь, автобуси якісь дуже тісні стали виробляти”. Інтонацію цієї репліки і свою міміку при її проголошенні потрібно попередньо прорепетирувати перед дзеркалом. Проба має зворотний зв'язок, якщо тон взято правильний, тоді партнер, як правило, схоплює жарт. Якщо репліка не вдалась або партнер настроений особливо агресивно, виникає ситуація, описана в четвертій пробі. Цю ситуацію ви можете використовувати для тренування витримки.

Проба шоста. Помітивши літню людину або жінку з дитиною, яким, як і вам, немає де сісти в переповненому транспорті, нахиліться до молодого пасажира, який сидить поблизу, скажіть зниженим тоном: “Зверніть увагу – його (її) треба було б посадити...”. На повчальний і вимогливий тон цих слів партнер, найімовірніше, дасть негативну реакцію (навіть якщо він, взагалі, людина, яка співчуває іншим), тому ваша репліка повинна бути добре відпрацьована. Якщо вас не послухали, це означає, що ви зловживали “батьківською” позицією або, навпаки, були занадто “лагідні”. Інколи це є проявом невихованості партнера, на що не варто звертати увагу.

Прямі методи погашення конфлікту

Для будь-якої групи конфлікт між двома або декількома її членами є перешкодою до нормального спілкування і спільної праці. Тим, хто сперечається, це здається їх особистою справою, хоча насправді стосується всіх. Виникає необхідність у погашенні конфлікту. Бажане бодай би “перемир'я” ворогуючих, причому

на основі такого компромісу між ними, який би, по-перше, не йшов всупереч із загальними етичними нормами, а, по-друге, не принижував людську гідність двох сторін. Місія примирення тих, хто конфліктує, звичайно лежить на старшому (за становищем або віком) – викладачеві, керівникові, суспільному лідері. Найбільш розповсюджені такі прямі методи погашення конфлікту:

1. Керівник по черзі запрошує до себе тих, хто ворогує, і просить кожного викласти суть і причини сутички. При цьому він припиняє будь-яку спробу однієї людини зводити наклеп на іншу і вимагає лише факти, а не емоції. (“Усе погане, що ви хотіли сказати про Ганну Іванівну, треба говорити їй самій, а не поза очі. Я вам пізніше дам таку можливість”). Як тільки керівник, незалежно від суджень самих людей, які конфліктують, приймає певне рішення, він викликає обох, просить їх у його присутності сказати все, що вони вважають за потрібне, перериває, коли між ними виникає яка-небудь суперечка, і висловлює своє рішення. Воно може бути на користь одного або не на користь жодного з них, у будь-якому випадку керівник повинен поводити себе прямо, по-діловому, спиратись на авторитет, етичні традиції й офіційні постанови, які існують у суспільстві. Його рішення повинно бути сигналом про те, що інцидент вичерпано і повертатися до нього означає забирати час і енергію в зайнятих людей.
2. Можна пропонувати людям, які конфліктують, висловити свої претензії один одному при групі, на зборах. Наступні рішення керівник приймає на основі виступу учасників зборів з даного питання.

Якщо конфлікт, незважаючи на вказані заходи, не втихає, керівник вдається до санкцій відносно сторін, які конфліктують (однієї з них або обох): від повторних критичних зауважень (один на один або при групі) до адміністративних стягнень.

3. Якщо і це не допомагає, керівник шукає шлях, який би міг розвести людей, які конфліктують (по різних робочих місцях). Здебільшого під впливом прямих заходів погашення конфлікту результати бувають позитивними: учасники конфлікту змінюють чи пом'якшують свої ворожі настрої один до одно-

го, допомагаючи тим самим колективу повернутися до здорової “психологічної атмосфери” спільної діяльності. Проте бувають і зворотні випадки, коли прямий тиск керівника або групи на людей, які ворогують тільки “поглиблюють” їх взаємну суперечку. Говорячи словами медика, хвороба не виліковується, а переходить у хронічну форму. Тому більш ефективним буде непрямий метод погашення конфлікту. Найбагатша на прийоми непрямих методів сімейна психотерапія і психокорекція: діяльність з налагодження внутрішньосімейних відносин.

Непрямі методи погашення конфлікту

Принцип “виходу почуттів”

За спостереженнями одного з видатних сучасних психотерапевтів К. Роджерса, якщо людині дозволити без перешкод виразити свої негативні емоції, то поступово вони самі собою замінюються позитивними. Дійсно, коли спеціаліст із сімейної психотерапії надає жінці, яка перебуває в нього на прийомі, можливість виказати все про свого чоловіка, навіть найбільш різкі судження, що є образливими і несправедливими, то після цього монологу, який може тривати годину і більше, вона, як правило, передихнувши, говорить: “Взагалі-то мій чоловік може бути кращим, у нього є хороші риси”. Реалізація цього принципу вимагає від психолога професійного терпіння і здатності емоційно підтримувати співрозмовника.

Принцип “емоційного заміщення”

Людину, яка звертається до вас із скаргами на свого колегу, треба розглядати як постраждалу особу. Хоч вам цілком зрозуміло, що насправді постраждалим є саме колега. І чим більше людина не має рації, тим активніше вигороджує себе перед особою совістю як “мученик” і “жертва”. Із стражданнями треба рахуватись навіть тоді, коли вона не права. Рахуючись із цим, ви полегшуєте душевний стан співрозмовника.

Принцип “авторитетного третього”

Примирлива, добра думка одного з противників про іншого може бути переданою лише через третю особу, авторитетну для обох. Цю людину психологу потрібно підшукати, проінструктувати і “підіслати” до когось з двох, які ворогують, з дуже делікатною місією.

Принцип “оголення агресії”

Психолог навмисне надає тим, хто ворогує, можливість виразити свою неприязнь один до одного. На людях це потрібно робити виключно в замаскованому вигляді: можна “зіштовхнути” осіб, які конфліктують, у спортивній боротьбі, диспуті, грі, трудових змаганнях.

Пряма форма “оголення агресії” реалізується таким шляхом: психолог спонукає партнерів до конфлікту в його присутності й досить довгий час не припиняє сварки. А це, як правило, при третій особі не досягає таких крайностей, щоб довелось розбороняти людей, які ворогують. Коли вони виговорили найбільш “наболіле”, психолог відпускає їх і продовжує роботу.

Принцип “примусового вислуховування опонента”

Психолог спонукає людей, які конфліктують, сперечатись у його присутності, а потім зупиняє їх і подає таку інструкцію: “Кожен із вас перед тим, як відповісти опоненту, повинен точно повторити останню репліку”. Звичайно, вони не в змозі правильно відтворити репліку один одного, оскільки кожний чує в основному себе, а тому, хто ображає, приписує тон і слова, яких насправді не було (можна використати магнітофон). Це зменшує взаємну неповагу і сприяє зростанню самокритики.

Принцип “обміну позицій”

Психолог зупиняє суперечку, яка відбувається на його очах, і просить осіб, які ворогують помінятися місцями. Це робиться для того, щоб Толя уявив, що він Коля, і від імені Колі виразив Толі своє звинувачення, яке прийде в голову (аналогічно повинен вчинити Коля). Такий прийом спонукає людей, які конфліктують, подивитись на суперечку очима опонента. Описаного прийому інколи буває достатньо, щоб у межах сімейної психо-

терапії примирити на місяці (й навіть на роки) подружжя, яке конфліктує.

Принцип “розширення духовного горизонту”

Люди, які конфліктують, сперечаються в присутності психолога, який тим часом протоколює сварку (бажане використання магнітофона). Потім він зупиняє сварку і відтворює запис. Як правило, особи, які ворогують, знічені почутим, оскільки починають розуміти, що поводити себе некоректно. Потім психолог детально розбирає суперечку і вказує на недобросовісність і егоїзм. Бесіда закінчується закликком орієнтуватися на високі цінності й цілі.

Основні правила спілкування за Д. Карнегі:

- Проявляйте справжній інтерес до людей.
- Посміхайтесь.
- Пам’ятайте, що для людини звучання її імені – найсолодше і найважливіше у людській мові.
- Будьте добрим слухачем. Заохочуйте інших розповідати про себе.
- Ведіть бесіду в колі інтересів вашого співрозмовника.

Дайте людям відчуття їх значущість і робіть це щиро.

12 правил стосовно того, як привернути людину до своєї точки зору:

- Єдиний спосіб досягнути найкращого результату у суперечці – це ухилитися від неї.
- Проявляйте повагу до думки інших, ніколи не говоріть людині, що вона не має рації.
- Якщо не маєте рації ви, визнайте це відразу і щиро.
- Спочатку покажіть своє дружнє ставлення.
- Нехай ваш співрозмовник із самого початку вимушений буде відповідати “так”.
- Намагайтесь, щоб ваш співрозмовник говорив більше, ніж ви.
- Нехай ваш співрозмовник відчує, що ідея належить йому.
- Чесно намагайтесь прийняти точку зору іншого.
- Проявляйте співчуття до думок та бажань інших людей.
- Закликайте до благородних намірів.
- Надавайте своїм ідеям наочність, інсценуйте їх.
- Кидайте виклик, щоб вами зацікавились.

Два основних види мистецтва спілкування: вираження прихильності й переорієнтації.

Чому з одними людьми нам легко спілкуватися, а з іншими – важко? Чому з кимось ладимо, а з кимось постійно сваримось? Відповідь проста: коли ми єдині з людьми, які нас оточують, то життя з ними проходить у мирі й злагоді, коли розділені – не переносимо один одного. Якщо в наших характерах дуже багато відмінностей, то неминуче виникають сварки і конфлікти. Причому є певна різниця в тому, з ким виникла сварка – з товаришем або з Нестерпною Людиною, оскільки з товаришами нас об'єднують спільні інтереси, а з ворогами ми стикаємось через непримиренні протиріччя.

Проявляти прихильність можна по-різному:

1. Суто зовні: виразом очей і обличчя, жестами й емоційним станом, наприклад, пожвавленням.
2. За допомогою звуку: гучністю голосу і темпом мовлення.
3. Змістовно: суттю сказаного – словами.

Зовсім природно виражати прихильність до людей, з якими у вас багато спільного, які вам подобаються або яких ви любите. Також зовсім нормально не виражати прихильність до Нестерпних Людей. Треба сказати, що невміле використання цієї тактики може призвести до серйозних суперечок і сварок.

У спілкуванні з людьми вираження прихильності завжди передує переорієнтації ставлення, незалежно від того, слухаємо ми, щоб зрозуміти, чи говоримо, щоб бути зрозумілими. Іншими словами, за допомогою вираження прихильності можна переорієнтувати взаємовідносини з Нестерпними Людьми і спрямувати їх розвиток у сторону співробітництва. Нижче буде викладено дуже ефективну тактику поведінки, яка містить у собі практичні елементи мистецтва спілкування з Нестерпними Людьми. Читаючи цей матеріал, спробуйте згадати, чи застосовували ви описані принципи раніше, і намагайтесь прикинути, в яких випадках використовуєте їх у майбутньому.

Коли Нестерпний співрозмовник говорить, ваша мета – слухати, щоб зрозуміти.

План дій:

1. Виявляйте прихильність.
2. Повертайтеся до сказаного: повторюйте деякі слова і фрази, сказані співрозмовником.
3. З'ясуйте смисл почутого.
4. Підведіть підсумок почутому.
5. Переконайтесь, що почуте, правильно зрозуміли.

При спілкуванні з Нестерпними Людьми ваша мета – говорити, щоб бути зрозумілим.

План дій:

1. Контролюйте тон свого голосу.
2. Пояснюйте свої позитивні наміри.
3. Тактовно переривайте співрозмовника.
4. Висловлюйтесь правдиво.
5. Будьте готові слухати.

Психологічний вампіризм. Деякі поради

У ситуації спілкування, коли одна людина просить поради в іншої, прохач виконує роль психологічного вампіра, а людина, яка дає раду, роль донора.

Загальновідомо, що люди охоче дають поради іншим людям на їх прохання, а інколи і без: “Вибач, що втручаюсь не у свої справи, але на твоєму місці я б...”. Більшість людей, які не знають психології, особливо ті, яким не відомі закони психологічного вампіризму, люблять отримувати поради. Найлегше отримувати поради стосовно того, як виховувати дітей, лікувати ті чи інші хвороби, який вибрати фах роботи, чи варто одружуватись з X, як вийти заміж за Y і под. А насправді на ці запитання важко правильно відповісти навіть висококласному фахівцю психологу. Що ж путнього може порадити сусід, знайомий чи колега по роботі?

Однією з формул оцінки кваліфікації психотерапевта є такі: “Кваліфікація психотерапевта обернено пропорційна кількості порад, які він дає пацієнтам”.

Поради щодо психологічних проблем мають моральне право давати лише висококваліфіковані фахівці психологи, а не друзі або родичі. Досить часто від родичів можна почути такого типу заперечення: “Ну чому я не можу застерегти свого сина від такого

нерозумного кроку, як одруження з його дівчиною? Я ж краще нього розуміюсь на людях!” У такому випадку варто попросити свого опонента відремонтувати ваш годинник, який поспішає кожної доби на 5 хвилин. Як правило, він дає вам слухну пораду звернутись до годинникаря. Тож невже душа людини та її психологія є простішими від елементарного механічного годинника?

Любителі радитись! Як ви думаєте, чию проблему вирішує порада – свою чи вашу? Правильно, свою! Він вам говорить про те, як би він вчинив у даній ситуації. Але ви ж не володієте якостями поради і так зробити не зможете. Кожен повинен давати поради лише сам собі, тобто реально оцінити свої бажання і можливості та приймати рішення самостійно.

Нерідко поради рекомендують здійснити такий вчинок, на який у свій час вони не наважувались самі. Так, одинока жінка віком понад 30 років питає психотерапевта, чи варто їй завести позашлюбну дитину. У неї було декілька подруг, незаміжніх жінок бальзаківського віку, які настирливо радили їй це зробити: “Ось ми були дурепами, не наважились на це у свій час і зараз залишились самотніми. Не повтори нашої помилки!”. Але давати поради в тій справі, в якій не маєш свого власного досвіду, неприпустимо! Психотерапевт не повинен давати в такій ситуації ніякої поради. Необхідно, щоб жінка все вирішила сама. Деякі жінки виходили заміж за старших чоловіків. Реально оцінивши свої можливості, вони не заводили дітей, але сімейне життя їх цілком влаштовувало.

Потрібно пам’ятати, що той, хто любить радитись, просто хоче перекласти свою відповідальність на іншого, тобто він є справжнім психологічним вампіром.

Ідеальний контакт між медиками і хворим – це контакт особистостей. І тут право вирішального голосу повинно належати хворому. Лише лікар може м’яко радити, але не настоювати. Звідси висновок: “Будьте обережні з порадами. Не зловживайте директивним стилем спілкування із хворими”.

ОСНОВИ СЕСТРИНСЬКОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Психологічні основи психотерапії

Будь-яка діяльність медичної сестри повинна органічно включати в себе елементи психотерапії. Уже сам зовнішній вигляд і робоча форма можуть мобілізувати і підбадьорити хворого, а можуть пригнітити його стан. Якщо медсестра не слідкує за своїм зовнішнім виглядом, у хворого мимоволі з'являється увідомлений або підсвідомий сумнів чи сприймання стосовно належного



догляду за ним, що є складовою частиною відповідної установки на лікування і очікування його результату.

Спокійний, впевнений і тактовний стиль поведінки, грамотна мова без професійного жаргону, лагідне ставлення позитивно впливають на гіпноїдність хворого, навіюють впевненість, що йому приділять належну увагу і він не стане тягарем для медиків.

Високий професіоналізм у темпі та якості виконання роботи медичної сестри позитивно впливає на душевний стан хворого, укріплює його віру в дієвість усіх ланок медичної допомоги. І, навпаки, поспішність або безтолкова метушливість, надто виражена млявість (стиль діяльності, який прийнято характеризувати словами “спить на ходу”), відволікання від дій і маніпуляцій породжують усвідомлену або підсвідому невпевненість і тривогу за ефективність лікувального процесу.

Велике психотерапевтичне значення, а поряд із цим психогігієнічне і психопрофілактичне, має забезпечення у лікарнях охоронного режиму, що передбачає спокійну обстановку, мінімальне подразнення психіки хворого, забезпечення міцного і достатнього для повноцінного відпочинку сну. Тиша у палатах та відділенні, уважне, лагідне ставлення до хворого, підтримка віри у можливість видужання або покращання його стану, контроль за відвідуванням хворого людьми, які можуть його збентежити або стомити тривалими і частими візитами, – ось основні умови створення охоронного режиму в лікувальних закладах.

Таким чином, уся робота медичної сестри, починаючи з вимірювання температури і закінчуючи складними процедурами і маніпуляціями, містить елементи психотерапії.

Крім загальнотерапевтичного впливу, медична сестра повинна володіти певними методами спеціальних психотерапевтичних прийомів і бути достатньою мірою ознайомленою з механізмом їх дії на психічний і загальний стан хворого.

Усі медики передусім повинні вміти користуватись *раціональною психотерапією*. Психотерапевтичну бесіду потрібно спрямувати на роз'яснення хворому його хворобливих відчуттів і переживань, на чуттєвість його захворювання. Хворі повинні знати, що є органічні ураження і функціональні прояви. Згідно з феноменом Йореса, інтенсивність суб'єктивно неприємної симптома-

тики в основному залежить саме від функціональних розладів, які не є небезпечними для життя. Якщо у хворого має місце органічне ураження якогось органа чи системи, потрібно допомогти йому об'єктивно сприйняти своє дійсне положення, але не перетворювати факт захворювання в трагедію, не панікувати, а підтримувати на належному рівні і постійно трактувати залишкові можливості. Для того щоб ефективно провести психотерапевтичну бесіду, медична сестра сама повинна достатньою мірою орієнтуватись у сутності патології хворого.

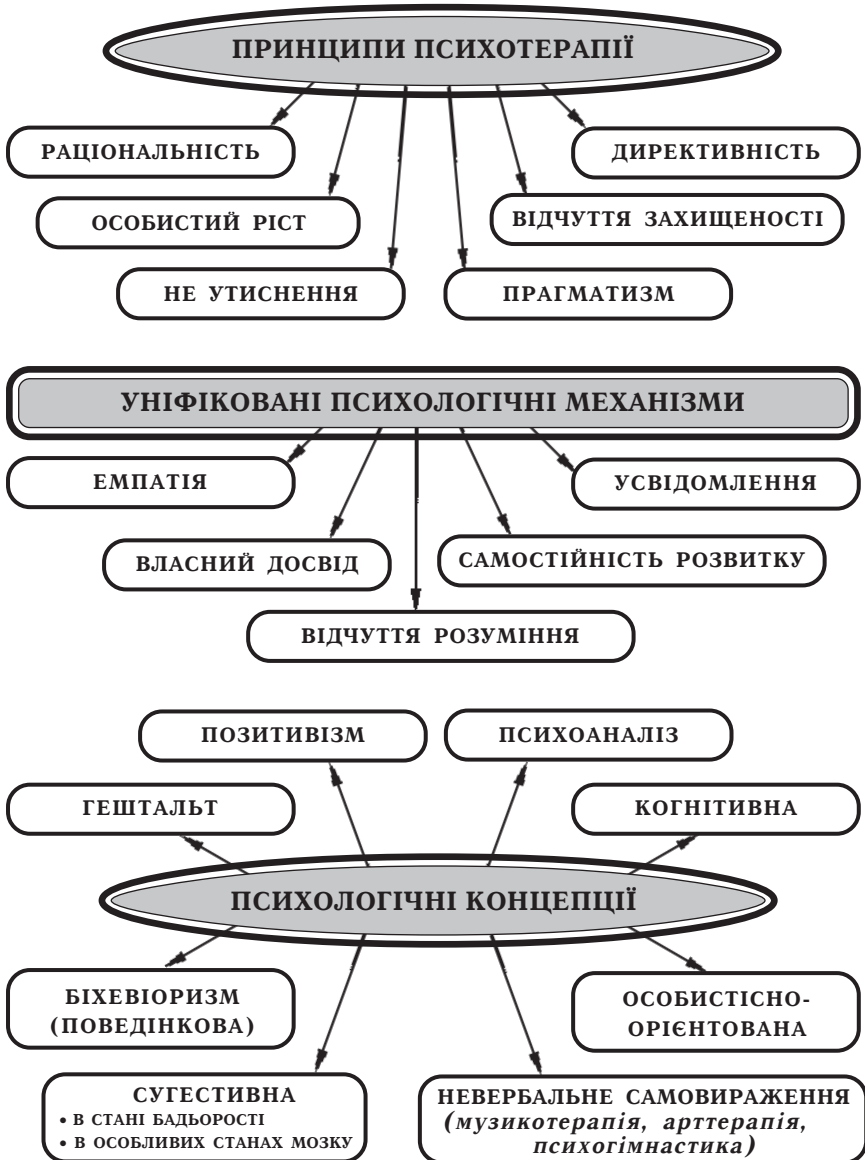
Як приклад, що ілюструє сутність, клінічну картину й особливості раціональної психотерапії, наводимо основні тези психотерапевтичної (раціональної) бесіди медичної сестри при наявності у пацієнтки клімактеричного синдрому.

Сутність клімактеричного синдрому. Клімактеричний період – це фізіологічний період у житті жінки, який характеризується поступовим припиненням менструальної функції і гормональної активності яєчників на тлі загальної перебудови організму. Клімакс у жінок звичайно настає у віці 45-55 років і триває від кількох місяців до кількох років. Приблизно у половини жінок він перебігає без особливих небажаних явищ, які потребують лікування, проте майже у половині випадків цей період ускладнюється своєрідним клінічним симптомокомплексом – клімактеричним синдромом.

Характерні ознаки клімактеричного синдрому. В його клінічній картині переважають вегетативно-судинні порушення у вигляді припливів жару, пітливості, запаморочень, шуму у вухах, серцебиття, болю в ділянці серця, почервоніння шкіри шиї, голови і рук. Інколи виникає пітливість без припливів жару, причому настільки інтенсивна, що піт стікає струминками. В інших випадках розвивається короткотривалий озноб. Пульс і артеріальний тиск стають нестійкими. Підвищується чутливість шкіри, з'являється сверблячка в ділянці статевих органів. Нерідко з'являється вибірковий потяг до вживання певних продуктів, відмічається підвищена чутливість до зміни температури повітря, перепадів атмосферного тиску. Для клімактеричного синдрому характерним є розвиток остеопорозу, що зумовлює підвищений ризик переломів кісток і ураження великих суглобів з вираженим больовим синдромом.

Порушення психіки при клімактеричному синдромі. Клімактеричному синдрому властива наявність несприятливих розладів психіки, що нерідко визначає клінічну картину захворювання. У жінок відмічаються утруднене засинання, поганий сон, безсоння з напливом тривожних думок

ПСИХОЛОГІЯ ПСИХОТЕРАПІЇ



і відчуття внутрішнього дискомфорту. Хворі стають надмірно подразливими, прискіпливими, вередливими, конфліктними, плаксивими і незадоволеними тим, що відбувається навколо. Їх настрій постійно змінюється: напади веселощів, сентиментальності замінюються відчуттям туги (часто немотивованою) із втратою інтересу до всього, почуттям спустошення, безперспективності й безсилля. Періоди нормальної, а інколи і підвищеної працездатності можуть чергуватись зі станом важкої втоми, неможливістю зібратись, сконцентрувати увагу і виконувати звичайну роботу. Характерними для патологічного клімактеричного синдрому є розвиток ожиріння, остеопороз (декальцинація кісток) і пошкодження крупних суглобів.

Мінімальний об'єм обстеження. Медична сестра повинна знати діагностичні ознаки клімактеричного синдрому, методи об'єктивного дослідження й особливості догляду за такими пацієнтами.

План обстеження, крім загальноприйнятих, методик, передбачає визначення вмісту кальцію і фосфору в крові, цитологічну картину вагінальних мазків, консультацію гінеколога, невропатолога та психіатра.

Типова картина раціональної психотерапії. Медична сестра повинна знати елементи психотерапії і використовувати їх у своїй роботі. Психотерапія відіграє значну роль у лікуванні пацієнтів з клімактеричним синдромом. Із самого початку необхідно роз'яснити жінці сутність змін, які відбуваються в організмі під час перехідного періоду. Жінці потрібно знати, що розлади, які її турбують, є природними, мають тимчасовий характер і після того як організм пристосується до нових умов, зникнуть або суттєво послабшають. Потрібно переконати її в тому, що клімактеричні прояви не є результатом органічного глибокого ураження органів та систем, а мають тимчасовий функціональний характер і є безпечними для здоров'я. Багато жінок сприймають клімакс як закінчення повноцінного життя і початок старості. Завдання психотерапії – зняти негативні емоції, переконати жінку в тому, що менопауза не означає закінчення активного життя і припинення інтимних відносин. Навпаки, припинення менструацій гарантує безпечне сексуальне життя без ризику вагітності. Відповідний режим, проведення гігієнічних заходів, виконання рекомендацій лікарів допоможуть жінці зберегти працездатність, здоров'я і повноцінний образ життя.

За механізмом впливу на психіку людини прийнято виділяти два основних види психотерапії – *пряму й опосередковану*. При адекватному застосуванні цих методів вони потенціюють один одного, що значною мірою підвищує ефективність комплексної психотерапії. Як приклад можна навести принцип розміщення хворих по палатах. Передусім медична сестра повинна прийняти хворого, якого госпіталізували у відділення, познайомитись з ним, пояснити права й обов'язки, з'ясувати його діагноз і вселити в

нього віру у видужання або покращання стану за умови активної участі пацієнта в лікувальному процесі (останнє є одним із видів прямої раціональної психотерапії). Після цієї бесіди хворого направляють у палату. Бажано помістити його у палату, де лежить інший хворий з таким же діагнозом, у якого відмічається добрий ефект від лікування (він закінчує курс лікування і незабаром буде виписаний із лікарні). Безпосереднє контактування із хворим, який видужує вселить віру новоприбулому хворому у позитивний ефект лікування (це приклад опосередкованої психотерапії).

У будь-якому випадку новоприбулому хворому бажано помістити у палату, де перебуває інший хворий з вираженими рисами “позитивного лідера” (вольовий, рішучий, впевнений у собі оптиміст, який сам твердо вірить у своє видужання й індукує свою впевненість тим, хто його оточує). Якщо у відділення госпіталізують хворого з явними рисами “негативного лідера” (песиміст, який твердо переконаний у неефективності лікування, або надто вередлива особа, якій неможливо догодити), то його краще помістити в окрему палату, щоб він не міг негативно впливати на стан іншого хворого (це елемент психопрофілактики).

Як видно з наведених вище прикладів, *комплексна психотерапія* повинна органічно включати в себе активуючий ефект. Медична сестра повинна уміти застосовувати різноманітні методи впливу на психічний і фізичний стани хворого, що поєднують активуючий і відволікаючий ефекти (гігієна й оздоровча гімнастика, диференційована праце- і культтерапія, стимулювальні фізпроцедури тощо).

Основним видом психотерапії, який найчастіше застосовує медична сестра у своїй практиці, є проведення *цілеспрямованих бесід* із хворими. Медична сестра більше, ніж лікар, проводить часу з хворими і цей фактор повинна раціонально використовувати. Проте потрібно завжди пам’ятати, що слово є дійовим засобом впливу на психіку і загальний стан хворого, а тому користуватись ним потрібно вміло. При проведенні бесід психотерапевтичного спрямування необхідно усвідомлено застосовувати деякі основні психологічні фактори.

Фактор “краю” (“межі”). Психологами встановлено, що найкраще і найміцніше запам’ятовується інформація, яка передається в першу й, особливо, останню чергу. Отже, психотерапевтичну бесіду необхідно закінчувати основною думкою.

Фактор повторення. Важливу інформацію потрібно повторювати два-три рази в різних аспектах. Частіше повторення може викликати підсвідомий ефект “протидії”.

Фактор гіпноїдності. Кожний хворий має свій індивідуальний ступінь навіюваності, внаслідок якої певна частина інформації сприймається мимовільно і без належної критики. Посилюють гіпноїдність авторитет медика і відповідний стиль спілкування. Медична сестра повинна дбати про свій авторитет та імідж, а також про авторитет лікуючого лікаря. Потрібно пам’ятати про “авторитет друкованого слова”. Медична сестра при можливості повинна давати читати хворим популярну літературу і статті з часописів, що мають пізнавальний і рекомендаційний характер щодо недуги, яка є у хворого.

Фактор “сповіді”. Він непересічний, полегшує душевний стан хворого, задовольняє (“вгамовує”) природну потребу людини “виговорити” те, що її турбує. Медична сестра має більше часу для неформального спілкування з хворим, ніж лікуючий лікар (особливо в другій половині дня, коли лікарі закінчили свою роботу, а медсестри виконали більшу частину призначень і маніпуляцій). Вислуховувати хворого потрібно в спокійній, бажано інтимній обстановці, виражаючи свою співчутливість, розуміння й емпатію. Після того як медична сестра вислухає його, бажано дати оптимістичну настанову психокоригувального характеру. Віруючі хворі можуть полегшити свій душевний стан, висповідавшись священикові, або у молитовних звертаннях. Медична сестра повинна поважати релігійні почуття віруючих, але розвінчувати забобони і навколomedичне шарлатанство.

Фактор пори доби. Психологами і психотерапевтами встановлено, що ступінь гіпноїдності значно підвищується у вечірній час і, особливо, перед сном. Крім цього, під час сну отримана інформація переробляється і міцно засвоюється людиною. Тому вечірня пора є найоптимальнішою для застосування більшості методів психотерапії, зокрема для проведення психотерапевтичних бесід.

Фактор присутності сторонніх. Відверті бесіди з хворим потрібно проводити в інтимній обстановці. Під час нападу істерії у хворих з істероїдними рисами поведінки сторонні люди по-

винні вийти з палати, бо метушня і “співчуття” затягують тривалість нападу. І, навпаки, бажано, щоб біля хворого з психоастеничними рисами характеру якомога довше був “позитивний лідер”.

Дійовими методами психотерапії, які можна успішно застосовувати у практичній діяльності медсестер, є *нервово-м'язова релаксація (НМР)*, вольова регуляція дихання й автотренінг.

В основі нервово-м'язової релаксації лежать такі передумови: стрес і тривога, пов'язані з м'язовою напругою. Існує прямий і зворотний зв'язок між стресом і тривогою – з однієї сторони та напруженням м'язів – з іншої.

Зниження напруженості м'язів суттєво знижує рівень стресу і тривоги.

Відчуття і переживання стану контрольованої НМР, якою оволодів хворий, укріплює волю і самоповагу пацієнта, а також його віру і впевненість у власні можливості й ефективність лікування.

НМР є активною навичкою. Її, як і будь-яку навичку, потрібно тренувати. Для успішного оволодіння НМР необхідними є терпіння і постійна практика. Сеанс НМР займає 15-20 хв. Час для оволодіння цією процедурою у хворого, який перебуває на лікуванні, є. Він потребує лише допомоги методично-інструктивного характеру зі сторони медика. Пацієнту необхідно пояснити сутність методу, алгоритм його дій, акцентувати його увагу на відчуттях і ефектах НМР, а також обов'язково продемонструвати на собі техніку виконання всіх елементів НМР. Навчання повинно йти за принципом: “Роби, як я”.

Методика НМР

Зніміть або послабте деталі одяжі, які стискають тіло чи обмежують рухи.

Займіть максимально комфортне положення.

Повільно зробіть якомога глибший вдих, для цього максимально напружте дихальні м'язи. Після глибокого вдиху розслабтесь і пасивно видихніть усе повітря. Відчуйте напруження і розслаблення та зафіксуйте у пам'яті ці відчуття. Зробіть паузу на 5-10 с.

Поставте обидві стопи всією поверхнею на підлогу. Максимально підніміть обидві п'ятки, не відриваючи пальців ніг від підло-

ги. Розслабте м'язи, щоб п'ятки пасивно “впали” на підлогу. Те саме проробіть з пальцями ніг, не відриваючи п'яток від підлоги. Постарайтесь відчутти поколювання, тепло і, можливо, важкість у нижніх частинах ніг, що свідчить про розслаблення м'язів гомілки (пауза – 20 с).

Випрямте ноги під кутом 90° до тулуба. Відчуйте напруження м'язів живота і передніх м'язів стегон. Розслабте ці м'язи. Потім відірвіть пальці ніг від підлоги, а п'ятки шосили притисніть до неї, ніби ви на пляжі й зариваєте п'ятки в пісок. Відчуйте напруження і розслабте ноги. Запам'ятайте відчуття розслаблення м'язів стегон (пауза – 20 с).

Якнайміцніше одночасно стисніть пальці обох рук у кулаки, потримайте кілька секунд і розслабте пальці. Щоб проробити протилежні м'язи, розставте якомога ширше “віялом” розправлені пальці рук, а через кілька секунд розслабте їх. Сконцентруйтеся на відчутті тепла і поколювання в кистях рук і передпліччях (пауза – 20 с).

Максимально підніміть плечі перпендикулярно вгору, ніби бажаєте плечовими суглобами доторкнутись до вух. Потримайте плечі в такому положенні, відчуйте важкість у плечах і розслабтесь. Потім максимально опустіть плечові суглоби вниз і також розслабтесь (пауза – 20 с).

Посміхніться якомога ширше. Через кілька секунд розслабтесь. Міцно стисніть губи, а потім розслабте їх. Міцно заплющіть очі, а потім вільно розслабте їх. Тримаючи очі заплющеними, якомога вище підніміть брови, витримайте таку міміку і розслабтесь (пауза – 15 с).

Таким чином ви розслабили більшість основних м'язів вашого тіла. Для того щоб переконатись у розслабленні, інструктор перераховує м'язи, а пацієнт розслаблює їх і викликає у себе специфічні відчуття розслаблення: “Ви відчуєте, як розслаблення проходить теплою хвилею по всьому вашому тілу. Відчуйте спочатку розслаблення м'язів лоба: воно спускається вниз до очей, щік, ви відчуваєте, як розслаблюються щелепи, шия, груди, плечі, як розслаблення сягає кистей рук. Розслаблення спускається до ніг, стегон, гомілок, аж до стоп. Ви відчуваєте важкість

у всьому тілі. Це відчуття є приємним. Після певного часу насолодження цим відчуттям ви переходите у свій звичайний стан”.

З багатьох методів вольової регуляції дихання (ВРД), описаних у довідковій літературі за Хатха-йогою, Тай-ші й Кун-фу, найбільш простим у технічному виконанні є метод Еверлі. Цей вид ВРД застосовують разом із НМР, тому що він був розроблений для прискореного (від 30 до 60 с) стану м'язової релаксації. Дослідження показали, що метод Еверлі ефективно знімає м'язове напруження і суб'єктивне відчуття тривоги, а також знижує частоту серцевих скорочень. Основним механізмом зниження страху за допомогою цього виду ВРД є глибоке дихання.

Техніка виконання ВРД за Еверлі:

1. Займіть зручну позу. Покладіть ліву долоню на пупок, а праву – зверху на ліву. Очі заплющіть.
2. Уявіть собі порожній мішок, який знаходиться в животі під вашими руками.
3. На вдиху уявіть собі, як повітря входить через ніс, спускається вниз і заповнює цей “внутрішній мішок”. У міру наповнювання мішка повітрям ваші руки будуть підніматись. Максимально наповніть мішок повітрям. Ви повинні відчути хвилеподібний рух, який починається в ділянці живота і продовжується в середній і верхній частинах грудної клітини. Повна тривалість вдиху для першого і другого тижнів занять повинна складати 2 с., а в міру вдосконалення навички може становити 2,5-3 с.
4. На 1-2 с (не більше) затримайте дихання. Повторюйте про себе фразу: “Моє тіло спокійне і розслаблене”.
5. Видихайте вдихнуте повітря та уявляйте, як спорожнюється мішок. Видих повинен бути в 1-2 рази коротшим від вдиху. Повторюйте про себе фразу: “Моє тіло спокійне і розслаблене”. Повторіть цю вправу підряд 3-5 разів. Це один цикл ВРД. Якщо у вас розвинулось запаморочення, зупиніться. Щодня повторюйте цю вправу по 10-20 разів. Після 1-2 тижнів регулярних занять ви зможете розслабитись “моментально”.

Одним із дійових видів автотренінгу є *самонавіювання*. Існує декілька методик самонавіювання, з яких медична сестра повинна володіти хоча б методом “короткого замовляння”.

Найбільш типовими формулами навіювання є: “моє тіло легке і приємне”, “моя голова ясна і світла”, “я почуваю себе легко та вільно”, “моє дихання легке та спокійне”, “моє серце працює спокійно та ритмічно”, “з кожним днем мені стає все краще та краще”, “я спокійний”. Потрібно пам’ятати, що при самонавіюванні, як і при навіюванні, не бажано вживати частку “не” (наприклад, замість формули “мене *не* болить голова” бажано використовувати формулу “моя голова легка і ясна”). Кількість повторювань за день може коливатися від 20 і більше. Слід пам’ятати, що повторення формул самонавіювання не повинно бути механістичним та необдуманим, у кожне речення потрібно вдумуватися, вкладати в нього свої бажання та емоції.

Необхідно, щоб психотерапія була спрямована на конкретну мету. Наприклад, комплексні психотерапевтичні заходи при лікуванні психічних захворювань повинні сприяти виконанню таких завдань:

1. Встановлення належного контакту з медиками, позитивне ставлення до діагностичних і лікувальних заходів та обстановки лікувального закладу.
2. Підтримка навичок самообслуговування і надання допомоги медичному персоналу у обслуговуванні інших хворих.
3. Активне читання хворим художньої літератури і часописів, прослуховування радіопередач, перегляд телепрограм, зацікавлення пацієнтів настільними іграми, музикою, піснями, вишивкою, малюванням, виготовленням художніх виробів тощо.
4. Перебудова емоційної установки до конфліктів, усвідомлення факту захворювання і необхідності тривалого лікування, зміцнення віри у видужання або покращання стану.
5. Відновлення контакту з членами сім’ї, побутової і професійної працездатності.
6. Ліквідація окремих хворобливих проявів за допомогою психотерапевтичних заходів.

Великої душевності й такту в поєднанні з високим професіоналізмом вимагає проведення психотерапевтичних заходів при роботі з хворими, в яких недуга суттєво обмежує звичайні можливості або тривалість їх життя. Якщо недуга обмежує звичний стиль життя хворого, необхідно спрямувати свою діяльність на заходи, які повинні перебудувати особистісні орієнтири хворого, примирити-

ти його з об'єктивним положенням речей і самого хворого із собою. Важливо, щоб хворий не панікував, а свою життєву енергію спрямовував не на протест заради самого протесту, а на збереження і тренування залишкових функцій та можливостей організму.

Хвороби є різні, в тому числі й невиліковні. Людина – єдина істота, яка усвідомлює неминучість смерті. Закінчити свій життєвий шлях вона повинна гідно. Неможливо дати уніфікований рецепт поведінки медиків щодо тактики при обслуговуванні невиліковного або помираючого хворого, але в кожному окремому випадку найважливішим є великий такт. Не можна затьмарювати останній період життя людини. Так, біля хворого, який перебуває навіть у безсвідомому стані, не повинні звучати образливі слова. Глибина втрати свідомості може змінюватись і хворий сприймає те, що біля нього говорять.

У цих та інших випадках потрібно діяти за принципом або молитовним зверненням:

**Боже,
дай мені Розум і Душевний спокій прийняти те,
що я не в силі змінити,
Мужність – змінити те, що я можу,
Мудрість – відрізнити одне від одного.**

У лікарнях слід приділяти велику увагу питанню про розміщення в палаті хворого, який помирає. Часто смерть справляє гнітюче враження на інших хворих, вона несе небезпеку “психічної інфекції”. Тривала агонія людини, яка помирає нерідко є психотравмою навіть для найбільш сильних духом сусідів по палаті, й, безумовно, важкою травмою одля хворих з невротичними рисами характеру. Тому дуже важливо вчасно ізолювати її.

Віруючий хворий має право на сповідь священику перед смертю. Проте поява священика у палаті може викликати тривогу, страх і паніку серед інших хворих. Бажано створити інтимну обстановку спілкування між священиком і хворим.

Поряд із звичайними знеболювальними засобами для полегшення тривоги, страху або агонії використовують сучасні психотропні препарати.

Слід зазначити, що недуга впливає не лише на самого хворого, а і на психічний стан членів його сім'ї і близьких. Тому комплексна психотерапія обов'язково повинна в себе органічно включати і сімейну психотерапію.

Необхідно, щоб медична сестра орієнтувалась у тому, чи можна взагалі дозволити відвідування хворого, кого можна пускати до нього, а кого не бажано, скільки часу виділити на побачення, щоб не втомлювати пацієнта. Близькі й члени сім'ї повинні знати про стан хворого і бути інструктованими щодо передач і бажаної спрямованості бесіди з ним.

Родичі і близькі хворого повинні отримати від медиків необхідний мінімум знань щодо особливості внутрішньої картини недуги у конкретного хворого. Якщо у пацієнта з'явилися ознаки психопатизації, потрібно пояснити родичам сутність цих проявів, переконати в їх короткотривалості, не акцентування їх уваги на тимчасовій своєрідній реакції хворого, обумовленій його недугою. Одним із важливих завдань сімейної психотерапії повинна бути профілактика психічної залежності родичів, про що йшлося при вивченні медичної психології.

З методик психотерапії рекомендують такі:

Арттерапія (АТ). Метод спирається на ідею З. Фрейда про те, що внутрішнє "Я" може бути виражене у візуальній формі за допомогою спонтанного малюнка, ліплення, живопису. Арттерапію використовують для: звільнення від конфліктів і сильних переживань, пришвидшення творчого процесу, як додаток для інтерпретації і діагностики (тест фантастичної тварини і дерева), дисциплінуючу і контролюючу "силу", засіб розвитку уваги до почуттів.

АТ – це реалізація дійової уяви, а не прояв художнього таланту. Підкреслюється роль сублімації – непрямого задоволення антисоціальних імпульсів (наприклад, дитячі малюнки на тему війни).

Акцент робиться на вільних асоціаціях і самостійному усвідомленні значення своєї роботи.

Варіант: групова АТ – групова фреска, загальний груповий портрет, образ. Членів групи стимулюють довіряти своєму власному сприйманню і вивчати свої твори як самостійно, так і за допомогою інших членів групи.

Група танцювальної терапії (ТТ). Розвиток координації і плавності рухів. Танець демократичний.

ГРУПОВА ПСИХОТЕРАПІЯ



Мета: розширення самосвідомості, покращання фізичного стану і пристосованості, можливості взаємодії, розширення сфери усвідомлення власного тіла, розвиток позитивного образу тіла, соціальні новини, вивчення почуттів, створення глибокого групового досвіду.

Фундаментальними для ТТ є взаємодії між тілом і розумом, спонтанними рухами і свідомістю, а також впевненість у тому, що рух відображає особу (згадайте епізод з фільму “Службовий роман” де секретар (Лія Ахіджакова) демонструє ходу і поведінку своєму шефу).

Керівник групи є партнером у танцях, режисером подій, каталізатором, який полегшує розвиток особи через рух.

Група тренінгу вміння. Поведінкову модель навчання засновано в лабораторії.

Використовують таке біхевторичне поняття, як зосередженість на спостережувальній поведінці; навчальна модель вирішення проблем ґрунтується на засвоєнні важливих для розвитку учасників групи життєвих умінь.

Оцінка сильних і слабких сторін навичок впевненості в собі включає застосування основних прав людини, які підтримують впевненість у собі, й шість типів стверджень, що виражають впевненість у собі.

Репетиція поведінки – рольових програм і складних ситуацій – є основною методикою. Процедура репетиції поведінки складається з моделювання, інструктажу і підкріплення. Для зняття надмірної тривоги часто використовують релаксаційний тренінг і системну десенсибілізацію.

Психодрама. Психодрама з'явилася внаслідок театрального експерименту, розпочатого Морено у Відні, який отримав назву “спонтанний театр”. Морено виявив, що драма може мати терапевтичний ефект і психодраматична дія має перевагу над вербалізацією в прискоренні процесу вивчення переживань та формування нових взаємовідношень і типів поведінки.

«Рольова гра» – це одне з основних понять психодрами. На відміну від театру, в психодрамі учасник виконує роль в імпровізованій виставі й активно експериментує всіма ролями, які він грає в реальному житті. Друге поняття «спонтанність» було виділене Морено на основі спостережень за грою дітей. Він вважав, що спонтанність – це той ключ, який може відкрити двері в галузі творчості. Основні ролі в психодрамі – режисер, який є продюсером-терапевтом, аналітиком, пропагандистом, “допоміжне Я” та аудиторія. Психодрама починається з розминки, переходить у фазу дії, під час якої пропагандист організовує виставу, і закінчується фазою наступного обговорення, під час якого психодраматична дія і переживання, що виникли в її процесі, обговорюються всією групою.

Режисер використовує різні методики для організації вистави, такі як, монолог, двійник, обмін ролями і відображення, яке сприяє виникненню і підтримці терапевтичного процесу психодраматичної групи.

Психокорекційні групи. Психокорекційна група – це невелике тимчасове об'єднання людей, які мають свого лідера, загальну мету міжособового спілкування, особистого навчання, росту і саморозкриття. Це неструктурована взаємодія “тут і тепер”, при якій учасники вивчають те, що з ними відбувається в даний момент, в даний час і в даному місці.

Т-групи (групи тренінгу). Їх ще називають групами сенситивності.

Цінності в основі руху Т-г.: орієнтація на поведінку і суспільні науки, демократичні процеси в протизавагу авторитетним, здатність встановлювати відносини взаємодопомоги.

Основні поняття Т-групи: навчальна лабораторія, навчання того, як вчитися, принцип “тут і тепер”.

Навчальна лабораторія фокусує увагу на випробуванні нових видів поведінки в безпечному оточенні.

Проводиться навчання, яке включає цикл: уявлення самого себе – зворотний зв'язок – експеримент (1. Усвідомлення ситуації. 2. Що відбувається зараз і чому. 3. Автентичність у міжособових контактах (розібратися у своїх відчуттях). 4. Модель керівництва побудована на співпраці).

Мета: ріст особи через розширення сфери усвідомлення себе й інших, а також процесів, які відбуваються в Т-групі.

Групи зустрічей (ГЗ). На відміну від Т-груп, ГЗ фокусують увагу не на груповому процесі або розвитку навичок міжособової взаємодії з іншими.

Орієнтація на відчуття єдності. Заняття не планується, а будується на відкритості й емоціях єднання. Акцент робиться на принцип “тут і тепер”, увага фокусується на миттєвих переживаннях тепер і не апелюється до минулого досвіду.

Гештальтгрупи (ГГ) (гештальт – образ, конфігурація, цілістність, яка складається з окремих частин). Гештальтпсихологія намагається відповісти, як люди сприймають своє існування.

Метод: керівник групи (сильна і яскрава особа) працює з одним членом групи (“гаряче місце”), який знаходиться поряд. Члени групи мовчки спостерігають і проводять ідентифікацію “добровольця” з собою в міру того, що емоційна реакція стає ланцюговою реакцією в інших членів групи, а також індукує адекватні емоції в інших.

Гештальттерапія спрямована на розширення свідомості (усвідомлення), інтеграцію протилежностей, підсилення уваги до почуттів, роботу з мріями, прийняття відповідальності за себе, переборення опору.

У гештальттерапії фігурою є ті відчуття і почуття, які охоплюють усіх членів і переважають над іншими відчуттями (гнів, страх, радість, сексуальний потяг). Коли потреба задоволена – гештальт завершений, він втрачає свою значущість і відступає для створення нового гештальту. Інколи гештальт залишається незавершеним (злоба, агресія, що створюють базу для проблем і впливають на психіку).

Групи тілесної терапії. В. Райх вважав, що всякий захист як поведінка проявляється в напруженні м’язів (тілесна броня) і спертому диханні. Основними поняттями тілесної терапії за А. Лоуеном (засновником біоенергетики) є енергія, м’язова броня.

Між фізичними особливостями, структурою характеру і типом особи існують тісні взаємозв’язки.

Метод лікування: дихальні вправи для звільнення почуттів, рухові – для звільнення енергії (брикання), масаж.

Метод Фельденкрайса: увага на позі тіла, ствердження свого “Я” через позу, осанку.

Метод Александра: вивчення звичних поз і осанки та їх корекція.

Загальні правила для груп: 1. Кількість членів групи: 4 чоловік – мінімум для життєдіяльності групи. Психоаналітичні групи – 6-8 чоловік. Групи особистого росту – 8-15 (до 50 чоловік). 2. Час заняття – 90 хв. 3. Групи за статевим складом гетерогенні. 4. Групи складають люди з розбіжностями, що призводить до напруги і конфронтації, переборення

яких досягається успіхом в оптимальному навчанні й ростом особи. 5. Фактори лікувального впливу в психокорекційній групі: єдність, навіювання надії, узагальнення, альтруїзм, надання інформації, численне перенесення (група – сім'я), міжособове навчання (нова поведінка з людьми, які оточують), розвиток міжособового вміння, імітуюча поведінка, катарсис.

Психоаналіз. Феномен безсвідомого досліджувало багато вчених, особливо філософів.

Фіхте Іоган Готліб (1762-1814) – німецький філософ. В основі його філософії лежить уявлення про діяльну природу людини, анатомію волі як універсальний початок буття, про реальність як продукт діяльності “Я”, про історію людства як процес розвитку від безсвідомого до свідомого розуму.

Шеллінг Фрідріх (1775-1854) – представник німецького класичного ідеалізму. Розглядав природу як форму безсвідомого життя розуму. Особливу увагу в своєму вченні приділяв проблемам становлення і розвитку свідомого “Я”, відношень між свідомими і безсвідомими процесами, теоретичної і морально-практичної діяльності людини, інтелектуальної й естетичної інтуїції, філософському і релігійному світогляду. Найбільш важливі його роботи: “Система трансцендентального ідеалізму” (1800); “Філософія мистецтва” (1902-1903); “Філософія і релігія” (1804); “Філософські дослідження про сутність людської свободи” (1809).

Шопенгауер Артур (1788-1860) – німецький філософ, представник ірраціонального напрямку. У двотомній праці “Світ як воля і уявлення” виклав своє розуміння взаємозв'язку між простором і часом, волею до життя та її різноманітними формами об'єктивізації, безсвідомими потягами і свідомою діяльністю людини. Згідно з його вченням, початком усієї суті є безсвідома “світова воля”, а першим актом свідомості – уявлення. Вєхід світової історії – від виникнення природних об'єктів до появи розумних істот – розглядається філософом через призму безсвідомої волі, яка в процєні внутрішнього розвитку проходить ряд ступенів, визначаючи тим самим розвиток світу і людини. Вихідним пунктом пізнання визнаються уявлення, що виникають в силу взаємодії людини із світом, і зумовлюють вдосконалення розумової діяльності людей.

Шуберт Готгильф (1780-1860) – німецький філософ, психолог і лікар. Відрізнявся схильністю до містики і псевдонаукових фантазій. До його роботи “Символізм сновидінь” апелював З. Фрейд. Ввів поняття “нічна сторона природи”.

Ніцше Фрідріх (1844-1900) – німецький філософ, поет, письменник, представник ірраціонального напрямку. Переоцінив цінності життя з точки зору “надлюдини”, яка стоїть поза моральними нормами раціональної культури.

Зороастр (від іранського – Заратуштра) – пророк, який жив у першій половині VI ст. до н. е., засновник зороастризму – релігії древніх народів Середньої Азії, Азербайджану і Персії (Ірану). Основний принцип зороастризму – торжество справедливості у світовій боротьбі добра і зла. Згідно з легендами, боровся з демонами і перемагав їх словом та чудесами.

Адлер Альфред (1870-1937) – австрійський лікар-психіатр і психолог. Спочатку поділяв психоаналітичні ідеї З. Фрейда, але пізніше порвав з ним і створив своє власне вчення – індивідуальну психологію. Причиною неврозів вважав почуття неповноцінності, що виникає в ранньому дитинстві. Він висунув ідею про механізм компенсації як рушійну силу розвитку людини. При лікуванні спирався на активну роль пацієнта. У теоретичних розробках розглядав людину як творця своєї власної лінії життя і самого себе як особистість, індивідуальність.

Жанс П'єр (1859-1947) – французький лікар і філософ, спеціаліст з експериментальної психології. Використовував гіпнотичні методи лікування, створив вчення про психастенію. Є автором книг по історії психологічних наук.

Дофрейдівські психологи відчували, що десь є таємничий резервуар, куди стікає і застоюється те, що ми колись відчули і пережили. Це свого роду склад, де зберігається інформація, яка в потрібний момент може перейти у сферу свідомого. У цьому складі нічого не протікає, там лише зберігається інформація, яка нам зараз не потрібна.

Цьому тлумаченню З. Фрейд протиставив своє: безсвідоме зовсім не є відходами душевного життя, це вихідна душевна субстанція, і лише крихітна її частка впливає на поверхню свідомості. Причому найголовніша частина психіки, так зване безсвідоме, немертве, бурлить своїм життям. Безсвідоме активно впливає на наше мислення та на наші почуття і є найбільш життєдіяльною частиною душевної нашої інстанції. Наше життя в усій його повноті не розвивається вільно на засадах розумності, а відчуває безперервний тиск зі сторони безсвідомого. Ми помиляємось, коли вважаємо, що наша зовнішня поведінка підкоряється лише нашій волі та розрахункам розуму. Насправді блискавичні наші рішення, раптові душевні поштовхи, що докорінно змінюють нашу долю, виходять із глибини інстинктивного нашого життя. У безсвідомому блукають бажання давно забутого дитинства, які час від часу прориваються в наше життя; страх і жах дитинства і зітлілих предків сплітаються коренями в глибині нашої істоти. Там у глибині, незалежно від нас, живе вихідне наше “Я”, яке хоче вирватись з тенет безсвідомого. І все наше душевне життя є безперервною боротьбою свідомості із безсвідомою волею, відповідальністю за наші вчинки і безвідповідальністю наших інстинктів. І ці безсвідомі процеси

частково прориваються назовні у вигляді різних символів. Потрібно ці символи розпізнати і розшифрувати, тобто розробити словник і граматику мови безсвідомого. З. Фройд зумів закласти основи розшифрування мови безсвідомого, саме завдячуючи йому, аморфне поняття про безсвідоме стає тим, чим повинно бути, – наукою про глибинні душевні явища. Спираючись на результати клопіткої роботи, відмиваючи зерна істини від наносних фактів, З. Фройд створив мову гуманного психоаналізу на основі тлумачення особливостей вчинків, мови, вільних асоціацій і сновидінь.

Помилкові дії. Під терміном “помилкові дії” (для кожного нового поняття З. Фройд обов’язково знаходив образне і дотепне слово, що визначає його сутність) глибинна психологія розуміє сукупність усіх тих своєрідних явищ, більшість яких російська мова об’єднала в одну цілісну групу і позначила одним початковим складом “О”: “о-говориться”, “о-писатися”, “о-ступитися”. До З. Фройда вважали, що ці явища зумовлені випадковістю або втомою, розсіяністю, неувагою, відсутністю думок і под.

Але геній завжди залишається дорослою дитиною. У трирічному віці основними запитаннями дитини є: “Чому йде дощ?”, “Чому світить сонце?”, “Чому листки зелені?” і т. д. З дитячою безпосередністю на рівні серйозного науковця З. Фройд безпосередньо береться за справу: “Що означає відсутність думок? Можливо, вони просто не там, де їм належить бути? Якщо не здійснюються наміри, що диктуються волею, то звідки з’являється інший намір, волею не продиктований? Чому замість того слова, що ми хотіли сказати, ми вимовляємо інше? Якщо замість однієї дії виконується інша, то чим це зумовлено?” І ось З. Фройд переконується в тому, що на всіх теренах психіки немає нічого безглузлого, випадкового. Ця ідея стає головною в його методиці класичного психоаналізу. Для нього всякий духовний процес має відповідний смисл, всякий вчинок – свого натхненника, і оскільки свідомо сфера в цих діях не бере участі, то ними керує безсвідоме. Таким чином, помилкова дія означає для Фройда не відсутність думки, а проникнення у свідомість певної витісненої думки. Щось особливе висловлює себе в “о-говорці”, “о-писці”, чому не давала виходу в мову наша свідомість.

Цим самим Фройд пояснив основне: по-перше, в кожній помилковій дії, в усьому ніби неправильно зробленому виявляється певний таємний намір, по-друге, в зоні свідомої волі повинен бути опір цьому прояву безсвідомого.

Це психологічне відкриття З. Фройда, незначне порівняно з основними його ідеями, зустріло в той час найбільш добродушне визнання наукової і медичної громадськості як забавне і безневинне. Бо так і помилкові

дії мають місце порівняно рідко і є найдрібнішими осколками безсвідомого. У цільній системі З. Фрейда положенню про помилкові дії належить лише проміжне місце після гіпнотичного катарсису на шляху до його основних відкриттів – тлумачення снів і аналізу спогадів із застосуванням принципу вільних асоціацій.

Основного значення в психоаналізі З. Фрейд надавав сновидінням. Із самого початку люди вважали, що сновидіння вкладені в нас якоюсь вищою силою і зумовлені спілкуванням душі з духами, богами, а пізніше з одним Богом. Древні народи були впевнені, що саме божества, звичайно незримі, в символічних сновидіннях наближаються до людей, нашіптують їм вісті, наповнюють їх надією чи жахом, попереджують їх чи закликають. Уже первісні люди бажали зрозуміти божественну мову сновидінь, а також те, що у фантазмагорійних снах безсмертні сповіщають смертним їх майбутнє.

Жоден сон, стверджував З. Фрейд, не є до кінця безглуздим, кожному сну як повноцінному психічному акту притаманний відповідний зміст. Мова сновидінь користується лише символічними образами, і завдання психоаналізу полягає в перетворенні цих символів в усвідомлені поняття.

З. Фрейдом встановлені такі феномени сновидінь:

1. У сновидінні не існує тієї чіткої категорії часу, до якої ми звикли. У сні ми є сукупністю всього, чим були колись і чим є зараз. Наше “Я” одночасно і немовля, і дитина, і юнак, і сьогоднішня людина. Це сумарне “Я” є підсумком не лише теперішнього, але й усього прожитого життя.
2. Найбільш суттєве, що ми можемо дізнатися про душевний стан людини, пізнається у сновидіннях.
3. Мова безсвідомого у сновидіннях є символічною.
4. У самій основі сновидінь лежать найбільш примітивні інстинкти і потяги.
5. Дитячі сни легко розшифровуються, чим людина доросліша, тим символи стають складнішими.
6. Сон має захисне значення, бо в ньому людина може звільнитись від усіх своїх сексуальних і агресивних потягів, здійснити хоч би символічно те, що не може або соромиться зробити наяву.
7. Сновидіння дорослого приховують безсвідоме безстыдство і неприкритість дитячої душі. У дорослого сон є вже наполовину моральним.
8. У сновидінні дорослого почуття хоче “висловитись”, але не наважується висловитись вільно. Навіть у сні підсвідоме “боїться” цензора і тому висуває на перший план безглуздя, щоб не дати розгадати іншим його зміст.
9. У сні потрібно чітко розділяти дві категорії: те, що “вигадано” у сні заради приховування, так звану “продукцію сну”, і ті дійсні елементи переживань, які приховуються за цією яскравою завісою, – “зміст сну”. Завданням психоаналізу є розмежування домислу і правди.

10. Основний акцент у психоаналізі сну необхідно робити на аналіз продуктивності, але не вкладати в чуже сновидіння свій власний зміст.
11. Сон і сновидіння необхідні людині для відновлення не тільки фізичних сил, але й душевної рівноваги. Кожного з нас мучать темні потяги, безсильне властолюбство, пригнічені й боязко приховані анархістичні бажання, спотворений гонор, нездійснені прагнення самореалізуватись, заздрість. Те, що ми пригнічуємо протягом дня і що перенапружує “ІД” під час сну та за допомогою сновидінь, нівелюється шляхом своєрідного самовідволікання і звільняє нашу душу від отрути пригніченості так само, як наше тіло позбавляється від втоми. У цьому полягає катарсисна дія сну і сновидінь.
12. Сновидіння означає сурогат, заміну дії, вона позбавляє нас від необхідності діяти. Стосовно цього є дуже повчальним вислів Платона: “Добрі люди – це такі, які задовольняються снами тоді, коли інші діють”.
13. Сновидіння не є перешкодою сну, а є його сторонами.
14. Ніяка психологія не спроможна дошукатись особистого в людині, якщо розглядає лише її свідомі дії. Істинна сутність душевних процесів знаходиться в потоці стихійно-безсвідомого, і певною мірою розпізнати її можна тоді, коли свідомість виключена. Найбільш фізіологічним у цьому відношенні є сон.

Методологічний аспект психоаналізу.

1. Психоаналіз уникає всякого втручання в психічний та фізичний стан пацієнта.
2. Завданням психоаналізу є не введення в людину чогось нового, як це буває при гіпнозі або автотренінгу, а видобування з неї того, що в ній є і що її мучить.
3. Лише активне самопізнання приносить зцілення.
4. За допомогою психоаналізу хвороба не лікується, а пізнаються глибинні душевні процеси, неповторні у кожній людині. Кожен курс психоаналізу є унікальним стосовно конкретного хворого.
5. У цій “діяльній роботі вдох” лікар повільно, крок за кроком, проходить шлях психічних травм хворого в зворотному напрямку аж до того моменту, доки повністю і до кінця не проясниться і не стане зрозумілим внутрішній розлад.

Деякі основні поняття психоаналізу.

Характер. Під характером розуміють сукупність стійких індивідуально-психологічних рис, які визначають здатність до соціальної адаптації. У

психоаналізі прийнято дві класифікації типів характеру: одна базується на фазах розвитку лібідо, друга, більш близька до загальноприйнятої, на клінічних ознаках (подібність з рисами того або іншого неврозу). Наприклад: істеричний, компульсивний характеру і т. д. Е. Фром ввів поняття “соціальний характер” і склав свою класифікацію, яка ґрунтується на ортодоксальній психоаналітичній концепції (експлуататорський, ринковий характеру і т. д.).

Комплекси. Комплекс – це група пригнічених думок, почуттів, афектів, уявлень, зв’язаних в одне ціле. Перебуваючи у сфері безсвідомого, вони продовжують впливати на поведінку, почуття і думки індивідуума та змушують його в певних ситуаціях діяти строго визначеним чином. Більшість комплексів має корені в ранньому дитинстві суб’єкта і структурно подібні до сюжетів міфів (звідси деякі їх назви).

Проводячи будь-який вид психотерапії, завжди пам’ятайте слова Г. Сельє: “...ваша цінність вимірюється здатністю заслужити любов ближнього” і біблійну мудрість: “Стався до інших так, як ти хочеш, щоб вони ставились до тебе”. Зрозуміло, що оволодіти всіма методами психотерапії медичній сестрі важко, але знати основи – посильно.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ

До яких бід може призвести неспокій

Стенокардія та інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба та інсульт, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, хронічний коліт і артрити, синдром хронічної втоми і неврози – ось неповний перелік проявів так званої психосоматичної патології, в основі яких лежать конфліктні ситуації.

Ще на початку ХХ ст. на основі детального обстеження осіб з виразковою хворобою, яких госпіталізували на лікування у все-світньо відому клініку братів Мейо, було встановлено, що у чотирьох з кожних п’яти пацієнтів не виявилось фізичних причин, які б могли викликати шлункові захворювання. Саме психогенні фактори, такі, як страх, неспокій, ненависть, винятковий егоїзм, надмірна скупість і нездатність пристосуватись до реальної дійсності, є основними в розвитку виразкової хвороби.

Д. Монтег'ю, автор книги “Розлади шлунка на нервовому ґрунті”, пише: “Виразки шлунка виникають не від того, що ви їсте. Виразки виникають тому, що з’їдають вас”.

Знамениті брати Мейо вперше заговорили на весь світ, що половина лікарняних ліжок у США зайнята людьми, які страждають на нервовому ґрунті. Проте в самій нервовій системі структурних змін здебільшого не виявляють. Захворювання цих людей були викликані не фізичними порушеннями нервової системи, а негативними емоціями, такими, як страх, безнадійність, стан фрустрації, неспокій, поразка, відчай.

Платон сказав, що “найбільша помилка лікарів в тому, що вони намагаються лікувати тіло людини, не намагаючисьвилікувати її душу, однак душа і тіло – єдине ціле, і їх не можна лікувати окремо”.

Медицинній науці потрібно було 24 століття, щоб усвідомити цю велику істину. І, нарешті, ми стали свідками розвитку нової галузі медицини – так званої психосоматичної медицини, яка не на закличках, а насправді лікує душу і тіло. А кількість жертв саме емоційних розладів збільшується з катастрофічною швидкістю. Безумовно, був правим К. Маркс, стверджуючи: “Кожен прогрес несе частку регресу”.

Коли Монтень, знаменитий французький філософ, був вибраний мером свого рідного міста Бордо, він звернувся до своїх громадян з такими словами: “Я згоден взяти ваші справи у свої руки, але не у свою печінку і легені”.

Всесвітньо відомий фахівець з артритів Р. Сесіл назвав чотири основні умови, які допомагають розвитку артриту:

1. Крах сімейного життя.
2. Фінансова катастрофа або якесь горе.
3. Самотість і неспокій.
4. Тривалі неприховані образи.

У світі відома крилата фраза А. Кареля: “Ділові люди, які не вмюють боротись з неспокоєм, помирають молодими”.

Негри на півдні США, китайці, індуси, а у нас цигани не страждають від серцевих захворювань, бо вони дивляться на речі спокійно. Лікарі у 20 разів частіше вмирають від серцевої недостатності,

ніж сільськогосподарські робітники. Медики ведуть напружений спосіб життя і розплачуються за це. «Бог може простити нам гріхи наші, – сказав В. Джеймс, – але нервова система – ніколи”.

Отже, не допускайте неспокою. Як? Давайте спробуємо розібратися спочатку з найбільш частими факторами неспокою – конфліктами.

Психологічні аспекти конфліктів

З. Фройд колись промовив знамениту фразу, яка і сьогодні хвилює думки психотерапевтів: “Наша мета – замінити надмірні муки невротика нормальними стражданнями повсякденного життя”.

Е. Фром сказав: “Людина не може існувати, як простий предмет, як ігровий кубик, що вискакує із склянки, вона сильно страждає, якщо її опускають до рівня автоматичного механізму... Людина сама собі створює драму руйнування...”.

Неможливо закінчити обговорення різновидностей конфліктів, не загадавши хоча б декілька психологічних точок зору на цей предмет. Психологи розглядають конфлікт як особливий вид мук, коли розум розривається між двома протилежностями. У посібниках його описують так: “Коли індивідуум вимушений зробити вибір між несумісними або суперечливими потребами, бажаннями, мотивами, прагненнями або зовнішніми вимогами, він виявляється втягнутим в конфлікт”.

Традиційний психологічний підхід виділяє чотири типи “особливих мук”:

1. Конфлікт “приємне-приємне”. Це конфлікт кращого з хорошим: потрібно зробити вибір з двох або більше варіантів, кожен з яких хороший і бажаний. Переважно такі конфлікти найлегше залагодити. Класичний приклад – муки дитини в іграшковому магазині, коли рідні дозволили їй вибрати тільки одну іграшку.
2. Конфлікт “неприємне-неприємне”. Це конфлікт поганого з гіршим, та ситуація, коли людина потрапляє “з вогню та в полум’я”. Він найважчий для залагодження, тому що будь-який з варіантів з тих чи інших причин не бажаний або не прийнятний. Такі конфлікти є однією з головних причин стресів. Приклад – вагання солдата, якому потрібно стріляти в когось.

Коли він вистрілить, то порушить моральний принцип “не вбий”, якщо ж ні – можуть вбити його.

3. Конфлікт “приємне-неприємне”. Сутність цього конфлікту можна виразити словами “хороший, але поганий”. Їх також важко залагоджувати, тому що вони одночасно приваблюють і відштовхують. Приклад – поява сумніву щодо того, підніматися чи не підніматися на гору. Бажання подивитись на краєвиди з висоти пташиного польоту дуже велике, але не виключено, що страх висоти може виявитися сильнішим. Таке ставлення до цього і позитивне, і негативне одночасно. Часто найкращий вихід з такого конфлікту – нічого не робити.
4. Конфлікт “два приємних-неприємних”. Це конфлікт хорошого з поганим. Вирішення таких конфліктів містить і плюси, і мінуси. Ось приклад – вас хочуть прийняти у два коледжі. У першого відмінна репутація і захоплююче студентське життя, але оплата за навчання в ньому дуже висока; в другому вона менша, але заклад гірший щодо навчання і студенти в ньому не можуть похвалитися нічим особливим. Вирішити такий конфлікт нелегко – ви вагаєтесь, який варіант вибрати. З цими конфліктами ми часто стикаємось щоденно.

Психологи не розглядають конфлікт окремо від його ближніх “родичів”: *фрустрацій і стресів*. Окрім цього, вони враховують наші основні поведінкові реакції, внутрішні механізми адаптації, необхідні для оцінки даної ситуації або пошуку виходу з неї.

Набір реакцій практично не обмежений, усе залежить від подій (деколи названих стресорами), які їх запускають.

Реакція на фрустрацію в конфліктній ситуації виникає, коли шлях до мети заступає яка-небудь перепона, і може бути такою:

- 1) наполегливість – продовжувати свою лінію;
- 2) підсилення – старатися ще більше;
- 3) обхід – іти до мети окремими шляхами;
- 4) агресія – добиватися свого за допомогою насильства;
- 5) обвинувачення – шукати помилку або винних;
- 6) відхід – відійти від проблеми;
- 7) втеча – відійти від усього.

Позасвідомі механізми психологічного захисту

Механізми психологічного захисту це типові шаблони мислення, що сприяють підтримці позитивної самооцінки, зняттю тривоги і страху, це загальне означення для всіх прийомів, які використовує “Я” в ситуації конфліктів, здатних призвести до невроту (З. Фройд). Описано такі механізми захисту.

Витіснення (пригнічення, репресія) – це процес усунення із свідомості тих імпульсів, ідей, уявлень, потягів, інстинктів і емоцій, які несумісні з установками особистості. Коли витісняється та або інша ідея, супровідний афект не зникає, а переноситься на іншу ідею, яка є у свідомості. Якщо ж витісняється афект, то у свідомості зберігається ідея, що зв’язується з іншим, протилежним афектом. Наприклад, кохання замінюється ненавистю.

Витіснення включає інші захисні механізми (наприклад, раціоналізацію, проєкцію або символізацію і т. д.). Цей психологічний феномен проявляється у забуванні, ігноруванні очевидних фактів неправильної поведінки або симптомів хвороби, аж до повного невизнання її (анозогнозія).

Раціоналізація – це помилкове “логічне” пояснення власних дій, зумовлених, в основному, безсвідомими спонуканнями, це один із найбільш поширених механізмів утвердження почуття власної гідності й ліквідації почуття винуватості. Даний феномен забезпечує псевдологічне пояснення поведінки і вчинків, дійсні мотиви яких лишаються неусвідомленими і невідомими, тому що спонукаються безсвідомою сферою. Це неусвідомлений потяг до самовиправдання, пошук причин і мотивів своїх вчинків у зовнішньому середовищі, обставинах життя, звинувачення людей, які оточують у виникненні хвороби тощо.

Типовим прикладом демонстративного проявлення раціоналізації є “пояснення” алкоголіками фактів вживання ними спиртних напоїв.

Такі форми доказів психічнохворих добре відомі психіатрам. Хворий прагне знайти максимально переконливі й правдоподібні докази зовнішньої зумовленості його хворобливих переживань і

неадекватних вчинків. Він підсвідомо прагне заперечити факт наявності психічного захворювання. Поряд із свідомою є і неусвідомлена дисимуляція психічного захворювання.

Близьким до раціоналізації є *заперечення* (відмова) – механізм, за допомогою якого свідомо непереносимі думки, бажання, факти і вчинки заперечуються шляхом безсвідомої відмови від них. Реальне стає ніби неіснуючим або трансформується так, що перестає бути вкрай неприємним або болючим у переживаннях. Термін “відмова” не включає свідомі спроби заперечення або свідомий обман.

Близькою до раціоналізації є також *інтелектуальна установка*. У стресовій ситуації людина ставить себе в положення безпристрасного спостерігача, який піддає все, що відбувається, суто інтелектуальному аналізу. Тим самим “блокується” емоційність конфліктної ситуації, і вона стає менш травматичною. Від класичної раціоналізації інтелектуальна установка відрізняється відносною об’єктивністю аналізу.

Проекція – це приписування іншим особам власних намірів, імпульсів, ідей, афектів. При класичній проекції негативні риси витісняються і самим суб’єктом не усвідомлюються. Наприклад, алкоголік категорично заперечує наявність непереборного потягу до спиртних напоїв у себе і приписує його більшості здорових людей. При раціоналістичній проекції суб’єкт усвідомлює негативні риси своєї особистості, але приписує їх більшості людей. Так, недбайливий студент розуміє, що у нього низька дисципліна і вчитись він може краще, але широко переконаний, що більшість студентів також є недисциплінованими ледарями. Сутність аутистичної проекції полягає в помилковому або випереджаючому розпізнанню об’єкта залежно від потреби. Так, об’єкт громадського харчування швидше знаходять голодні люди.

Символізація – це механізм задоволення безсвідомих тенденцій і бажань у символічній формі (у вигляді сновидінь, обмовок, галюцинацій тощо), один із психічних процесів, які створюють сни. Символізація “перетворює думки в зорові образи” (З. Фройд). За даними Фройда, цей механізм не має універсального характеру,

частково думки зберігають у сновидінні характер думки або знання, в деяких зорових образах відсутній символічний підтекст.

Сублімація – це переведення енергії інстинктивного, сексуального або агресивного імпульсу на соціально корисні цілі (мистецтво, літературу, науку, релігію, винахідництво тощо). Інколи її розглядають, як механізм психологічного захисту, проте за умови короткотривалої й енергичної сублімації (що частіше відбувається при пригніченні агресивного імпульсу) поведінка набуває типових рис “психологічної розрядки”.

Конверсія – це механізм перенесення енергії безсвідомих комплексів і конфліктів на соматоневрологічну сферу. Даний феномен найбільш яскраво проявляється при істерії і психосоматичних захворюваннях.

Перенесення (заміщення) – це неусвідомлений механізм захисту, при якому недосяжна або неприйнятна мета, емоція чи якийсь об’єкт заміщаються свідомо на більш прийнятні. Особливо схильні до перенесення почуттів хворі. Так, почуття ворожого ставлення до батьків може бути настільки інтенсивним, що свідомо стає нестерпним, а шляхом перенесення його на когось іншого, людина полегшує свій моральний стан (емоція не зникає, а “переноситься”).

Перенесення є типовою ситуацією, що виникає в процесі класичної психотерапії. Пацієнт “переносить” на аналітика ті почуття, які він мав у ранньому дитинстві стосовно своїх близьких родичів (здебільшого батька). Саме через розв’язання “неврозу перенесення”, що розвинувся, і настає зцілення хворого.

Контрперенесення – це небажане, проте часте явище, яке відбувається в процесі психоаналітичної терапії. Лікар-психоаналітик переносить свої думки, почуття і ставлення на пацієнта. До проявів контрперенесення відносять спроби аналітика вгамувати пацієнта або, навпаки, прагнення підкоритись волі хворого; має місце також сильна емоційна залежність, внаслідок чого лікар підсвідомо протривить видужанню хворого, щоб зберегти зв’язок із ним.

Близькою до перенесення є *ідентифікація*. За допомогою цього механізму дитина переймає від батьків та інших відомих

осіб основні форми поведінки і ставлення до людей, які її оточують (перенесення образу іншої людини на себе, емоційне наслідування). До ідентифікації відносять емпатію (здатність проєкції себе в ситуацію і почуття інших, безпосередньо сприймати і розуміти душевний стан іншої людини), а також інтроекцію (переведення об'єктивної реальності, переживань, задоволення і незадоволення в символіку безсвідомого).

Ідентифікація забезпечує досягнення внутрішнього психічного заспокоєння.

Компенсація – це механізм заміщення реально існуючої або уявної фізичної чи психічної неповноцінності за допомогою соціально корисної або деструктивної діяльності з метою досягнення соціальної престижності й самоповаги. Компенсація базується на прагненні до заміщення невдач в якійсь ділянці діяльності за рахунок успіху в іншій. Вона може сприяти формуванню край негативних рис особистості.

Гіперкомпенсація – це прагнення до досягнення успіху в тій ділянці, яка досі була найбільш важкою (чоловік, низький на зріст, займається сексологією й одружується з танцівницею, брехлива людина прагне переконати інших і глибоко впевнена сама у своїй винятковій чесності).

Опір – це безсвідома негативна установка, спрямована проти усвідомлення витіснених неприйнятних комплексів та інформації. За допомогою цього індивідуум уникає спогадів, які можуть викликати тривогу та інші неприємні переживання.

Опір спостерігається при психоаналітичній терапії, коли лікар примушує пацієнта усвідомити витіснений матеріал методом вільних асоціацій (мовчання, поява тривоги тощо). Це може бути ключем для розгадки витісненого матеріалу.

Екстерналізація – це один із механізмів психологічного захисту, коли внутрішні проблеми усвідомлюються як зовнішні обставини. Людина “приховує” від тих, хто її оточує і від самої себе своє невміння і безсилля, а “пояснює” свою діяльність або невдачі несприятливими обставинами. У цілому даний механізм виражає тенденцію бачити себе лише частиною зовнішньої сили і глибокого переконання, від яких людина повністю залежить і є

ніби маріонеткою, якою керують зовнішні обставини. Екстерналізація характерна для особистостей тоталітарного типу. Вони переконані, що вчинили так, як цього вимагали обставини.

Інтерналізація протилежна екстерналізації. Людина суб'єктивно оцінює себе як особу, спроможну займатись тією або іншою діяльністю, а непереборні зовнішні перешкоди усвідомлюються як небажання її здійснити цей вчинок. Подібний стан поведінки описав Езоп у байці “Лисиця і виноград”. Така людина переконана, що багато що може, але не все, що може зробити, хоче зробити, а тому не робить. Це піднімає її престиж у власних очах.

Втеча у хворобу – це одна з невротичних, неконструктивних форм подолання комплексу неповноцінності або вирішення життєвих проблем. Завдячуючи неврозу, суб'єкт отримує можливість бути в центрі уваги, користуватись підтримкою і турботою близьких або суспільства. Термін запропонований А. Адлером.

Реактивне утворення – це формування таких рис особистості й характеру, які, згідно з принципом захисту, від усвідомлення неприпустимих або неприйнятних переживань повністю протилежні тому, що витіснено в безсвідоме та існує у прихованому вигляді. Наприклад, за фасадом надмірної люб'язності може приховуватись неусвідомлена інтенсивна ворожість, сильної прив'язаності й турботи про когось – ворожість і навіть бажання смерті й т.д. Нерідко реактивне утворення має вигляд шаблону поведінки, яка символічно заперечує витіснений імпульс. Так, витіснений потяг до ницої, аморальної поведінки проявляється у підкресленій охайності й акуратності, сильні агресивні тенденції – в униканні ситуацій, в яких можливі якісь агресивні дії, а витіснені сильні сексуальні бажання – у підкресленій огиді до будь-яких проявів сексуальності. Комплекс неповноцінності може проявитись у прагненні до лідерства.

Автоматичний конформізм – це захисна програма поведінки, завдання якої полягає в усуненні протиріч між індивідуумом і суспільством за рахунок втрати індивідуумом своїх неповторних індивідуальних людських якостей. Людина засвоює той тип особистості, який йому пропонують, і стає таким, яким його прагнуть бачити інші.

Цей механізм можна порівняти із захисним забарвленням деяких тварин. Сутність цього психологічного феномена виражена в народних прислів'ях типу “З ким поведешся, того й наберешся”, “З вовками жити – по вовчому вити”.

Апатія – це одна із форм психологічного захисту в екстремальних умовах, коли психічні травми надзвичайно інтенсивні й постійно повторюються. Проявляється в загальному зниженні рівня потреб, активності, а також у відчуженості від навколишнього світу. Була типовою формою реакції євреїв на поміщення в нацистські концентраційні табори (описана В. Франклем).

Інфантильна амнезія – це забування подій, які відбулися в період дитинства (переважно до 4-х років). Згідно із З. Фройдом, інфантильна амнезія є результатом витіснення, тому що почуття і бажання, які має дитина в цей період, стають неприпустимими для її “Я”. Витіснений матеріал не зникає, він проявляється в невротичних симптомах і сновидіннях. У процесі психоаналізу ці переживання здебільшого усвідомлюються.

Відреагування – це повернення у свідомість витісненого психотравмуючого матеріалу з відповідною реакцією особистості на це. Це не тільки згадування сутності минулих подій, а і відповідне емоційне відреагування. Метод запропонував І. Брейер і застосував під час сеансів гіпнозу.

Перцептивний захист – це невід’ємний компонент більшості механізмів захисту: психогенне утруднення сприймання психологічно значущої, особливо травмуючої інформації. Так, мати не може відразу прочитати телеграму про смерть сина, засуджений до страти не відразу усвідомлює значення вироку і под.

Механізми *психологічної розрядки* – це типові шаблони поведінки, що дають змогу періодично знижувати рівень тривоги. Поведінка має, як правило, емоційний характер. Результатом дії механізмів психологічної розрядки є зняття напруженості, а відтак, після періоду релаксації, відбувається повернення до оптимального рівня активації. Психологічна розрядка близька до психологічного захисту, проте між ними є відмінність. Найбільш суттєвим є те, що психологічний захист – це стереотипи мислення, а розрядка – стереотипи поведінки.

“Дати вихід” – поведінка, за допомогою якої досягається психологічна розрядка. Це фізичні вправи і фізична робота, дії, які вимагають енергії: танці, боротьба, сильна емоційна експресія, підвищений апетит, гіперсексуальність тощо. Часто дії типу “Дати вихід” відіграють замісну роль відносно статевого акту.

Однією з типових форм розрядки емоційної напруги, що нерідко заміщує статевий акт, є *скандал*.

Направленість основних вегетативних реакцій при скандалі “імітує” направленість їх при оргазмі: тахікардія, зміна глибини і частоти дихання, підвищення артеріального тиску, гіперемія шкіри обличчя і шиї, зміна голосу тощо. Після скандалу настає психічне розслаблення.

Оздоровчий ефект скандалу, особливо серед жінок, не викликає сумніву. Стереотипним є розгортання конфлікту в ситуації, яка схиляє до сексуального контакту. Як правило, цей конфлікт розігрується чоловіком або дружиною, які не відчують задоволення від статевого акту і тому уникають інтимних ласк. Конфлікт досягає найвищої точки – скандалу, в якому і відбувається розрядка напруження, яка є замісною відносно статевого акту.

Реакція інсценізації – це один із типів психологічної розрядки. Сутність її полягає в тому, що суб’єкт сам активно шукає і провокує конфліктну ситуацію, в якій він може дати вихід своєму емоційному напруженню. Емоційна реакція, зовнішньо ніби пов’язана з конфліктом, насправді зумовлена більш глибокими, інколи неусвідомленими факторами.

Феверсія – це один із механізмів психологічного захисту, описаний З. Фройдом. У психоаналізі під цим терміном найчастіше розуміють зміну на протилежний за знаком інстинкт. При цьому мета інстинкту залишається незмінною, змінюється об’єкт. Так, деструктивність, спрямована зовні, визначається як садизм, а та ж деструктивність, направлена на самого себе, – як механізм.

Ритуал невротичний – це нав’язлива символічна дія, яка знімає або зменшує невротичний страх.

Принцип зняття напруження – положення, згідно з яким інстинктивна потреба суб’єктивно сприймається як певне напруження, а задоволення цієї потреби призводить до розрядки або

зняття напруження. З. Фройд частково запозичив ідею цього принципу із “Психофізики” Фехнера.

Життя в мріях – це нестримне фантазування як протилежність звичайному логічному і реалістичному мисленню. Фантазія робить неможливе можливим, коли всі плани виконані, бажання задоволені, надії здійснені.

При неврозах фантазії володіють психічною реальністю на противагу матеріальній. У світі неврозів вирішальною є психічна реальність (З. Фройд).

Інпунітивний тип реакції (примирливий) – це один із типів реакції на вимушену відмову (фрустрацію). Для даного типу реакції характерні “знецінювання” конфліктної ситуації, пошук конструктивного виходу з неї, відсутність будь-яких “звинувачувальних” тенденцій. Це відреагування є найбільш прийнятним типом реакції на фрустрацію.

Усвідомлений захист

Психологічний захист із задіянням факторів “зупинитись”, “придивитись”, “прислухатись”

Для оцінки будь-якого явища необхідно перш за все його сприйняти. У книзі “Зміни всередині себе” (“Self-Change”) про проблемні ситуації популярний психолог і викладач Майкл Мехоні перераховує, що потрібно для того, щоб вирішити проблему. У вас в запасі повинні бути ситуація, сприймання, припущення, відчуття і необхідні дії. Мехоні вважає, що “наша реакція на життєві події частково залежить від того, як ми їх сприймаємо”.

Три слова “зупинитись”, “придивитись” і “прислухатись” визначають дії, які відіграють важливу роль у справі розв’язання конфліктів. Вони доречні практично при кожному кроці процесу налагодження, але при оцінці конфліктної ситуації є просто обов’язковими.

Зупинитись – означає осмислити те, що відбувається, перш ніж продовжити процес, обговорення, суперечку, боротьбу, позив і все таке інше. Щоб зробити це, вам потрібно позбутись усіх інших зовнішніх подразників і отримати можливість придиви-

тись й прислухатись. Але ви не повинні нехтувати виконанням своїх обов'язків: перестати слідкувати за своїми дітьми, які граються на вулиці, за чайником, який закипає, або припиняти відповідати на телефонні дзвінки на роботі.

Зупинитись – означає, що вам потрібно так підготуватись, щоб процес приглядання і прислухання проходив у максимально чистому психологічному просторі. Для цього необхідно поставити собі такі запитання:

- З чим я маю справу?
- Чи взагалі це суперечка?
- Чи така позиція або думка іншої сторони?
- Чи вони серйозні?
- Чи є приміщення для обговорення або розмови?
- Чого вони чекають від мене?
- Який може бути у наслідок?
- Що буде далі?

Осмилення припускає більше, ніж просте спостереження, яке складає частину описаного вище процесу центрування. Тому доктор Мехоні і говорить про сприймання і припущення в даній ситуації. Він пропонує поділити проблеми, зокрема на сприймання і припущення.

При осмиленні необхідно інтерпретувати ситуацію, порівнюючи її з відомими критеріями. Ці критерії можуть бути вже відомі вам (завдяки вашим знанням чи минулому досвіду) або ж ви пізнаєте їх з яких-небудь джерел, існуючих у даній галузі, дізнаєтесь від інших людей, знаходите в принципах етики чи моралі, викладених у навчальних матеріалах: посібниках, семінарах, касетах.

Для осмилення ви повинні бачити, що відбувається, тобто повинні придивитись, побачити не тільки те, що лежить на поверхні або що вам показують, але і те, що приховано.

Придивитись до когось, ситуації або предмета здається простою справою. Але ви, напевно, знаєте, що багато з нас усе життя ховається за маскою або грає роль. Маски приховують сутність людини та її проблеми й утруднюють правильну оцінку цієї людини за двома причинами: через маску важко побачити того, хто

в ній, але й тому, хто ховається під маскою, нелегко роздивитись те, що відбувається. Як і чому люди носять маски, ми поговоримо в наступному розділі.

Щоб об'єктивно оцінювати дану конфліктну ситуацію, ви повинні знайти спосіб побачити саму ситуацію, а не вашу інтерпретацію цієї ситуації. Тут може постати запитання: “Як же я дізнаюсь, що побачене мною – це сама реальність, а не моя інтерпретація?”. Якщо ви для підтвердження своєї думки звернетесь до людей, які вас оточують, то швидко з'ясуєте, наскільки правдиві ваші погляди.

Деколи звертатися за допомогою до інших не можна або небажано. У цьому випадку спробуйте поставити собі такі запитання:

- Що я бачу?
- Це дійсно так чи лише моя інтерпретація?

Прислухатись – означає одночасно сприйняти те, що чути (те, що говориться або якимось звучить), і те, що вам підказує ваш внутрішній голос, тобто слово “прислухатись” означає не тільки фізичне сприймання звуку, але й сприймання того, що говорить внутрішній голос. Цей внутрішній голос називають ще внутрішнім “Я”, другим “Я”, духовним гідом тощо.

Характер поведінки визначає:

- виконати завдання;
- зробити найкращим чином;
- ладити з людьми;
- отримати оцінку.

Тепер, отримавши уявлення, що таке конфлікти і яка їх роль у вашому житті і житті інших, ви готові засвоїти надзвичайно практичний поетапний метод залагоджування конфліктів, який вкладається рівно в сім кроків:

Крок 1. Знімаємо маски. Хто бере участь у конфлікті та як учасники ставляться до мене?

Крок 2. Виявляємо справжню проблему. В чому полягає конфлікт і як він проявляється?

Крок 3. Відмовляємось від установки “тільки перемога”. Якщо конфлікт владнається, що це дасть? Якщо конфлікт не вирішиться, чи буде мені від цього хоч якась вигода? Якщо конфлікт

не владнається, чим це буде погано? Якщо конфлікт вирішиться, чи стане ситуація кращою, ніж до виникнення конфлікту? Чи вважаю я, що конфлікт принесе мені щось позитивне незалежно від результатів?

Крок 4. Знаходимо декілька можливих шляхів вирішення.

Крок 5. Оцінюємо варіанти і вибираємо найкращий.

Крок 6. Говоримо так, щоб нас насправді почули.

Крок 7. Визнаємо цінність взаємовідношень і бережемо їх.

Форма захисту – релігія, молитва

Протягом останніх десятиліть значно зросла кількість пацієнтів, які потребують не тільки поверхневого усунення певних симптомів, але й глибшої терапії. Усе більше людей звертаються за допомогою через незадоволеність власним життям, роботою, сім'єю, безпричинну відсутність радості, відчуття самотності, відчуженість від світу та самих себе. У зв'язку з цим, з'являється ряд напрямків психотерапії, які намагаються задовольнити людські потреби шляхом духовного розвитку. Це виявляється у формі синтезу психотерапії з різними релігійними течіями: буддизмом, християнством, індуїзмом, та ін. В основі дії будь-якої релігії лежить звернення до Бога – молитва.

Варто, мабуть, пояснити один з найбільш важливих аспектів молитви – захист. Основними механізмами захисту, які реалізуються в молитві, є: 1) заміщення; 2) ідентифікація з архетипним образом батька; 3) об'єднання – механізм, яким фізична репрезентація іншої особи або яких-небудь її властивостей асимілюється в самого себе за допомогою фігурального процесу молитви як масового акту; він являє собою особливу форму інтроєкції і є найбільш раннім механізмом ідентифікації; 4) регресія – механізм, в якому суб'єкт терпить часткове або повне повернення до більш ранніх форм адаптації; 5) репресія – механізм, в якому неприйнятний зміст думок виганяється із свідомості або перебуває поза нею; 6) символізація – механізм, за допомогою якого одна ідея або один предмет переводиться на інший, тому

що вони мають спільні аспекти чи якості; 7) анулювання – механізм, за допомогою якого суб'єкт символічно діє протилежно чому-небудь неприйнятному, що вже зроблено, або проти того, від чого він повинен захищатися.

К. Юнг, який ввів у психологію поняття “колективне безсвідоме”, складниками якого є архетипи – прообрази вірувань, почуттів, дій, вважав центральним архетипом самість, яка відповідає за інтегрування та стабільність особистості, являє собою джерело релігійності й водночас є остаточним пунктом розвитку кожного. Тобто релігійність – це своєрідний інстинкт, генетично закодована інформація, властива кожній людині.

Бог такий же психотерапевт як і мовчазний психоаналітик, який також виконує трансцендентну функцію, намагаючись досягнути у своїй пастві самості через рівновагу Его, Тіні та Персони. Психодинамічна практика психотерапії, як і різні релігійні течії, має подібність у шляхах зцілення людської душі – через інтроспекцію за допомогою молитви, медитації, психоаналізу досягти усвідомлення безсвідомого, прийняти його, а також відкрити в собі Божественне начало.

На звичайному буденному рівні релігійності людина сприймає Бога як заступника в складних життєвих ситуаціях, що зменшує відчуття тривоги і страху. З. Фройд взагалі вважав, що Бог є лише піднесеним образом власного батька, в якого шукають підтримки.

К. Юнг вважав, що релігійні символи, догмати, ритуали забезпечують оформлення безпосереднього досвіду Божественного. Вони захищають психіку від надмірного прориву безсвідомого, в символах і догматах асимілюється психічна енергія архетипів. Символи проєктуються назовні, й увесь світ стає впорядкованим, хаос перетворюється в «космос».

Сповідь, піст, молитва сприяють самозаглибленню, усвідомленню безсвідомого. Це призводить до припинення проєкції на інших пригнічених у собі якостей і до «просвітлення» та «звільнення». Е. Фромм пише: «Людина пригнічена не бачить того, що існує; вона вкладає свої уявні образи у речі й бачить речі у світлі цих уявних образів та своєї фантазії, а не в їх реальності. Саме це

створення уявних образів, спотворюючи завіси, створює і її пристрасті, і тривоги... Стати свідомим відносно безсвідомого і таким чином розширити нашу свідомість – означає зіткнутись з реальністю і, в цьому розумінні, з істиною... Розширити свідомість – значить пробудитися, підняти завісу...». Якщо звичайна людина відчуває себе роздвоєною через боротьбу між різними мотиваційними тенденціями, то усвідомлення релігійною людиною трансцендентного мотиву, який об'єднує всі інші устремління, сприяє відновленню єдності свого “Я”.

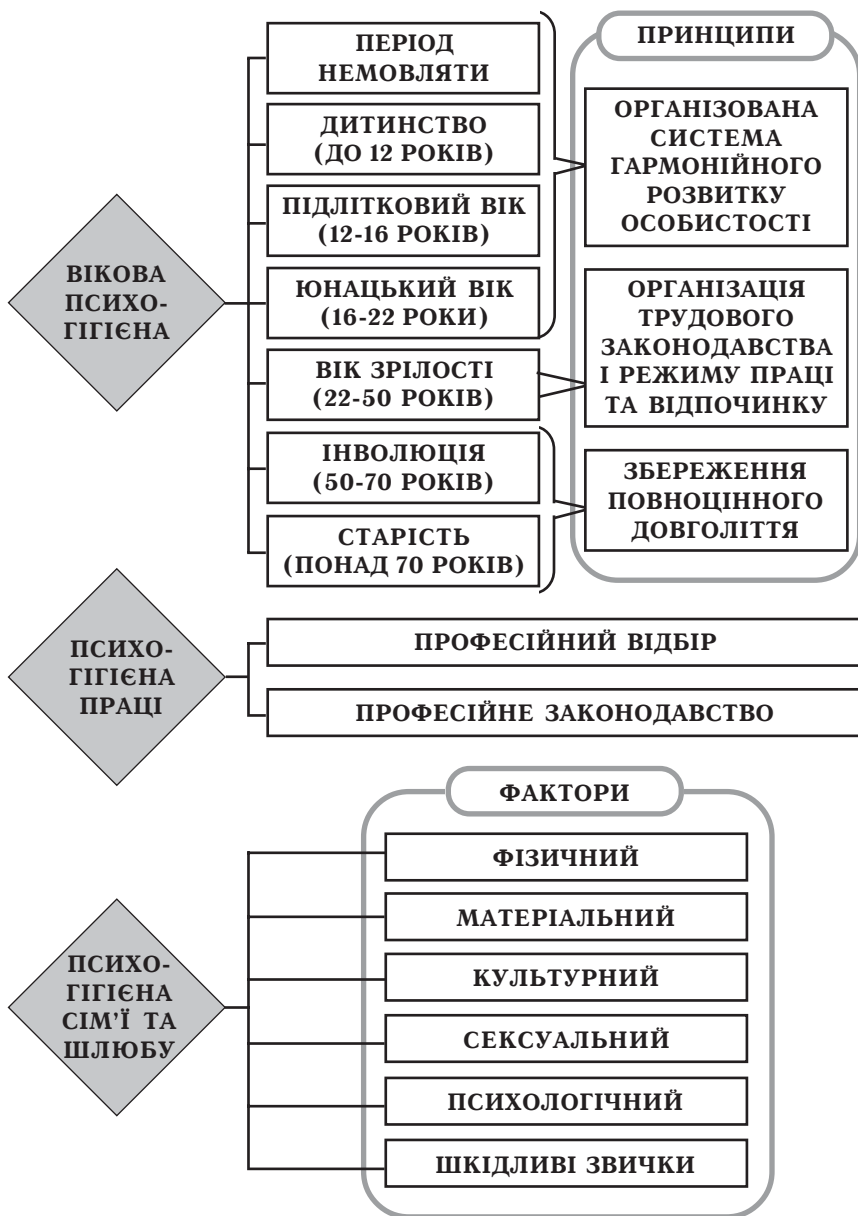
ПСИХОГІГІЄНА І ПСИХОПРОФІЛАКТИКА

Психогігієна – це галузь медичної психології, яка вивчає вплив факторів і умов зовнішнього середовища, виховання і самовиховання на психічний розвиток та психічний стан людини, розробляє рекомендації щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я суспільства й окремих осіб.

Елементи психічної гігієни з'явились у життєвій філософії людини задовго до того, як почались наукова систематична розробка принципів психічної гігієни і розвиток розумово-гігієнічної діяльності.

В античній літературі ми часто зустрічаємось з поняттями “міра”, “психічна гармонія”, “життєва мудрість”. Демокріт говорив про евтимію, тобто добре врівноважене життя. Епікур – про атараксію, або душевний спокій мудрої людини, яка пізнала закони природи і позбавилась страху смерті. Церковна ідеологія середньовіччя із своїм дуалізмом душі й тіла спиралась перш за все на релігійні та моральні категорії, дещо односторонньо розглядаючи й оцінюючи психічні явища стосовно гріха, вини, самовідданої любові, ставлення до надприродних сил і підготовки до загробного життя. Релігійний світогляд того часу давав можливість людям більшою мірою пасивно пристосовуватись до життєвих умов, зменшував ступінь суб'єктивного незадоволення мас, що попереджувало повстання. А нові повстання – це нова кров, нові жертви, нові репресії, нові психотравми. На основі цього можна зробити висно-

ПСИХОГІГІЄНА



вок, що і середньовічна релігія з позицій життєвої мудрості виконувала відповідну розумово-гігієнічну “атарактичну” функцію.

Народження і становлення буржуазії в період Ренесансу принесли 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, перш за все в Європі та США.

Дещо пізніше всесторонній мислитель і педагог Ян Амос Коменський з наукових позицій торкнувся галузі, тісно пов’язаної із психічною гігієною. У 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 можуть порушити надмірна кількість і непомірність роботи. Хто заглибиться в неї, обов’язково знайде і терни, 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 у своїх власних справах не будь надмірно дбайливим, педантичним відносно 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 по багатьох речах, 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” виникло в ХІХ ст. Але організований психічно-гігієнічний рух був започаткований К. Бірсом, який у 1908 р. видав книгу “Душа, яка знайшлася знову”. Автор сам тривалий час був пацієнтом однієї американської лікарні для психічнохворих і після виписання з неї проаналізував недоліки в поведінці й позиції лікарів та інших працівників відносно хворих. Після цього Бірс розвинув діяльність, яка була спрямована на покращання умов життя психічнохворих у лікарнях та на зміну

підходу і ставлення суспільства до них після виписання з медичного закладу.

Під час і після закінчення Першої світової війни різко зростає кількість психогенних захворювань, що привернуло до себе увагу і стало причиною обговорення на двох спеціальних Міжнародних Конференціях – у Вашингтоні (1930) та Парижі (1937). Після Другої світової війни відбувся I Міжнародний Конгрес (Лондон, 1948), який ухвалив створити Всесвітню організацію із психічного здоров'я.

Психогігієна складається з таких основних розділів, як: вікова психогігієна, психогігієна праці й побуту, психогігієна сім'ї і сексуального життя.

Основні положення психогігієни практично повністю вкладаються в зміст вже згаданої вище старовинної молитви індійських мудреців: “Боже! Дай мені сили, щоб змінити те, що можу змінити, мужності, щоб спокійно сприйняти те, що я змінити не можу, і мудрості, щоб відрізнити одне від іншого”.

Психопрофілактика – це галузь медичної психології, яка розробляє заходи, що запобігають виникненню психічних захворювань, а також вивчає питання соціальної і трудової адаптації хворих.

Значний прогрес науки в цілому й медицини зокрема, сприяє тому, що велика частина населення має спрощений погляд на хворобу та лікувальний процес і розуміє цю проблему як систему: хвора людина – лікар – ліки або інша лікувальна технологія – курс лікування – здорова людина. Багато людей не розуміють, що медицина не всесильна і не може повністювилікувати більшість хвороб, що профілактика захворювань є найдієвішим засобом збереження здоров'я.

Здорова людина здебільшого вважає своє здоров'я природним станом, у непорушності якого вона не сумнівається і психологічно не сприймає можливість захворювання. Така людина своє здоров'я вважає доказом того, що вона не робить нічого, що могло б суттєво загрожувати їй. Та частина населення, яка інформована про сутність і необхідність профілактики, усвідомлює, що більшість її положень непов'язана з певними особисти-

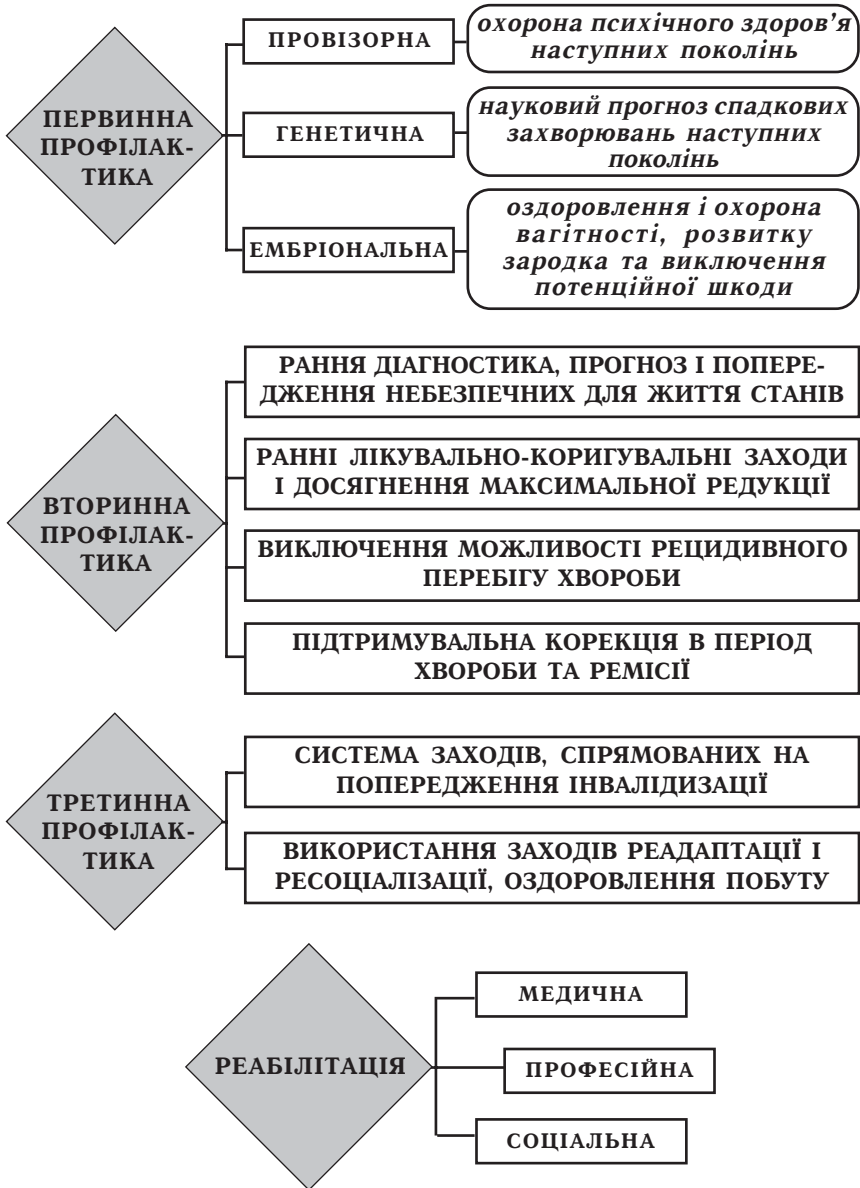
ми неприємностями й обмеженнями (страх перед профілактичними щепленнями, необхідність схуднути, кинути курити і вживати алкогольні напої, більше рухатись і займатись спортом, обмежити сексуальні контакти тощо). Це є причиною неоднозначного ставлення населення до профілактики: бажання бути здоровим і усвідомлення необхідності проведення профілактичних заходів – з однієї сторони, вищезгадане негативне ставлення до неприємностей і обмежень – з іншої. Результат такого внутрішнього психологічного конфлікту зумовлюється індивідуальною і груповою психологією тих, кого це стосується. Загальнолюдська психологія багата на ефекти, які на перший погляд здаються парадоксами. Наприклад, коли здійснена вакцинація призводить до майже повного попередження хвороби, серед значної частини населення виникає думка, що вакцинація, мабуть, була непотрібною, тому що все одно ніхто б не захворів. Так виникають погляди на санітарно-гігієнічні заходи як надто бюрократичні й формальні.

Особи з тривожно-помисловими рисами характеру виконують профілактичні заходи із страху перед масовим розповсюдженням якоїсь хвороби та тривожно очікують, що саме у них розвинеться ця недуга. Поширення таких фобій є обернено пропорційним психологічній підготовці груп населення. Досить часто такі страхи турбують батьків, особливо надто турботливих матерів, які мають одну дитину.

Серед частини населення можуть розповсюджуватись чутки, здебільшого необгрунтовані, про ускладнення, які розвиваються у результаті щеплень. В регіонах з низьким культурним рівнем такі чутки можуть спровокувати панічну поведінку.

У ряді країн відмічається неоднозначне ставлення робітників до шкідливих умов праці, наприклад до запиленості або загазованості. З однієї сторони, вони розуміють їх шкідливість для власного здоров'я, а з іншої – зниження рівня цих шкідливих факторів призводить до зниження розміру платні, тому що зменшується доплата за шкідливі умови праці. Спостерігались випадки, коли робітники навмисне псували такого роду обладнання.

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА



Таким чином, психологічний ефект більш високої платні за умови збереження дії шкідливих для здоров'я факторів нерідко перевищує усвідомлення необхідності збереження самого здоров'я. Дана установка зумовлена особливостями спрямованості й рівнем загальної культури особистості та трудового колективу.

Щодо санітарної просвіти мають значення психологія і спрямованість установок медичного працівника, наприклад його погляди на шкідливі звички, які можуть вступати в протиріччя з відповідними завданнями санітарної просвіти. Лікар, який багато курить, навряд чи буде ефективно боротися проти куріння, лікар, який зловживає спиртними напоями не зможе переконливо впливати на хворих на алкоголізм. Адже психологічний контакт лектора із слухачами органічно включає в себе поєднання розумних аргументів з емоційним і сугестивним впливом, оцінку інформованості слухачів про лекцію, оцінку ставлення слухачів до теми і самого лектора, цікавість, згоду, протест, недовіря, тактовність і переконання лектора. Деякі лекції можуть викликати нездоровий інтерес до невідомо розкритої теми або необгрунтованих страхів. У зв'язку з цим В. Франкл ставив питання про колективні ятрогенні неврози, які спричиняються неадекватними за стилем і змістом лекціями та порадами, які передаються по радіо, телебаченню і через інші засоби масової інформації без належного зворотного зв'язку.

Профілактика психічних захворювань поділяється на первинну, вторинну і третинну.

Первинна профілактика – це система заходів, які забезпечують попередження появи хвороби чи формування дисгармонічної структури особистості. Серед цих заходів основними є:

1. *Первинна провізорна профілактика* – головною метою є охорона здоров'я наступних поколінь. Вона ґрунтується на громадських заходах, спрямованих на оздоровлення побуту, праці, життя, створення умов для формування здорової сім'ї та вдосконалення виховання підростаючого покоління, досягнення гармонії розвитку у всіх наступних поколіннях.
2. *Первинна генетична профілактика* – головною метою є науковий прогноз можливих наслідків спадкових захворювань для здоров'я наступних поколінь. Вона створює умови для

керування спадковістю та оздоровлення спадковості без шкоди і дискримінації особи. Безпосередньо здійснюється медико-генетичними консультаціями.

3. *Первинна ембріологічна профілактика* – спрямована на оздоровлення жінки (гігієна шлюбу і зачаття, гігієна вагітності, охорона процесу зародкового розвитку та виключення потенційно небезпечних шкідливостей, забезпечення високої якості допомоги при пологах). Ці заходи проводяться жіночими консультаціями та закладами рододопомоги.
4. *Первинна постнатальна профілактика* – здійснюється з метою раннього виявлення вад розвитку в новонароджених, своєчасної їх корекції і включає проведення системи заходів, які забезпечують поетапний розвиток дитини, підлітка, юнака. Поряд з педіатричною службою в організації цього виду профілактики беруть участь дитячі психіатри, психологи та спеціалісти в галузі фізіології розвитку.

Вторинна профілактика – це система заходів, спрямованих на попередження небезпечного для життя або несприятливого перебігу захворювання.

До цих заходів відносять:

1. *Ранню діагностику*, прогноз та попередження небезпечних для життя хворого станів.
2. *Раннє проведення лікувально-коригувальних заходів*, швидке досягнення максимально повної ремісії або повної редукції хвороби.
3. *Виключення можливості рецидивного перебігу*.
4. *Довготривалу підтримуючу корекцію психіки хворого* після видужання та в період ремісії.

Третинна профілактика – це система заходів, спрямованих на попередження інвалідизації при затяжному, хронічному перебізі хвороби.

Вона здійснюється шляхом застосування медикаментозних та інших коригувальних методів терапії для переривання хронічного перебігу хвороби, оздоровлення умов життя і побуту хворих, систематичного використання засобів реадптації та активного праце- і побутовлаштування в період ремісії.

САМОКОНТРОЛЬ (ТЕСТИ) ІЗ ПСИХОЛОГІЇ

1. Співрозмовник ініціативний, рішучий, напористий, нав'язує свою думку, безцеремонний у виборі форми спілкування. Який тип спілкування?

- A. Недомінантний.
- B. Мобільний.
- C. Ригідний.
- D. Домінантний.
- E. Екстравертний.

2. У бесіду включається нерішуче, поступово, надто делікатний у дискусії, позитивно реагує на підбадьорювання і похвалу жестами, не сприймає лицемірства. Який тип співрозмовника?

- A. Ригідний.
- B. Мобільний.
- C. Домінантний.
- D. Інтравертний.
- E. Недомінантний.

3. Легко включається в спілкування, стиль мовлення недбалий, швидкий, невибагливий щодо форми. Нетерплячий до одноманітності, відволікається, багатOVERСІЙНИЙ у висновках. Який тип співрозмовника?

- A. Екстравертний.
- B. Мобільний.
- C. Недомінантний.
- D. Домінантний.
- E. Ригідний.

4. Включається в розмову повільно, мовлення ґрунтовне, певною мірою деталізоване, слухає уважно, не перебиває, говорить вдумливо, його фрази повільні, будує речення зрозуміло, детально робить резюме. Який тип співрозмовника?

- A. Інтравертний.
- B. Ригідний.
- C. Недомінантний.
- D. Домінантний.
- E. Мобільний.

5. Легко включається в спілкування, комунікабельний, любить різноманітність, уважний, безпосередній, допитливий, незлопам'ятний, любить привертати до себе увагу, спілкування для нього – “стихія”. Який тип співрозмовника?

- A. Мобільний.
- B. Домінантний.
- C. Ригідний.
- D. Екстравертний.
- E. Інтравертний.

6. Спілкування утруднене, віддає перевагу власним інтересам, бажанню бути “в собі”, мовчун, а якщо висловлюється, то незрозуміло, з дивацтвом, співпереживання обмежене: контакти його гнітять, спілкується переважно з особами, схожими на нього. Який тип співрозмовника?

- A. Ригідний.
- B. Інтравертний.
- C. Недомінантний.
- D. Домінантний.
- E. Екстравертний.

7. У хворого підвищений, ейфоричний настрій, він легковажно ставиться до недуги та лікування. Надіється, що “само все обійдеться”, тому порушує режим, що призводить до загострення перебігу хвороби. Який тип реагування на недугу?

- A. Утилітарний.
- B. Анозогностичний.
- C. Неврастенічний.
- D. Ейфоричний.
- E. Дисфоричний.

8. Хворий прагне співчуття, уваги, кращого ставлення до себе, говорить: “А може, отримаю пенсію за інвалідністю і не буду працювати, а займатись вдома улюбленою справою”. Який тип реагування на недугу?

- A. Ейфоричний.
- B. Зневажливий.
- C. Егоцентричний.
- D. Нозофільний.
- E. Утилітарний.

9. Хворий активно відкидає думки про недугу та її можливі наслідки, прояви хвороби оцінює як “несерйозні відчуття”, тому відмовляється від обстеження і лікування або обмежується “самолікуванням”. Який тип реагування на хворобу?

- A. Егоцентричний.
- B. Гармонійний.
- C. Апатичний.
- D. Ейфоричний.
- E. Анозогнозичний.

10. Хворий цілком байдужий до своєї недуги та її наслідків, апатичний, втратив інтерес до життя, до всього, що раніше його цікавило. Пасивно приймає ліки та процедури. Який тип реагування на хворобу?

- A. Іпохондричний.
- B. Анозогнозичний.
- C. Егоцентричний.
- D. Апатичний.
- E. Депресивний.

11. Хворий тривожний, депресивний, неспокійний, побоюється можливих ускладнень, сумнівається в ефективності лікування, настрої пригнічений. Який тип реагування на хворобу?

- A. Іпохондричний.
- B. Неврастенічний.
- C. Тривожно-депресивний.
- D. Дисфоричний.
- E. Анозогнозичний.

12. Хворий депресивний, пригнічений, тривожний, не вірить у сприятливе закінчення недуги, не виявляє особливого інтересу до обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?

- A. Ейфоричний.
- B. Дисфоричний.
- C. Тривожно-депресивний.
- D. Іпохондричний.
- E. Неврастенічний.

13. Хворий переконаний у наявності в нього серйозної недуги, постійно зосереджений на хворобливих відчуттях, переживання та безперервні розмови про хворобу призводять до перебільшеного суб'єктивного сприй-

мання наявних і пошуку уявних недуг. Бажання лікуватись поєднуються з невірою в успіх. Який тип реагування на хворобу?

- А. Тривожно-депресивний.
- В. Іпохондричний.
- С. Апатичний.
- Д. Егоцентричний.
- Е. Дисфоричний.

14. Хворий дратівливий при болю, стражданнях, нетерплячий, нездатний чекати результатів обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?

- А. Депресивний.
- В. Іпохондричний.
- С. Егоцентричний.
- Д. Неврастенічний.
- Е. Ейфоричний.

15. Тривога хворого більше стосується не реальних, а можливих ускладнень недуги, а також малореальних життєвих труднощів, пов'язаних з нею. Розуміє абсурдність своїх хвилювань, але не може подолати їх. Який тип реагування на хворобу?

- А. Неврастенічний.
- В. Дисфоричний.
- С. Апатичний.
- Д. Нав'язливо-тривожний.
- Е. Тривожно-депресивний.

16. У хворого пригнічено-злобний настрій, схвильований, схильний до спалахів крайньої невдоволеності людьми, які його оточують, і собою теж. Скрупульозно виконує призначення, але з підозрілою недовірою ставиться до нових призначень. Який тип реагування на хворобу?

- А. Зневажливий.
- В. Дисфоричний.
- С. Утилітарний.
- Д. Депресивний.
- Е. Іпохондричний.

17. Хворий зневажливо ставиться до свого здоров'я, недооцінює серйозність недуги, не лікується, не береже себе і виявляє необґрунтований оптимізм щодо прогнозу. Який тип реагування на хворобу?

- А. Нозофільний.
- В. Утилітарний.
- С. Ейфоричний.
- Д. Зневажливий.
- Е. Анозогнозичний.

18. Хворий демонструє свою хворобу близьким і рідним з метою привернути до себе їх увагу, вимагає виняткового піклування про себе. Який тип реагування на хворобу?

- А. Утилітарний.
- В. Егоцентричний.
- С. Гармонійний.
- Д. Анозогнозичний.
- Е. Зневажливий.

19. Хворий гармонійно, правильно оцінює свою недугу, прагне активно сприяти лікуванню, а при несприятливому прогнозі переключає увагу на інші фактори. Який тип реагування на хворобу?

- А. Неврастенічний.
- В. Гармонійний.
- С. Ейфоричний.
- Д. Егоцентричний.
- Е. Апатичний.

20. Хвора задоволена, що захворіла, стверджуючи: “Зможу приділити більше уваги дітям, не буду відводити їх у дитячий садок, зроблю ремонт у квартирі, трохи починаю, займусь улюбленою справою”. Який тип реагування на хворобу?

- А. Утилітарний.
- В. Ейфоричний.
- С. Гармонійний.
- Д. Нозофільний.
- Е. Егоцентричний.

21. Хвора надто боїться своєї недуги, повторно обстежується у різних спеціалістів, часто міняє лікарів. Більшою чи меншою мірою розуміє свою проблему, але не може боротись з нею. Який тип реагування на хворобу?

- А. Нозофобний.
- В. Утилітарний.
- С. Дисфоричний.

- D. Іпохондричний.
- E. Депресивний.

22. Хворий не докладає зусиль волі до видужання, вважає недугу несерйозною, а тому ліки приймає від випадку до випадку, не дотримується режиму, дієти, не відмовляється від куріння, вживання алкоголю і т. ін. До якого типу можна віднести цього хворого?

- A. Заглиблений у хворобу.
- B. Боягузливий.
- C. Підозріливий.
- D. Уявний (істеричний).
- E. Лінивий.

23. Хворий звикся з недугою, іноді вважає її невеликою, проте скрупульозно виконує всі призначення, акуратний, педантичний щодо лікування, дуже цікавиться результатами аналізів, уважно стежить за новинками в галузі медицини. До якого типу можна віднести цього хворого?

- A. Уявний (істеричний).
- B. Заглиблений у хворобу.
- C. Активний.
- D. Лінивий.
- E. Боягузливий.

24. Хворий охоче звертається до лікарів, піддається різним, часто неприємним маніпуляціям. Може демонструвати різні ознаки хвороб, про які прочитав у книжках чи дізнався від знайомих. У нього переважає бажання лікуватись і показувати свою хворобу. Вимагає співчуття й уваги з боку рідних і медперсоналу. До якого типу можна віднести цього хворого?

- A. Підозріливий.
- B. Уявний (істеричний).
- C. Лінивий.
- D. Активний.
- E. Боягузливий.

25. Хворий побоюється йти до лікаря (“Може, вигаданий діагноз та й підтвердиться”), боїться рентгенообстеження (“А може, виявлять щось”), аналізів крові (“А що, коли лейкоз?”), сечі (“А якщо раптом діабет?”). До якого типу можна віднести цього хворого?

- A. Активний.
- B. Лінивий.
- C. Уявний (істеричний).
- D. Боягузливий.
- E. Підозріливий.

26. Хворий підозріливий, нерішучий, боязкий, постійно сумнівається, прагне вивідати все про свою недугу. Легко піддається навіюванню. Цікавиться не так лікуванням, як діагнозом. Відвідує різних спеціалістів, домагається консультацій професорів, охоче піддається різним методам дослідження, але не довіряє їм. До якого типу можна віднести цього хворого?

- A. Боягузливий.
- B. Уявний (істеричний).
- C. Підозріливий.
- D. Заглиблений у хворобу.
- E. Активний.

27. Хворий метушливий, нетерплячий, вимагає від медицини швидкого “ремонту”, як у техніці. Часто виявляє претензії до медиків і конфліктує з ними, порушує режим, вважає, що медсестра робить ін’єкції не так, як треба, і не туди, куди слід, дає не ті ліки. До якого типу можна віднести цього хворого?

- A. Активний.
- B. Заглиблений у хворобу.
- C. Боягузливий.
- D. Метушливий (вередливий).
- E. Підозріливий.

28. Хворий тверезо ставиться до своєї недуги, спокійно і сумлінно виконує всі призначення, активно допомагає лікареві в боротьбі із хворобою. Настрій рівний, пацієнт впевнений у видужанні. Знаходить собі заняття: читає, пише, щось майструє, допомагає іншим хворим. До якого типу можна віднести цього хворого?

- A. Метушливий.
- B. Активний.
- C. Заглиблений у хворобу.
- D. Уявний (істеричний).
- E. Підозріливий.

29. Як називається форма мислення, що полягає у відображенні найбільш загальних і суттєвих властивостей та якостей предметів чи явищ і виражається мовним знаком?

- A. Поняття.
- B. Судження.
- C. Умовивід.
- D. Аналогія.
- E. Інтуїція.

30. Як називається форма мислення, що відображає логічні зв'язки між предметами і явищами, ґрунтується на ствердженні чи запереченні чогось?

- A. Поняття.
- B. Судження.
- C. Умовивід.
- D. Аналогія.
- E. Інтуїція.

31. Як називається причинно-наслідкове мислення?

- A. Кондиційне.
- B. Парадоксальне.
- C. Інтуїтивне.
- D. Каузальне.
- E. Евристичне.

32. Який вид мислення характерний для більш розвинених тварин і як самостійний вид – для дітей віком до 1 року?

- A. Наочно-образний.
- B. Наочно-дійовий.
- C. Дедуктивний.
- D. Абстрактний.
- E. Індуктивний.

33. Як називається операція мислення, яка полягає в уявному поділі цілого на окремі складові для кращого їх осмислення?

- A. Аналіз.
- B. Синтез.
- C. Порівняння.
- D. Абстрагування.
- E. Конкретизація.

34. Як називається операція мислення, яка полягає у виявленні схожості чи відмінності між поняттями?

- A. Аналіз.
- B. Синтез.
- C. Порівняння.
- D. Абстрагування.
- E. Конкретизація.

35. Амнезія – це:

- A. Порушення відчуття.
- B. Порушення сприймання.
- C. Порушення уваги.
- D. Порушення пам'яті.
- E. Порушення мислення.

36. Якщо в людини послаблена здатність до запам'ятовування, то це кваліфікується як:

- A. Гіпермнезія.
- B. Гіпоестезія.
- C. Амнезія.
- D. Гіперестезія.
- E. Гіпомнезія.

37. Якщо в людини посилена здатність до запам'ятовування, то це кваліфікується як:

- A. Гіпермнезія.
- B. Гіпоестезія.
- C. Амнезія.
- D. Гіперестезія.
- E. Гіпомнезія.

38. Яка максимальна тривалість короткочасної пам'яті?

- A. Кілька секунд.
- B. Кілька годин.
- C. До 1 доби.
- D. До 2 діб.
- E. До 3 діб.

39. Який учений, досліджуючи пам'ять, визначив процес забування не як хворобу, а як “необхідну умову для здоров'я і життєвості пам'яті”?

- A. Еббінгауз.
- B. Міллер.
- C. Моно.
- D. Рібо.
- E. Ешбі.

40. Уява – це:

- A. Безпосереднє сприймання образу.
- B. Бачення в думках раніше сприйнятих образів.
- C. Практичне створення нового образу.
- D. Створення нових образів у думках.
- E. Одночасне сприймання кількох образів.

41. Який відсоток отриманої інформації, згідно із законом Еббінгауза, залишається в пам'яті через 30 хвилин після її сприймання?

- A. 50 %.
- B. 55 %.
- C. 60 %.
- D. 65 %.
- E. 70 %.

42. Який відсоток отриманої інформації, згідно із законом Еббінгауза, залишається в пам'яті через добу після її сприймання ?

- A. 26 %.
- B. 34 %.
- C. 42 %.
- D. 47 %.
- E. 51 %.

43. Який відсоток отриманої інформації, згідно із законом Еббінгауза, залишається в пам'яті через місяць після її сприймання?

- A. 15 %.
- B. 20 %.
- C. 25 %.
- D. 30 %.
- E. 35 %.

44. Дзеркальне (в найменших деталях) відображення слідів пам'яті називають:

- A. Уявленням.
- B. Ейдетизмом.
- C. Уявою.
- D. Впізнаванням.
- E. Відтворенням.

45. Який з видів пам'яті за її змістом є найміцнішим?

- A. Образний.
- B. Словесно-логічний.
- C. Емоційний.
- D. Руховий.
- E. Зоровий.

46. Який з видів пам'яті за її змістом характерний лише для людей?

- A. Образний.
- B. Словесно-логічний.
- C. Емоційний.
- D. Руховий.
- E. Зоровий.

47. Яку кількість непов'язаних між собою частин інформації при їх одноразовому пред'явленні повинен запам'ятати обстежуваний у нормі (число Міллера)?

- A. 5.
- B. 7.
- C. 9.
- D. 10.
- E. 11.

48. Помилкове сприймання реальних зовнішніх подразників називають:

- A. Гіперестезією.
- B. Галюцинацією.
- C. Ілюзією.
- D. Сінестезією.
- E. Гіпестезією.

49. Який це вид пам'яті, коли людина пам'ятає події, що мали для неї велике почуттєве значення?

- A. Образна.

- В. Зорова.
- С. Слухова.
- Д. Емоційна.
- Е. Словесно-логічна.

50. Який це вид пам'яті, що характеризується запам'ятовуванням думок, означених словами?

- А. Образна.
- В. Емоційна.
- С. Словесно-логічна.
- Д. Слухова.
- Е. Зорова.

Еталони відповідей

- | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Д | 11. С | 21. А | 31. Д | 41. С |
| 2. Е | 12. С | 22. Е | 32. В | 42. В |
| 3. В | 13. В | 23. В | 33. А | 43. В |
| 4. В | 14. Д | 24. В | 34. С | 44. В |
| 5. Д | 15. Д | 25. Д | 35. Д | 45. Д |
| 6. В | 16. В | 26. С | 36. Е | 46. В |
| 7. Д | 17. Д | 27. Д | 37. А | 47. В |
| 8. Е | 18. В | 28. В | 38. Д | 48. С |
| 9. Е | 19. В | 29. А | 39. Д | 49. Д |
| 10. Д | 20. Д | 30. В | 40. Д | 50. С |

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРАКТИКУМ

1. Чому учень чи студент губиться біля дошки, або на заліку, хоча знає матеріал? Чому частина хворих не можуть зрозуміло, вичерпно і послідовно розповісти про свій стан лікареві?

Надмірне хвилювання і напруженість нервово-психічних процесів на екзамені або заліку, які по своїй інтенсивності наближаються до стресового стану приводять до захисного посилення гальмівних функцій психіки, особливо в осіб з тривожно-помисловим характером.

2. Чому першокласник при письмі, а студенти при засвоєнні нової практичної навички роблять багато лишніх рухів?

І в першому і в другому випадку переважають процеси збудження в корі головного мозку. На виконання навіть простої операції затрачається багато “енергії”, включається багато “непотрібних” механізмів, які з часом “відфільтровуються” і використовуються лише найбільш раціональні і доцільні рухи. З часом, по мірі вправлення рухи стають більш доцільними, цілеспрямованими, “економічно” обгрунтованими; автоматизованими, тобто уміння переходять у навик.

3. Чому людина, яка захоплена вирішенням цікавої або важливої для неї задачі, може не помічати навколишнього?

Це залежить від такої властивості уваги, як її спрямованість, тобто зосередженість на зовнішніх чи внутрішніх явищах. В цей момент в певних ділянках кори головного мозку виникає вогнище збудження “домінанта”, а в сусідніх ділянках, за законом взаємної індукції – гальмування. Зацікавлена чи захоплена чимось людина не помічає навколишнього в момент сильного зосередження на чомусь важливому для неї чи дуже цікавому.

4. Чому після тривалого “відпочинку” біля телевізора школяр довго не може заснути?

Перегляд телепередач, особливо “мультиків”, у дітей викликає збудження центральної нервової системи. Тривалий перегляд їх вик-

ликає перезбудження ЦНС, тому школяр довго не може заснути після “відпочинку” біля телевізора.

5. Поясніть відмінність навичку від інстинкту і навичку від знань і умінь у людини.

Інстинкт – вроджений ланцюг рефлексів, що забезпечує біологічні потреби організму. Навик виробляється упродовж життя внаслідок тренування. Навик, на відміну від знань і умінь, набуває автоматизованого характеру. Внаслідок тривалого тренування нейрофізіологічні механізми навичку переходять у сферу підсвідомого. Ми не задумуємось, як зробити наступний крок при ходьбі, чи як прочитати написане.

6. Чому складну поведінку мурах або бджіл не можна назвати працею?

Праця – це цілеспрямована усвідомлена діяльність, а складна поведінка мурах чи бджіл – це інстинктивна, обумовлена генами неусвідомлена дія.

7. Поясніть з сучасних поглядів сутність виразу Ф.Енгельса “... праця створила людину”.

Реалізація одного з видів передпрограмування первісної людини привела до прямоходіння. Верхні кінцівки звільнились від функції пересування і їм стало можливим використовувати для інших цілей, крім хапання, що обумовлювалось потребою в цілеспрямований діях, які були прообразом примітивної праці. Верхні кінцівки почали приймати зростаючу участь в реалізації рухового компоненту наглядно-дійового мислення. В процесі здобування їжі та інших усвідомленнях на рівні примітивного мислення дій первісна людина повинна була щось “сказати” іншій. Почала розвиватись друга сигнальна система з зачатками абстрактного мислення з поняттями і уявленнями. Потреба в спілкуванні і використання верхніх кінцівок в якості людських рук привело до значного розвитку кори півкуль головного мозку, де значна площа стала “зайнята” тонким моторним аналізом, а також мовою. Таким чином, потреба в спілкуванні, осмисленні явищ і реалізації тонких рухів під час дійового мислення в процесі примітивної праці стимулювала розвиток кори півкуль головного мозку, а розвинена кора допомагала розвитку абстрактного мислення з дру-

гою сигнальною системою (розумова праця) і більш тонкій диференціації рухів з пальцями кистей, а пізніше і ніг в процесі фізичної праці.

Отже, основним чинником створення людини було поєднання осмисленої фізичної і розумової праці. Саме праця стала центральною ланкою, через яку реалізувалось основне передпрограмування – створення людини як виду.

8. Чому вертикальні лінії і розміри сприймаються довшими, ніж горизонтальні? Як називається цей феномен?

Людина постійно робить мимовільні рухи очима, щоб зорієнтуватись, де вона знаходиться і щоб вчасно побачити перешкоду. Більш цінною є інформація про предмети в горизонтальній площині.

Вертикальні рухи очей мають більшу ступінь довільності. Всі психічні процеси, які вимагають вольового зусилля, суб'єктивно сприймаються довшими в просторі і часі. Ось чому вертикальні розміри суб'єктивно сприймаються більшими, ніж горизонтальні. Це є один з видів ілюзії сприймання.

9. Поясніть, чому у інших помітити граматичну помилку легше, ніж у себе?

В акті письма одночасно беруть участь зоровий і руховий аналізатори, а також уявлення (про це людина пише), які підпорядковані усній мові, і спрацьовують разом на рівні автоматизованої навички.

Коли людина перевіряє текст, котрий вона сама написала, то вона часто просто автоматично включає зоровий аналізатор, який не зовсім усвідомлено слідує за уявленням, бо людина пам'ятає, що саме вона писала і текст домінує в її пам'яті, тому граматичні чи стилістичні помилки психологічно сприймаються граматично правильними.

У випадку, коли цей текст читає інша людина, в неї немає домінанти тексту у пам'яті. Кожна буква, кома, слово і фраза піддається усвідомленому сприйманню з участю всіх необхідних аналізаторів усної мови і осмислення. Ось чому граматичні помилки помітити у інших легше, ніж у себе.

10. Чорнильна пляма, яка розплилась на папері звичайно сприймається як предмет (птаха, тварини і т.д.). Яка важлива особливість людського сприймання в цьому проявляється?

Ця особливість людського сприймання називається психологічною парейдолією. Сутність цього феномену полягає в нерозривності процесів сприймання, асоціації по аналогії з тим, що є в пам'яті і уяві.

11. Чому, коли людина вперше йде по незнайомій місцевості, самостійно розшукуючи дорогу, вона легко знайде її надалі, але якщо вона йде разом з супутником, котрому ця дорога добре відома, людині важко буде самостійно пройти цей шлях наступний раз?

Найбільш глибокими видами пам'яті є дійова і емоційна. Коли людина сама розшукує дорогу, вона діє самостійно, включаючи всі аналізатори, увагу, пам'ять і осмислення. Коли людина йде з поводитрем, то більшість уваги сконцентрована на супутнику і на розмові, а не на місцевості, тому запам'ятовування особливостей місцевості буде частковим і створить труднощі в її пізнанні в наступний раз.

Вчитись людина повинна самостійно і обов'язково в дії.

12. Чому один і той же відрізок часу в різних ситуаціях сприймається і згадується по різному?

Психологами встановлено, що короткі періоди часу насичені яскравими подіями психологічно сприймаються коротшими. Такий же проміжок часу, не заповнений цікавими подіями, психологічно сприймається довшим. Канікули психологічно проходять швидше, ніж цей же період навчального року, а самі роки навчання сприймаються і згадуються безкінечно довгими. Період чекання будь-якої події (приємної чи неприємної) суб'єктивно сприймається довшим, ніж є в дійсності.

13. Багато людей для кращого запам'ятовування користуються короткими записами. Чому такий прийом допомагає кращому запам'ятовуванню матеріалу?

В короткий запис потрапляє найбільш інформаційний і осмислений матеріал, який потім легко читається (повторюється), що скорочує сумарний час механічного запам'ятовування в 1,5-3 рази.

14. Чим пояснити, що приклади, ілюстровані матеріали, котрі придумані самостійно, запам'ятовуються краще?

Необхідною передумовою придумання ілюстрації є глибоке осмислення матеріалу, пошук аналогій по суміжності, подібності і

контрасту, тобто є активною розумовою діяльністю з включенням творчої уяви, що й робить запам'ятовування більш тривалим.

15. Чому постійні втлумачування “у тебе, як завжди, в голові одні дурниці”, або “я нічого кращого від тебе і не чекав” викликають негативний ефект? До яких наслідків це може призвести?

Постійні втлумачування можуть призвести до того, що людина, котрій безперервно це повторюють, починає звикатись з цим і відповідно сприймати як свою реальність, в основі якої лежить відповідна домінанта.

16. Поясніть, чому значна частина студентів з високим рівнем шкільних знань, котрі поступили в медінститут, в процесі навчання у вузі стають середніми або слабкими студентами і лікарська кар'єра у них вдається утруднено, а частина студентів з відносно слабкою шкільною підготовкою досягають значних успіхів в навчанні і лікарській діяльності.

Змінюється звичний стереотип навчання: з'являються “нові” предмети (які не є ні продовженням, ні поглибленням шкільних); збільшується об'єм навчального навантаження; міняється стиль навчального процесу (уроки, лекції, семінари, практичні заняття), оволодіння знаннями поєднується з їх практичним застосуванням (уміннями, навичками). Відбувається зміна інтересів (від загальних до конкретно-професійних), вироблення самостійності в досягненні мети. Цей адаптаційний процес проходить упродовж 1,5-2 років, вимагає у студента формування нових якостей: самостійності, зібраності, наполегливості, вольових зусиль, що нерівномірно розвиваються, а все це впливає на успіх.

17. Обґрунтуйте, чи завжди темп мови, міміка і емоційна збудливість обумовлена темпераментом.

Властивості темпераменту, як будь-які психічні властивості, проявляються чи не проявляються залежно від ряду умов. Це веде до того, що люди з абсолютно різним темпераментом можуть тим не менше в різних умовах проявляти дуже подібні чи навіть ідентичні якісні психічні особливості, тоді як в однакових умовах вони проявляють прямо протилежні якісні особливості.

18. Чи можна зробити висновок про темперамент людини за якимось одним вчинком? Приведіть приклади.

Прояви темпераменту залежать у великій мірі від зовнішніх умов. Його властивості проявляються не з моменту народження і не всі зразу в певному віці, а розвиваються в певній послідовності, обумовлені як загальними закономірностями дозрівання ВНД, так і специфічними закономірностями, дозрівання кожного виду нервової системи. За одиничним вчинком робити висновок про темперамент людини не можна.

19. В яких життєвих ситуаціях характер і темперамент людини розкриваються найбільш повно?

Найбільш повно характер людини розкривається в несприятливих екстремальних (надзвичайних) ситуаціях.

Темперамент найбільш повно розкривається в звичайних або напружених, але не екстремальних ситуаціях.

20. Обґрунтуйте можливість визначення соціально-трудової цінності людини, виходячи з типів темпераменту.

Темперамент не вибирають. Він, в основному, визначається біологічними факторами. Будь-який яскраво виражений темперамент має свої позитивні і негативні риси.

Холерик відразу включається в роботу, але перешкода, яку в принципі можна перебороти, “вибиває” його з колії.

Флегматик довго включається в роботу, але включившись, повільно і наполегливо робить її до кінця.

Меланхолік добре відчуває душевний стан іншої людини, але дуже страждає від найменшої несправедливості.

Сангвініку все легко вдається, але над ним потрібен контроль.

Отже, кожна людина має свою цінність, потрібно лише правильно знайти професію і партнерів по роботі.

21. Що таке психологічні маски? Якими є причини маскуванню дійсної сутності особистості?

Безпосередньо, згідно з внутрішніми спонуканнями, поводяться тільки діти. Дорослішаючи, люди починають керуватись освоєними, виробленими людством морально-етичними формами поведінки, інколи фальшивити перед іншими і собою, що спонукається різницею між потребами і можливістю їх задовольнити, а також вибором шляху

досягнення своєї потреби. Тому в різних ситуаціях людина поводить-ся по різному. Психологи називають це “психологічною маскою”. Наприклад, керівник підрозділу виходить на роботу і “одягає” маску принципового, вимогливого, строгого і непримиримого керівника. Повернувшись додому, він допомагає дітям виховувати онука і “одягає маску” ніжного, люблячого, дбайливого дідуся, якому приємно дивитись на пустощі малюка. В приймальній безпосереднього керівника ця ж людина “одягає маску” покірного виконавця. Своє істинне обличчя така людина виявляє або у важких умовах, або в стані розгальмування на початку алкогольного сп’яніння середнього ступеня.

22. У дитини виявлена здібність до навчання. В чому проявляється зв’язок здібностей зі знаннями, уміннями і навичками?

Оскільки в основі знань, умінь і навичок лежить навчання, то наявність і можливість розвитку здібності до навчання буде основою для успішного оволодіння знаннями, уміннями і навиками (звичайно при умові правильної організації навчального процесу і установки учня).

23. В чому ви вбачаєте користь підсумкових і узагальнюючих практичних занять?

Психологом Ебінгаузенем встановлено, що без повторення матеріалу через чотири місяці (тобто до кінця семестру) забувається 25 % інформації. Протягом 9 місяців (до кінця навчального року) людина здатна втримати в пам’яті лише 21 % заученої інформації.

Систематичні підсумкові і узагальнюючі практичні заняття і семінари є формою повторення пройденого матеріалу, що значно закріплює в пам’яті рівень знань і умінь.

На підсумкові і узагальнюючі заняття, як правило, виносяться питання, сформульовані так, як в екзаменаційних білетах. Отже, коли студент добросовісно вчиться протягом року і успішно здає підсумкові заняття, в нього мимоволі залишаються сліди асоціативного зв’язку між сформульованим питанням і еталоном відповіді.

24. Який вид пам’яті найбільше спрацьовує при засвоєнні простого матеріалу?

При засвоєнні простого матеріалу найбільш спрацьовує логічна пам’ять. Простий матеріал не потрібно зазубрювати, а осмислити відносно легко.

25. Який вид пам'яті є найбільш ефективним при засвоєнні складного матеріалу, що необхідний в повсякденній лікарській практиці на рівні умінь і навичок?

При засвоєнні складного матеріалу, що необхідний в повсякденній лікарській практиці дійовим осмислення є навчання, за допомогою якого виробляються уміння та навички.

26. Чому експерименти на тваринах потрібно проводити лише під глибоким наркозом?

Почуття гуманності відноситься до наших емоцій, його необхідно виховувати і повсякденно підтримувати. Експерименти на тваринах повинні бути максимально гуманними, щоб не розвинути в себе байдужості до страждань і, найважливіше, не дати перерости їй у садизм.

27. Для якого типу темпераменту характерні циклічні зміни станів емоційної бадьорості і “зниженого” настрою?

Для холеричного темпераменту.

28. Представники якого темпераменту будуть “тягнути” нудну чергову роботу роками найбільш ефективно?

Флегматики.

29. Які пари темпераментів є психологічно найбільш сумісними?

- холерик – холерик
- сангвінік – сангвінік
- флегматик – флегматик
- меланхолік – меланхолік
- холерик – сангвінік
- холерик – флегматик
- холерик – меланхолік
- сангвінік – флегматик
- сангвінік – меланхолік
- флегматик – меланхолік.

30. Чому високоосвічені інтелігентні порядні люди, як правило, мають значно менші матеріальні достатки, ніж хитрі, непорядні, примітивні?

Направленість духовності високоосвіченої інтелігентної порядної людини свідомо значно більше спрямована на альтруїзм і вдосконалення своєї моральності, ніж на задоволення егоїстичних потреб. Вони

не можуть переступити через свій “психологічний бар’єр”, щоб нажитись нечесним шляхом. Непорядні люди передусім дбають про власне благополуччя, для досягнення котрого не гребують ніякими методами, в чому допомагає їм природна хитрість. Порядних людей, навіть високоосвічених, вони рахують непристосованими для життя.

Порядні люди в будь-якому законі, навіть недосконалому, передусім вбачають вираження моральності і не переступають її, а використовують своє положення для суспільного блага.

Непорядні люди в будь-якому законі шукають лазівку, яка б дозволила трактувати його для власної наживи і забезпечення егоїстичних потреб.

31. Чому в пам’яті більшості жінок кохання це цілий роман, а в пам’яті чоловіків – просто епізод?

Це пояснюється тим, що у жінок переважає емоційна пам’ять, а у чоловіків – логічна.

32. Чим відрізняється широта і глибина пізнання сутності об’єкта або явища більшістю жінок і чоловіків?

Чоловіки сприймають і осмислюють сутність об’єктів і явищ більш широко (з переважанням логіки), але менш глибоко.

Жінки – більш глибоко (з переважанням інтуїтивного компоненту), але менш широко.

33. Чому люди похилого віку практично завжди минуле оцінюють краще, ніж сучасне, причому краще, ніж це відповідає дійсності?

Одним з елементів пам’яті є забування частини неприємних переживань і втримування в пам’яті приємних. Це один з біологічно детермінованих факторів, які впливають на прогрес. Люди пам’ятають, як було добре і прагнуть змінити сучасне життя, щоб воно стало ще кращим, ніж було колись і в даний час. Якби люди добре пам’ятали все неприємне, вони б значно більше боялись прогресу, бо і свідомо і інтуїтивно відчували б, що кожен крок прогресу містить в собі і долю регресу.

Ось чому люди похилого віку практично завжди минуле оцінюють краще, ніж сучасне, причому краще, ніж це відповідає дійсності.

34. Чому друкована і ілюстрована інструкція щодо режиму і лікування хворого (після виписки його з лікарні) в поєднанні з поясненням

лікаря хворому і його родичам є більш дієвими, ніж просте усне інструктування хворого?

Друкована і ілюстрована інформація діє не лише на слуховий аналізатор, але й на зоровий. А зоровий аналізатор є найбільш цінним (він дає 80 % інформації), інформація перечитується кілька разів, що сприяє закріпленню в пам'яті смислу. Крім того, спрацьовує психологічний феномен “довіри до друкованого слова”.

35. В який колір бажано пофарбувати стіни палати, де лежать хворі, які чекають на операцію, або перенесли інфаркт, і в який колір палату, де знаходяться одужуючі хворі? Поясніть чому.

Для перших стіни і стелю палати потрібно пофарбувати в кольори голубих і зелених тонів. Ці кольори заспокоюють людину. Для других – в рожевий колір, який стимулює діє на психологічний стан хворих і сприяє їх одужанню.

36. В чому полягають відмінності між стандартним, оригінальним і революційним (“парадоксальним”) мисленням? Наведіть приклади.

Стандартне мислення не є творчим. Людина з таким типом мислення практично не аналізує, а повторює загальноновизнані положення, які не потребують осмислення. Такий тип мислення є характерним для більшості людей. Воно доступне всім.

Оригінальне мислення є творчим, але в рамках загальноновизнаних установок і понять, воно доповнює і збагачує ці установи і поняття, робить їх доступними, більш образними, привабливішими, але не змінює корінних понять про природу і явища, не міняє світогляд. Погляди, які виробляє таке мислення, сприймаються більшістю грамотних людей з достатньо розвиненим інтелектом.

Революційне мислення (“парадоксальне”) переводить рівень знань на більш високий щабель, інший за якістю і не стільки поглиблює знання, як руйнує старі уявлення і створює нові. Ці ідеї відразу доступні лише вибраним. Потрібен час, щоб основна маса людей осмислила їх, звикла до нових ідей і сприйняла їх.

Представники революційного мислення: Галілей, Ньютон, Дарвін, Маркс, Ейнштейн, Планк.

37. В чому полягає сутність установок за Д.Узнадзе? Наведіть приклади дії установок.

Психолог сучасності Д.Узнадзе сформулював і розвинув концепцію “установок”. Установка – це готовність, схильність до відпо-

відної активності, що забезпечує цілеспрямований характер діяльності відносно до якогось об'єкта або ситуації. Установка є неусвідомленим станом, котрий передує і визначає здійснення будь-якої форми психічної діяльності. Для виникнення установки необхідні дві умови: наявність потреби і відповідної ситуації для її задоволення.

Якщо у хворого є установка на видужання, курс лікування йому здебільшого допоможе. У випадку установки на отримання групи інвалідності, лікування, як правило, буде безрезультатним.

38. Що є базовою складовою частиною інтелекту: запас знань чи кмітливість? Поясніть свою думку.

Базовою складовою частиною інтелекту є кмітливість. У кмітливій людині швидше виникають і аналізуються всі види асоціацій. Саме рівень розвитку кмітливості визначає швидкість вибору варіантів рішення задачі, здатність творчого застосування уяви в процесі судження, а також широту і глибину мислення.

Сам по собі запас знань не є показником рівня інтелекту. Можна бути малограмотним, але бути мудрою людиною (мудрі сільські старі люди), а можна закінчити школу, вуз і залишитись інтелектуальним примітивом.

39. Чим відрізняється звичайна помилка судження від фанатичної впевненості в якійсь неправоті? (напр., повір'я).

Помилковість поглядів людина усвідомлює, коли їй надати переконливі докази і пояснити сутність неправоти.

Фанатична впевненість ґрунтується на установці, яка в значній мірі базується на глибинних безсвідомих процесах. Установку відкорегувати за допомогою логіки доводів дуже важко. Якщо фанатик на словах і погодиться з вами, то це буде лише формальна згода, бо в душі він буде впевнений в своїй правоті.

40. В чому полягає небезпека феномену “хвоста комети” при тестуванні дітей, підлітків і юнаків на якусь конкретну здібність?

Здібність не визначає меж задатків. У дитини можуть бути прекрасні задатки, але умови виховання не дали можливості розвинути їх до здібностей. Якщо дитині приліпити ярлик “нездібного”, то викладачі і педагоги будуть приділяти їй менше уваги. Дитина перестане належним чином розвивати свої задатки і в майбутньому досягне значно менше того, чого в дійсності могла б досягнути.

РЕКОМЕНДОВАНА ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Эксмо-Пресс, 2002.
2. Альманах психологических тестов. – М., 1995.
3. Атлас для експериментального дослідження в психічній діяльності людини. / Під ред. И. А. Полищука, А. Е. Видренко. – Київ, 1980.
4. Блейхер В. М. Клиническая психология. – Ташкент, 1976.
5. Введение в психотерапию / Под ред. С. Блоха. – Амстердам-Київ.: Сфера, 1997.
6. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. – К.: Здоров'я, 1994.
7. Вітенко І.С. Основи загальної та медичної психології. – К.: Вища школа, 1994.
8. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. – Дніпропетровськ: АРТ-Прес, 2002.
9. Годфруа Ж. Что такое психология. Пер. с фран. – М.: Мир, 1992. – Т.1,2.
10. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М., 1976.
11. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
12. Квасенко А.Б., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
13. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, Мед. издательство, 1983.
14. Кречмер Э. Медицинская психология. – СПб, Союз, 1998.
15. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. – М.: Медицина, 1984.
16. Максименко С.Д., Соловйенко В.О. Загальна психологія. – К.: МАУП, 2001.
17. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпресс, 2001.
18. Мясисhev В. Н. Психология отношений. – Воронеж, 1995.
19. Основи загальної психології. Навч. посібник / за ред. Максименко С.Д. – К., 1998.
20. Психология. Словарь. /Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1990.
21. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии в 2-х томах, М.: Педагогика, 1989.
22. Самохвалов В.П., Мельников В.А., Коробов А.А. Конспект лекций по психиатрии, психологии, психотерапии, психоанализу. – Симферополь: Сонат, 1996.
23. Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики: В 3-х выпусках. – М., 1990.
24. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. В 2-х томах. – М.: Академический проект, 2000.
25. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986.
26. Харди И. Врач, сестра, больной. – Будапешт: Академия, 1981.
27. Чабан О.С., Дегтяр В.В., Білоус С.В., Несторович Я.М., Ящук В.Т. Медсестринство в психіатрії/ за ред. Чабана О.С. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001.
28. Спеціалізовані сайти Інтернету:
 - <http://www.sfera.omsk.de/>
 - <http://www.chat.ru/~psycho/>
 - http://www.mosmed.ru/mi_resurses.asp
 - <http://www.apa.org>

Підручник

**Вітенко Іван Семенович, Чабан Олег Созонтович,
Білоус Сергій Володимирович, Несторович Ярослав Михайлович,
Яшук Василь Тимофійович, Венгер Олена Петрівна**

ОСНОВИ ЗАГАЛЬНОЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Літературний редактор *Віта Ситар*
Коректор *Леся Капкаєва*
Технічний редактор *Світлана Демчишин*
Оформлення обкладинки *Павло Кушик*
Комп'ютерна верстка *Галя Жмурко*

Підписано до друку 30.10.2003. Формат 60x84/16. Папір офсетний № 1.
Гарнітура Antiqua.

Друк офсетний. Ум. друк. арк. 20,00. Обл.-вид. арк. 16,10
Наклад 1000. Зам. № 138.

Оригінал-макет підготовлений у відділі комп'ютерної верстки
видавництва «Укрмедкнига» Тернопільської державної медичної
академії ім. І.Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано в друкарні видавництва «Укрмедкнига».

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 348 від 02.03.2001 р.