

**Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології**

РОБОЧИЙ ЗОШИТ

**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ 4 КУРСУ**

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Студент _____

Факультет _____

Курс _____ Група _____

Харків, 2019

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 5 від 23.05.2019

Медична психологія: методичні рекомендації для самостійної роботи студентів // Г.М. Кожина, І.Ф. Терьошина, К.О. Зеленська, Т.М. Радченко, Т.Ю. Красковська – 2019 р., 102 с.

Копіювання для поширення в будь-якому вигляді частини або повністю можливо тільки з дозволу авторів навчального посібника.

Тема №1. ПСИХОЛОГІЯ ЯК НАУКА. ОСОБИСТІСТЬ І ХВОРОБА. ПСИХОЛОГІЯ ХВОРОГО.

Психологія як наука

Психологія – це наука про закономірності виникнення, розвитку та проявів психіки. Психологія підрозділяється на загальну, індивідуальну та соціальну. Із загальної психології виділяють вікову, медичну, інженерну, космічну, військову та ін.

Загальна психологія – наука про закономірності формування та практичної реалізації психічних функцій (уявлення, пам'яті, уваги, мислення, емоції, афективно-волевої сфери, свідомості) в окремому та в їх взаємодії, яка складається з особистості.

Медична психологія – це галузь психології, яка вивчає закономірності функціонування психіки в умовах появи і течії захворювання, лікування хворих людей та використання психологічних факторів у лікувальних процесах, профілактичній та гігієнічній роботі медичних працівників.

Медична психологія спрямована на вирішення теоретичних та практичних завдань, пов'язаних з утвердженням та підтримкою психологічного здоров'я населення, запобігання захворюванням, діагностикою патологічних станів, психокорекційними формами впливу на процес виховання, з вирішенням питань експертиз, соціально-трудової реабілітації здорових та хворих людей, а також з вивченням психологічних особливостей професійної діяльності медичного працівника.

Основні завдання медичної психології:

1. Психологічна оцінка індивідуальних особливостей хворого, зміни його психічних функцій під впливом різних психічних і соматичних захворювань.
2. Вивчення впливу різних психічних та сомато-неврологічних захворювань на психічне середовище дітей та дорослих.
3. Оцінка ролі психічних впливів у виникненні, течії та попередженні психосоматичних захворювань, їх психопатологічних ускладнень.
4. Аналіз індивідуальних та професійних психологічних особливостей поведінки та роботи лікаря з хворими та іншими медичними працівниками.
5. Вивчення психології взаємин хворого та медичних працівників при здійсненні лікувально-діагностичного процесу.
6. Розробка принципів та методів експериментально-психологічного дослідження в клініці, методів корекції та психотерапевтичного забезпечення діагностичного та лікувального процесів.

В Україні психологія розвивається як інтегральна частина світової психологічної науки. На початок XX ст. сформовані наукові школи: Київська (Г.І. Челпанов, І.І. Сикорський, С.А. Анан'їн), Одеська (І.М. Сеченов, І.І. Мечников, М.М. Ланге, С.Л. Рубинштейн) Одним з важливих центрів розвитку експериментальної психології у 20-30 роках XX століття був Харків. Історія розвитку медичної психології також пов'язана з такими відомими вченими, як А.Р. Лурія, Л.С. Виготський, Н.О. Бернштейн,

О.В. Запорожец, А.Я. Анфімов, К.К. Платонов, О.М. Леонтьєв, В.П. Протопопов, П.І. Зінченко, Л.І. Божович та ін.

Так, Олександр Романович Лурія була засновником нейропсихології, його дослідження були присвячені проблемам локалізації вищих психічних функцій та їх порушень при ураженнях головного мозку. Лев Семенович Виготський займався проблемами розвитку психічних функцій, розробив поняття про "психологічні системи", які передбачали функціональні зв'язки між різними психічними функціями, запропонував гіпотезу про локалізацію психічних функцій як структурних одиниць головного мозку. Роботи Л.С. Виготського збагатили психіатрію, дефектологію, інші науки про людину. Микола Олексійович Бернштейн розробив методи дослідження – кімоциклографії та циклограметрії, за допомогою яких були вивчені рухи людини в нормі та рухи пацієнтів з патологією нервової системи, при застосуванні протезів кінцівок. Отримані ним результати дозволили уточнити представлення про локалізацію функцій в нервовій системі, запропонувати ефективні прийоми відновлення порушених функцій. Петро Кузьмич Анохін розробив теорію функціональних систем, яка є однією з найважливіших в психофізіології. Блюма Вульфова Зейгарник стояла у джерелах формування патопсихології, займалася розробкою культурно-історичної теорії стосовно дослідження проблем патології різних психічних процесів. Леонід Фокіч Бурлачук займався питаннями методології психологічних досліджень, принципів психіатричної діагностики, розробки концепцій рівня психічного здоров'я. Вадим Моїсеєвич Блейхер приділяв велику увагу розробці принципів патопсихологічної діагностики при різних психічних захворюваннях.

Психодіагностичне дослідження включає етапи:

- ✓ Підготовчий (постановка гіпотези, підбір методів);
- ✓ Власне експериментальний;
- ✓ Кількісної обробки даних дослідження;
- ✓ Інтерпретація отриманих даних, написання ув'язнення;

Психологічний діагноз – це виявлення прихованих причин видимого неблагополуччя (Л.Ф. Бурлачук).

У медичній психології використовуються такі методи:

- 1 - метод клінічної спрямованої бесіди,
- 2 - метод спостереження,
- 3 - експеримент,
- 4 - психодіагностичне обстеження.

Метод клінічної бесіди (інтерв'ю). Це метод отримання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени і психопатологічні симптоми, внутрішню картину хвороби і структуру проблеми пацієнта, а також спосіб психологічного впливу на людину, вироблений безпосередньо на основі особистого контакту лікаря, психолога і пацієнта.

Принципами клінічної бесіди є: однозначність, точність і доступність формулювань, адекватність, послідовність; гнучкість, неупередженість опитування, достовірність отриманої інформації.

Метод спостереження. За допомогою цього методу вивчають психічні процеси, стани і властивості у здорових і хворих людей. Вивчення психіки здійснюється в природних життєвих умовах і відрізняється від природного експерименту тим, що лікар або психолог є пасивним спостерігачем і змушений чекати, коли вдруге зможе побачити явища, які його цікавлять.

Експеримент. Експеримент відрізняється від спостереження тим, що передбачає організацію ситуації дослідження, яке дозволяє здійснити те, що неможливо в спостереженні – відносно повний контроль перемінних. Під перемінними розуміється реальність, яку можна змінювати в експериментальній ситуації. Маніпулювання перемінними – одна з важливих переваг експериментатора перед спостерігачем.

Експеримент буває 4 видів: *лабораторний, природний, констатуючий, формуючий.*

Психодіагностичне обстеження. На основі психодіагностичного дослідження перевіряють гіпотези про залежності між різними психологічними характеристиками. Виявивши їх особливості у достатній кількості досліджуваних, з'являється можливість на основі відповідних математичних процедур встановити їх взаємозв'язок.

Психодіагностика – це наука і практика встановлення психологічного діагнозу. Діагноз як основна мета діагностики – може встановлюватися на різних рівнях.

1 рівень – симптоматичний або емпіричний. На цьому рівні діагноз обмежується констатацією особливостей або симптомів (ознак).

2 рівень – етіологічний, який враховує не тільки наявність характеристик, але і причини їх виникнення.

3 рівень – рівень типологічного діагнозу, який полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик в загальній картині психічного життя людини.

Методи психодіагностики. Основними методами психодіагностики є тестування і опитування.

Тестування. Тест – це проба, завдання або система завдань, які дають можливість швидко оцінити психічний стан або рівень інтелектуального розвитку досліджуваного.

Опитуваннями називають методики, де міститься набір запитань, на які обстежуваний повинен відповісти, чи погоджується він з цим твердженням чи ні. Існують опитувальники "відкритого" типу (відповіді даються в довільній формі) і "закритого" типу (відповідь вибирають з варіантів, які представлені в опитувальнику). Крім того, розрізняють опитувальники - анкети та особистісні опитувальники.

Особистісні опитувальники для вимірювання особливостей особистості діляться на кілька груп:

- ✓ типологічні опитувальники, розроблені на основі визначення типів особистості і дозволяють віднести обстежуваних до того чи іншого типу, який відрізняється якісно своєрідними проявами;
- ✓ опитувальник рис особистості, які визначають вираженість рис – стійких особистісних ознак;
- ✓ опитувальник мотивів;
- ✓ опитувальник цінностей;
- ✓ опитувальник установок;
- ✓ опитувальники інтересів.

ОСНОВНІ ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ:

Сфера психічної діяльності	Психодіагностична методика
Сприйняття	Сенсорна збудливість Проби Ашаффенбурга, Рейхардта, Ліпмана
Пам'ять	Тест десяти слів Запам'ятовування чисел Відтворення оповідань
Увага	Таблиці Шульте Корректурная проба Лічба за Крепеліним
Мислення	Тести на класифікацію; виключення понять; аналогії; узагальнення тлумачення прислів'їв Асоціативний експеримент Піктограма
Інтелект	Тест Равена, Тест Векслера
Емоції	Тест Спілбергера Метод кольорових виборів Люшера ТАТ (тематичний аперцепційний тест) Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)
Особистість	ММРІ САН, ТРАНС Опитувальник Айзенка «Незакінчені речення» Методика самооцінки Дембо - Рубінштейна

Одним з найважливіших в медичній психології є поняття про психічне здоров'я. Відповідно до Статуту ВООЗ, **здоров'я** визначають як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів.

Виділяють складові здоров'я:

- 1) фізична (фізична активність, фізичне благополуччя, фізичні обмеження);
- 2) психічна (психічне благополуччя, контроль поведінки і емоційних реакцій, функціонування когнітивних процесів);
- 3) соціальна (міжособистісне спілкування);
- 4) рольова (свобода у виконанні звичайних ролей вдома, на роботі);
- 5) загальна самооцінка здоров'я.

Описано три взаємопов'язані аспекти здоров'я – **соматичний, психічний і духовний**, які засновані на відповідних рівнях особистості, врахування яких необхідне для правильного планування валеологічних заходів.

Духовний (моральний) аспект здоров'я – це мотивація здорового способу життя, установка на довге і повноцінне життя, відсутність утриманського відношення до медицини, самостійна активність у формуванні та зміцненні власного здоров'я, дбайливе ставлення до життя і здоров'ю інших.

Під психічним здоров'ям розуміють:

- a) відсутність виражених психічних розладів;
- b) певний резерв сил людини, завдяки якому він може подолати несподівані стреси, труднощі, що виникають у виняткових обставинах;
- c) стан рівноваги між людиною і навколишнім світом, гармонії між ним і суспільством, співіснування уявлень окремої людини з уявленнями інших людей про "об'єктивної реальності".

Психічне здоров'я – це відсутність психічного захворювання, нормальний психічний розвиток і сприятливий функціональний стан верхніх відділів центральної нервової системи. Для дітей – це наявність нормальних здібностей до оволодіння знаннями і вміннями, можливостей виконання всіх вимог шкільного життя, дотримання норм поведінки у взаєминах з однолітками і педагогами. Нормальний розвиток – гармонійний, що відповідає віку, з нормальним функціональним станом і нормальної розумової працездатністю, з позитивним емоційним станом.

Загальновизнаним є виділення 5 груп здоров'я:

1. Здорові з нормальним розвитком і нормальним рівнем функцій.
2. Здорові, але мають функціональні або деякі морфологічні відхилення, а також знижену опірність до гострих і хронічних захворювань.
3. Хворі хронічними хворобами в стані компенсації з збереженими функціональними можливостями організму.
4. Хворі з хронічними хворобами в стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями.
5. Хворі з хронічними хворобами в стані декомпенсації зі значно зниженими функціональними можливостями організму.

Важливим у медичній психології є поняття про психологічну адаптацію людини. Виділяють кілька типів адаптаційних станів:

1. *Стан «фізіологічної адаптації»* – нормальне існування людини в мінливих умовах середовища при оптимальному режимі всіх функціональних систем.

2. *Стан «напруженої адаптації»* – при виникненні необхідності перебудови, зміни існуючих параметрів діяльності, що вимагають певної напруги у роботі відповідних функціональних систем.

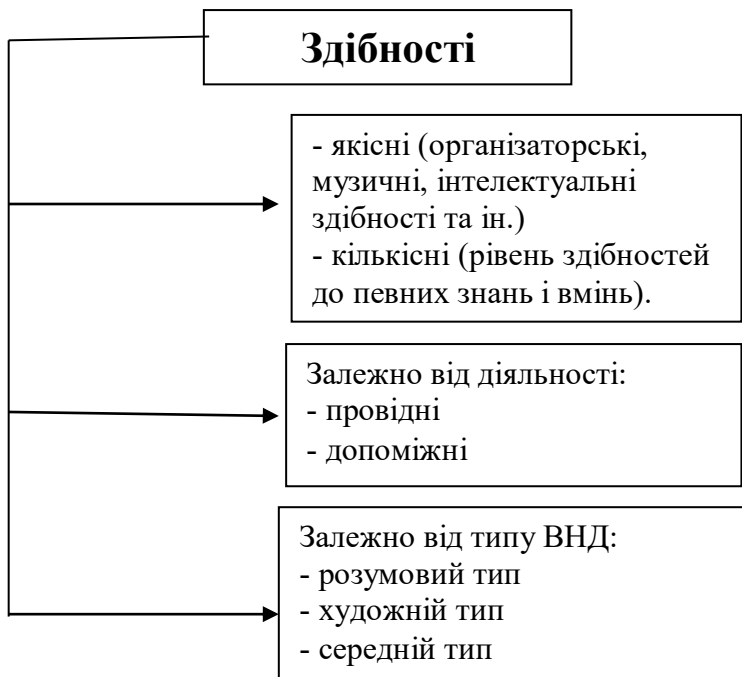
3. *Стан «патологічної адаптації»*, що настає при перевищенні резервних можливостей організму, яке може привести до повного виснаження адаптаційних механізмів і розвитку дезадаптації.

Особистість і хвороба

Особистість у вузькому значенні – рівень «інтегральної індивідуальності», на якому здійснюються основні життєві вибори, приймаються рішення. Це індивідуальна сукупність властивостей людини (інтелектуальних, емоційних, вольових, морально - етичних та ін.), особливостей його психічних процесів, які утворюють стійку єдність і детерміновані соціальним середовищем. Особистість – це сукупність вроджених і набутих психічних рис, характерних для даного індивіда, і які визначають унікальність і неповторність цього індивіда.



У сферу індивідуально-психологічних особливостей особистості включають здібності, темперамент і характер особистості.



Під **темпераментом** розуміють такі вроджені індивідуальні властивості психіки, які визначають динаміку психічної діяльності людини, однаково виявляються в різноманітній діяльності незалежно від її змісту, цілей, мотивів і залишаються постійними в зрілому віці.

Темпераменти вперше були описані лікарями давнини Галеном і Гіппократом. Вони розділили всіх людей на чотири типи темпераменту: холерик, сангвінік, флегматик, меланхолік, що характеризуються наступними психологічними особливостями:

➤ *Сангвінік* – екстраверт, живий, рухливий, прагне до частої зміни вражень, сильний, швидко реагує на події навколо себе, порівняно легко переживає невдачі і неприємності. Сангвінік – людина гаряча, дуже продуктивна, але тільки тоді, коли справа їй цікава.

➤ *Флегматик* – інтроверт, повільний, незворушний, зі стійкими прагненнями і настроєм, зовні слабо висловлює свої переживання, спокійний і врівноважений, в справах наполегливий, впорядкований в роботі і поведінці. Його повільність компенсується старанністю в справах.

➤ *Холерик* – екстраверт, швидкий, поривчастий, здатний віддаватися справі з винятковою пристрасстю, але неврагнноважений, схильний до бурхливих емоційних спалахів, різких змін настрою. Захопившись якою-небудь справою, він марнотратно витрачає сили і дуже швидко виснажується.

➤ *Меланхолік* – інтроверт, легко ранимий, глибоко переживає навіть незначні події, відрізняється підвищеною вразливістю і легкою емоційною вразливістю.

Темперамент передбачає індивідуальний стиль діяльності, тобто індивідуальну систему прийомів і способів дії, яка притаманна для даної людини і індивідуально доцільна. **Характер** – це сукупність індивідуальних психічних властивостей, які виявляються в типових для даної особистості

способах діяльності та визначаються відносинами особистості до цих обставин.

Виділяють чотири системи властивостей характеру, які виражаються у:

- ✓ ставленні до колективу та окремих людей (доброта, чуйність, вимогливість, зрозумілість та ін.);
- ✓ ставленні до роботи (працьовитість, лень, сумлінність, відповідальність або безвідповідальність та ін.);
- ✓ ставленні до речей (акуратність або неохайність, дбайливе або недбале поводження з речами та ін.);
- ✓ відношенні до самого себе (самолюбство, честолюбство, марнославство, гордість, зарозумілість, скромність та ін.).

До індивідуальних особливостей характеру відносять ступінь цілісності і глибини його властивостей, активність і силу характеру, стійкість або мінливість переконань, пластичність та ін. Формування характеру відбувається на базі типів ВНД (темпераменту) під впливом умов виховання і навчання, особливо в сім'ї.

Поряд з нормальними (соціально адаптованими) виділяють акцентовані і аномальні особистості. До **акцентованих особистостей** відносять НЕ патологічні, а крайні варіанти норми, приховане або помітне надмірне посилення окремих рис характеру, яке створює підвищену чутливість до певних психічних впливів при відносній стійкості до інших, що найбільш чітко виявляється в екстремальних, емоційно-стресових ситуаціях.

Типи акцентованої особистості за К. Леонгардом	Типи акцентованої особистості за А.Є. Лічко
Лабільний	Лабільний циклоїд
Надрухливий Емотивний	Лабільний
Демонстративний	Істероїдний
Надпунктуальний	Психастенічний
Рігідно-афективний Некерований	Епілептоїдний
Інтравертний	Шизоїдний
Боязливий	Сенситивний
Неконцентований або неврастенічний	Астено-невротичний
Екстравертний	Конформний
Слабовольний	Нестійкий
	Гіпертимний
	Циклоїдний

Психопатії – виражені характерологічні порушення, які проявляються тотальною патологічністю характеру, що призводить до соціальної дезадаптації (основна ознака психопатії).

Психопатичний розвиток відбувається під впливом довготривало діючих психогенних факторів. Психопатизація особистості – деформація характеру внаслідок якого-небудь хворобливого процесу (наприклад, при алкоголізації, наркоманії).

Психологія хворого

Індивідуально-психологічні особливості особистості відіграють суттєву роль у виникненні захворювання, зумовлюють особливості його перебігу, визначають розвиток (прогноз) і успіх лікувальних впливів.

Внутрішня картина хвороби – (англ. Internal image of disorder, autogenic image of disorder) - відображення в психіці хворого своєї хвороби. Поняття внутрішня картина хвороби введено в клінічну медицину терапевтом А.Р. Лурія (1944).

Найбільш поширеними методами дослідження внутрішньої картини хвороби є клінічна бесіда і спеціальні опитувальники. Вона має такі сфери: сензитивна, емоційна, волева, раціонально-інформативна.

Всі особливості свідомості хвороби можна розділити на 2 групи:

- ✓ звичайні форми представляють собою лише особливості психології хворого, який потребує лише в розумному повсякденному щадному підході лікаря;

- ✓ стану усвідомлення хвороби, що супроводжуються аномальними реакціями на неї, доповнюють і ускладнюють клінічну картину самої хвороби.

Ставлення хворого до свого захворювання може бути наступним:

1. Гармонічним, тобто відповідним стану хворого або того, що було повідомлено йому про захворювання.

2. Зневажливим, якщо хворий недооцінює серйозність захворювання, не лікується і не береже себе, щодо прогнозу хвороби проявляє необґрунтований оптимізм.

3. Анозогностичним, якщо хворий «не звертає уваги на хворобу», не звертається до лікаря, відганяє від себе думки про хворобу і міркування про неї. Так само як диссимуляція.

4. Нозофобним, якщо хворий непропорційно боїться хвороби, повторно обстежується, змінює лікарів. Хворий в більшій чи меншій мірі розуміє, що його побоювання перебільшені, але не може подолати їх.

5. Іпохондричним, якщо хворий здогадується або переконаний в тому, що він страждає на важке захворювання або якщо він переоцінює серйозність менш важкої хвороби.

6. Нозофільним, пов'язаним з певним заспокоєнням і приємними відчуттями при хворобі. Воно впливає з того, що хворі не повинні виконувати свої обов'язки, діти можуть грати і мріяти, дорослі – читати або займатися яким-небудь улюбленою справою. Сім'я уважна до хворого і більше піклується про нього.

7. Утилітарним, що є вищим проявом нозофільної реакції. Воно може мати потрійне мотивування:

- а) отримання співчуття, уваги і кращого обстеження;
- б) вихід з неприємної ситуації, як, наприклад, військова служба, ненависна робота, обов'язок платити аліменти;
- в) отримання матеріальних вигод: пенсія, відпустка, вільний час, який можна використовувати економічно вигідно.

З цієї точки зору ми розрізняємо такі типи реакцій:

Агресія – перебільшення ознак захворювання і суб'єктивних скарг.

Симуляція – це уявлення, за допомогою якого прагнуть створити враження про наявність хвороби та її ознак.

Диссимуляція – це приховування хвороби і її ознак.

Госпіталізм (лат. Hospitalis - гостинний; госпіталь - лікувальний заклад) – сукупність психічних і соматичних розладів, обумовлених тривалим перебуванням людини в лікарняному стаціонарі у відриві від близьких людей і домівки, характеризується соціальною дезадаптацією, втратою інтересу до праці і трудових навичок, зменшенням і погіршенням контактів з оточуючими, тенденцією до хроніфікації захворювання.

У структурі ВКХ можна виділити два основних моменти:

- ✓ симптом хвороби, як первинну реакцію організму на зовнішню і (або) внутрішню зміну, що порушує гомеостаз;
- ✓ психологічний захист від симптому, як вторинну реакцію, спрямовану на мінімізацію негативних переживань, пов'язаних з конфліктами, які ставлять під загрозу цілісність особистості.

Преморбідні особливості, преморбідний стан – (від лат. Prae - перед і morbus - хвороба) (передхвороба) стан організму, що передуює розвитку хвороби.

Класифікація ставлення до хвороби в залежності від особливостей особистості хворого:

- ✓ Астено - депресивний, психастенический, іпохондричний, істеричний і ейфорично - анозогностичний.
- ✓ Психастенія – хворобливий розлад психіки, що характеризується крайньою нерішучістю, боязкістю, схильністю до нав'язливих ідей.
- ✓ Ейфоричний – анозогностичне ставлення до захворювання – тип відносини, при якому не тільки заперечується хвороба, але і настрої пацієнтів виявляється необґрунтовано піднесеним.

Класифікація за рівнями активності особистості в її протидії захворюванню або її посиленню: пасивне страждання, активно-позитивне (відхід у хворобу), заперечення наявності захворювання, спокійно-вичікувальне ставлення, активна протидія недугу, який розвивається.

Кожна хвороба, окрім типових для неї клінічних проявів завжди супроводжується великими або меншими змінам психіки хворого. Будь-яка хвороба, навіть якщо вона не супроводжується органічними порушеннями в головному мозку, впливає на психіку хворого. Клініка психічних змін визначається з одного боку особливостями захворювання, а з іншою психологічною характеристикою хворого.

Психологічні особливості хворих в хірургічних клініках

У цій спеціальності великої досконалості досягла техніка, як в сенсі власне хірургічних втручань, так і в сенсі апаратури. Зосередження уваги хірургів на техніці операції і її технічному забезпеченні інколи призводить до недостатньої оцінки психологічного стану пацієнтів. У ряді випадків створюється холодна, безліка атмосфера, в якій хворий не відчуває себе добре. При великій текучості хворих і поспіху, що обумовлений невідкладністю роботи, не завжди можливо розвинути психологічні стосунки між медичним персоналом і хворим. Причому хворі часто вважають хірурга якимсь ідеалом лікаря – він приносить допомогу швидким енергійним втручанням, яке вони пасивно приймають. У самому хірургічному середовищі, в поведінці хірургів, в популяризації видатних досягнень сучасної хірургії є певні магічні риси – можна говорити про одну з форм магії теперішнього часу. У хірургії хворого більш, ніж в якій-небудь іншій спеціальності, відданий у владу лікаря, особливо в стані наркозу і протягом операції. Психічні потрясіння, що переживаються хворим за цих обставин, часто ведуть до того, що хворий при розмові з лікарем перед операцією повідомляє часто про приховувані їм життєві проблеми.

Значну психічну травматизацію для хворих несуть хірургічні втручання, що калічать, такі як ампутація кінцівок, у жінок – ампутація грудей при раку молочної залози, забезпечення кишкової прохідності при раку кишечника, резекції частини шлунку при рецидивах виразкової хвороби та ін. Суб'єктивні переживання і відношення хворого до власного фізичного стану часто має для його подальшого особистого життя і роботи набагато більше значення, чим величина органічної поразки.

Інколи хворі відмовляються від операції. Найчастіше причинами відмови бувають наступні:

- ✓ Хворого налякали інші хворі, які пережили подібне втручання, і, розповідаючи про неприємності, які вони «героїчно перенесли», хочуть бути у центрі уваги і викликати здивування.
- ✓ Подібна операція заподіяла знайомому або родичеві хворого тяжкі наслідки, деформації або навіть смерть.
- ✓ Хворий недооцінює і навіть заперечує свою хворобу або по легковажності або для того, щоб уникнути побоювань і турбот.
- ✓ Хворий на все в житті реагує страхом і побоюваннями. Часто йдеться про психопатичних і невротичних суб'єктів.
- ✓ Неприємні власні враження від минулих операцій, наприклад, боязнь наркозу, при якому багато переживають виражений страх від відчуття «падіння в бездонну прірву».

Важливим етапом є підготовка до операції. Хірургові необхідно виявити зацікавленість і привітність, встановити, що означає для життя і майбутнього хворого хвороба і операція, поважно вислухати його побоювання і бажання. Деякі хворі бояться несвідомого стану викликаного наркозом і безпорадності при ньому, відчувають страх, що не прокинуться

або задихнуться, що відкриють свої таємниці або «говоритимуть нісенітниці», виглядатимуть смішними. Такі настрої інколи підсилюють інші хворі, розповідаючи про свої враження, які вони пережили. Деякі хворі невинувато говорять про те, що на них «наркоз не подіяв», що вони були оперовані «при повній свідомості». Інколи по непоінформованості вони приймають локальну або лямбальну анестезію за загальний наркоз.

У початковій стадії наркозу хворі відрізняються підвищеною сприйнятливостю до виразів персоналу, які їм западають в пам'ять, але інколи сприймаються ними ілюзорно і згадуються спотворено після пробудження, так що може розвинутися психічна ятрогенія, в якій персонал не буде винен. Тому необхідно звести до мінімуму в цей період словесний контакт між медичним персоналом і протягом операції. При пробудженні хворі відрізняються підвищеною чутливістю до сенсорних подразників, таких як шум, різке освітлення, нюхові подразники, які можуть викликати нудоту і блювоту. Необхідно враховувати це при підготовці приміщення, в якому знаходитиметься хворий при пробудженні після наркозу.

Операція є джерелом напруги для хворих оскільки вона пов'язана з чеканням її результату, інколи хворих травмують відкладанням і зміною терміну операції. І хоча після операції хворі в більшості випадків не знають про її наслідки, вони переживають почуття полегшення, що «це вже у минулому», що вони «знов повернулися до життя», «уникнули смертельної небезпеки». Це може мати сприятливий вплив на дію хірургічного плацебо, особливо у хворих з неоперабельними пухлинами. Проте, у більшості випадків відчуття полегшення у таких хворих буває короточасним і воно змінюється посиленням симптомів, що є результатом як самої хвороби, так і післяопераційного ослаблення організму. Якщо хвороба розвивається далі в гіршу сторону, хворі невинувато приписують це операції: «Всьому виною операція», «не треба було погоджуватися на операцію».

Післяопераційну течію утруднюють наступні обставини: поганий контакт хворого з персоналом; нездатність хворого висловити свій стан; несприятливі життєві і родинні ситуації, які можуть ускладнити результати операції; погана пристосованість хворого, його емоційна незрілість, слабкий або неврівноважений тип темпераменту, невротичні риси характеру.

Літні люди гірше пристосовуються до змін, більше бояться смерті. Рани у них гояться повільно, у них частіше розвиваються і триваліше зберігаються післяопераційні ускладнення (25 % літніх осіб після операції мають ускладнення). Спостерігаються у них також мозкові розлади з поразкою кровообігу і обміну речовин. Вони більше сумують по відвідувачах, яких слід до них пускати. Оскільки вони дуже звикають до своїх речей, слід сестрі домовитися з родичами хворого, які предмети необхідно принести хворому, що відноситься, наприклад, до окулярів, слухових апаратів. Не дивлячись на строгі вимоги гігієнічного режиму в хірургічному відділенні за бажання можна ці вимоги задовольнити.

Пластична хірургія: у цій спеціальності можна виділити дві області психологічної проблематики, хоча і різні по мірі важливості, але для лікаря

однаково трудомісткі і складні. З об'єктивного боку серйознішими є ті стани, коли хірург виправляє результати важких травм і опіків і повинен при спільній роботі з персоналом або з психологом підготувати хворого до раптової психічної травми, наприклад, до першого погляду в дзеркало після пластичних операцій на обличчі. Не дивлячись на те, що особа після пластичних операцій естетично виглядає кращою в порівнянні з тим станом, який був після травми або опіку, хворий порівнює свій вигляд з тим, який був перед травмою або опіком, і буває розчарований і приголомшений.

Інша область проблем відноситься до операцій швидше косметичного характеру, коли незадоволеність своїм зовнішнім виглядом носить виключно суб'єктивний характер. Наприклад, клієнтка не бажає мати носа «картоплею» або «дуже кирпоносий» і наполегливо вимагає, аби хірурги виправили їй цей недолік. Задоволення цієї вимоги, якщо воно має під собою дуже суб'єктивне мотивування і супроводжується екзальтованою, істеричною поведінкою, таїть в собі певну небезпеку, оскільки можливо, що такий хворий не виявиться задоволеним виправленням дефекту і вимагатиме наступних операцій.

У таких хворих інколи їх «порок» є суб'єктивним внутрішнім виправданням їх життєвих невдач, наприклад, еротичних. Вони потім переносять на хірургів «провину» за свої проблеми і прагнуть покарати їх. В даному випадку йдеться про виражені типові екстрапунітивні реакції на фрустрацію.

Травматологія: лікарям травматологам слід враховувати, що відношення до травми і надання допомоги при ній змінюється залежно від того, чи заважає травма деяким інтересам і вимогам людини, що отримала травму або полегшує їх. Наприклад, як правило, спортсмени з невеликими травмами не звертаються до лікаря. Особи, що отримали травму при такій ситуації, яку вони хотіли б приховати від інших, наприклад, діти, які побилися і бояться покарання, дорослі, що увійшли до конфлікту з органами міліції, приховують свою травму і тим самим уникають реєстрації. Мотивація в період здобуття травми робить вплив і на трофічні процеси, на загоєння ран.

Значним психологічним завданням медичного персоналу є залучення хворого, що отримав травму, до активної реабілітації, бо лише в такому разі можна чекати сприятливого результату.

Ортопедія: виражені деформації тіла роблять вплив на розвиток особи. Розвивається відчуття власної неповноцінності, інколи злість, уїдливість і вороже упередження по відношенню до здорових. Такий розвиток спостерігається в осіб із сколіозом; вони бувають нелюдимими, похмурими, уникають суспільства, не ходять на танці, не ходять купатися, особливо дівчата. Інколи деякі дуже високі молоді люди вимагають укоротити їм кінцівки для того, щоб вони легше могли знайти партнера. Відношення до ортопедичного дефекту часто буває дисгармонійним: деякі особи прагнуть приховати свій дефект і уникають і таких видів діяльності, які вони могли б робити і які були б їм корисні, наприклад, плавання. Інші особи, навпаки

схиляються до гіперкомпенсації, намагаються порівнятися із здоровими особами, і навіть обігнати їх в спорті, туризмі або в танцях. Деякі прагнуть отримати з дефекту користь, наприклад, добитися встановлення пенсії. Можлива агравація тут розпізнається нелегко, оскільки в таких випадках невиразно переплітається органічна і функціональна психогенна симптоматика. Інколи хворі на підставі своїх уявлень про «право на здоров'я» вимагають складних операцій, від яких чекають виконання нереальних вимог.

Психологічні особливості роботи лікарів-стоматологів.

У стоматології на першому місці стоїть біль, яка зазвичай і приводить хворого до лікаря. Тут виникає порочне коло: страх перед болем наводить до того, що хворі не лікують невеликі каріозні процеси, а процеси, що викликають біль, як правило, вимагають обширніших і хворобливіших втручань. При наданні допомоги стоматолог зазвичай зважає на те, що чутливість до болю різна в різних вікових категоріях; цьому сприяє також і рефракція пульпи, що настає з віком. Але треба враховувати, що існують і індивідуальні відмінності в чутливості до болю, викликані або природженими, або придбаними причинами. Надчутливих хворих, в яких не вдається зменшити біль звичайними методами лікування, необхідно лікувати поступово, приймати їх повторно і використовувати всі доступні засоби для зменшення хворобливості. Якщо лікар повинен заподіяти біль, то він зобов'язаний діяти швидко, без коливань, оскільки невпевненість уповільнює маніпуляцію, знижує якість і тим самим заподіює шкоду хворому. Доречно показати хворому, що лікар розуміє і повною мірою оцінює його біль, але не слід виражати хворому надмірного співчуття, коли лікар, що надає допомогу, власне сам і заподіює цей біль. Страх хворого перед лікуванням і боязнь болю значною мірою ускладнюють роботу стоматолога. Тому в деяких випадках виявляється необхідною спільна робота стоматолога з психотерапевтом і з психіатром. Біль і страх можуть зменшити як психотерапія, так і деякі психофармакологічні засоби.

Значне психічне напруження у великої кількості осіб викликає видалення зубів і підготовка до нього. Досвідчений стоматолог іноді може призвести екстракцію так спритно, що хворий, що готовий до великих мук, буває дуже здивований. Не слід показувати хворому закривавлений витягнутий зуб, затиснутий в лещатах, так як при цьому створюються марні негативні асоціації на майбутнє. Перед екстракцією або в процесі її у деяких хворих спостерігається аномальна реакція страху або напад істеричного типу. Істеричний напад необхідно з упевненістю відрізнити від колапсу і від слабого епілептичного нападу. При наданні допомоги хворому можна рекомендувати лікарю-стоматологу сигналізувати сестрі свої вимоги жестами, щоб уникнути застосування неприємно діючих на хворого технічних термінів, наприклад, «нижньощелепні кліщі!».

Зубні протези хворі вимагають з різних причин: найчастіше – це прагнення до поліпшення функції щелеп, нерідко має місце і естетична

мотивація, особливо у жінок. Великі психічні проблеми виникають при знятті протезів, які безперервно нагадують хворому про його вік, про зв'язок його стану з віком і про інші обставини. Тотальні протези змінюють вираз обличчя, тому хворий не завжди буде задоволений протезом, навіть якщо в функціональному відношенні він буває гарним. Для позначення звикання хворого до протезу, прижився термін «психічна інкорпорація протеза». Найбільш вираженим доказом досконалої інкорпорації протеза вважається той факт, коли хворий шукає свої зуби і знаходить їх, нарешті, у себе в роті. Людина, соромиться свого протеза, уникає знайомих і друзів. Зуби символічно мають значення агресивності, успіху в суспільстві і в еротичі; звідси депресія і почуття власної неповноцінності при їх дефектах.

Діти з аномаліями зубів страждають порушеннями мови і можуть відрізнятися від інших зовнішнім виглядом і виразом обличчя – виглядають «дурними». Вони страждають від глузувань навколишніх і реагують на них відмітним способом: у них проявляється почуття власної неповноцінності або агресивність, іноді вони беруть на себе роль «клоуна в класі». Для того, щоб компенсувати дитині ці труднощі в дитячому колективі і в школі, батьки іноді надмірно захвалюють і переоцінюють здібності і талановитість своєї дитини, що в майбутньому може привести до розчарувань.

Психологічний фактор пов'язаний також з причинами карієсу зубів і його ускладненнями. Карієс зубів частіше зустрічається в тих країнах, де є найбільше споживання цукру і солодоців. Вирішальне значення належить способу харчування дітей, а останній залежить, головним чином від батьків, від того, якою мірою вони дозволяють дітям їсти солодоці, особливо ввечері перед сном. Батьки, бабусі і дідусі бувають в цьому відношенні непринциповими, навіть якщо вони і знають все про правильне харчування дитини. Тут діє мотивування: «дати дитині те, чого не могли собі дозволити ми», прагнення утримати цим симпатії дітей, іноді також цим намагаються придушити докори сумління в тому, що мало приділяють уваги дітям. У деяких дітей і у дорослих солодоці стають компенсатором заспокоєння при особистих неприємностях, невдачах і при нестачі мети і сенсу в житті.

При гінгівіті іноді відзначаються депресії і апатії при необережному повідомленні про прогноз цього хронічного захворювання. При запаленні слизової оболонки порожнини рота і мови іноді розвивається канцерофобія, як і при лейкоплакії. Неприємним буває також запах з рота, як у суспільстві, так і при контакті людей один з одним.

Середовище, де відбувається надання стоматологічної допомоги, повинна відповідати вимогам деонтології і психопрофілактики. Кімната очікування повинна мати приємний, як можна менше лікарняний характер, повинна бути забезпечена журналами. Плакати на санітарно-освітні теми не користуються увагою хворих, які перебувають в кімнаті очікуванні і відчують страх і напруженість. У кабінеті лікаря доречно якомога більше обмежити специфічні стоматологічні елементи, такі, як, наприклад, біле забарвлення, «виставка інструментів», з якими хворий пов'язує ряд можливих

переживань. Неприємне дію має і ряд крісел, поставлених близько один від одного - це нагадує конвеєр.

Психологічні особливості сліпих

У дитинстві незрячих дітей батьки намагаються надмірно опікати, створюючи для них щадну обстановку, захищають їх від труднощів, сковують їх ініціативу. Це призводить до розвитку таких рис, як боязкість, нерішучість, плаксивість, схильність до фантазування, відхід від дитячого колективу.

Початок навчання в школі нерідко супроводжується невротичними реакціями, настороженістю, уразливістю, безпорадністю.

У сліпих формуються надцінні ідеї ущербності, вони погано почувають себе серед зрячих, вимушене перебування в такому колективі викликає аутичні тенденції.

Зі сліпотою, що виникла раптово, наприклад, після травми, психічно легше справляються молоді особи до 20-30 років, ніж особи середнього та похилого віку. Останні постійно сподіваються на якусь зміну, на якесь нове наукове відкриття. Складні психічні проблеми виникають у подружніх пар, де сліпота обох подружжя обумовлена генетично. Вони стосуються питання: мати або не мати дітей, очікування, що діти теж будуть сліпими, і всіх подальших наслідків цього, наприклад, важке виховання дітей сліпих, допомога здорових дітей сліпим батькам і що впливає звідси залежність батьків від дітей.

Психологічні особливості тугоухих і глухих

Особистісні реакції на зниження або втрату слуху поліморфні. Слуховий апарат має велике значення в житті людини. Глухота, що розвивається, викликає хворобливі переживання з приводу своєї неповноцінності, з'являється дратівливість, образливість, утруднення в спілкуванні, недовірливість, насторожливність, підозрілість. Через труднощі контактів з оточуючими можуть розвинутися ідеї відносини, хворі думають, що оточуючі їх засуджують, сміються над ними. Лікування таких хворих в соматичних стаціонарах викликає великі труднощі. Хворий намагається вслухатися в те, що говорять лікарі і «чує» щось найстрашніше про свою хворобу. Тугоухі зазвичай приховують свій недолік від інших хворих і соромляться сказати в палаті, що вони чогось не зрозуміли. Лікар повинен проводити з спеціальну бесіду, щоб розсіяти їх підозри і побоювання.

Психологічні особливості хворих з ушкодженнями обличчя

Особа людини визначає те враження, яке він справляє на інших людей, а також сприяє створенню уявлення про самого себе. Міміка визначає емоційний стан людини. Естетичний критерій щодо свого тіла притаманний кожній людині, але він особливо значущий щодо особи. Люди зі спотвореним обличчям помічають цікаві, а часом глузливі погляди оточуючих, тому вони стають надчуттєвими, підозрілими, образливими.

Вони нерідко бояться виходити на вулицю, зустрічатися з людьми, які знали їх раніше. Деякі їдуть і починають жити в тих місцях, де вони раніше не бували.

Правильний психотерапевтичний підхід може значно полегшити страждання такого хворого, допомогти створити йому нову життєву домінанту.

Контрольні питання:

1. Що вивчає медична психологія?

2. Перерахуйте методи, які використовуються у медичній психології?

3. Що таке психічне здоров'я?

4. Перерахуйте групи здоров'я.

5. Дайте визначення поняттям темперамент, характер, здібності.

6. Дайте визначення психопатії.

7. Перерахуйте яким може бути відношення до своєї хвороби.

Тестові завдання:

1. Метод спостереження включає:

- A. Активне втручання психолога в спостережувані події
- B. Взаємодія з обстежуваних
- C. Відстеження змін, що відбуваються
- D. Повний контроль за подіями
- E. Жодне не підходить

2. Методику «Коректурна проба» використовують для дослідження:

- A. Відчуттів і сприйняття
- B. Пам'яті
- C. Уваги
- D. Мислення
- E. Психологічних властивостей особистості

3. Типовою психологічною реакцією на повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції є

- A. Передопераційна туга
- B. Передопераційний стрес
- C. Передопераційна фрустрація
- D. Предоперационная тривога
- E. Передопераційна дисфорія

4. Психологічною особливістю хворих, що страждають приглухуватістю, є

- A. Примхливість
- B. Вразливість і підвищена тривожність
- C. Непосидючість і розгальмованість
- D. Страх і замкнутість
- E. Емоційна лабільність

Ситуаційні завдання:

1. Хвора Т. захворіла у віці 48 років. Спостерігалось наростаюче зниження пам'яті, хвора втрачала або не знаходила різні речі. Відчувала труднощі в рахунку грошей. Поступово наростала безпорадність, не могла самостійно митися й одягатися. Втратила здатність самостійно харчуватися: не знала, куди подіти ложку. При спробі щось написати зображувала безладні каракулі. Які психодіагностичні методи слід застосувати для обстеження в даному випадку в першу чергу?

2. Асистент кафедри внутрішніх хвороб, демонструючи на занятті зі студентами тематичного хворого, намагається встановити контакт з пацієнтом, підкреслює поважне ставлення до нього. Який розділ психології вивчає даний аспект діяльності викладача медичного університету.

3. При обстеженні абітурієнта військового ВНЗ виникли підозри у недостатньому рівні його інтелекту. Які методи можуть допомогти в оцінці його інтелектуального рівня.

Тема №2. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХІЧНИХ СФЕР. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ.

Психологічні аспекти психічних сфер

Виділяють три основних сфери психічної діяльності: пізнавальну, емоційну і ефекторно-вольову (рухово-вольову). Пізнавальна діяльність представлена процесами сприйняття, пам'яті, мислення, інтелекту.

Відчуття і сприйняття (в цілому, сенсорна сфера, перцепція) є початковим етапом, першим ступенем пізнавальної діяльності людини.

У стані стомлення, хвилювання, під впливом сильного шуму і інших зовнішніх несприятливих впливів фізіологічні функції аналізаторів і загальний психофізіологічний стан можуть змінюватися, в результаті чого спостерігається притуплення, обмани і помилки сприйняття з помилковими діями.

Відчуття – це найпростіший психологічний акт, за допомогою якого відображаються окремі властивості предметів і явищ зовнішнього світу і внутрішнього стану організму, які безпосередньо впливають на аналізатори (органи чуття) людини.

Фізіологічною основою відчуттів є діяльність аналізаторів, які складаються з:

- рецепторів, які беруть подразник;
- проводять до центрових нервових шляхів, що передають сигнали у відповідні відділи мозку;
- центральних коркових відділів аналізаторів, переробних інформацію, що надходить.

Відчуття відображають:

- основні зовнішні ознаки предметів і явищ;
- стану внутрішніх органів.

Види відчуттів:

1. Екстерорецептивні (відображають властивості предметів і явищ зовнішнього середовища): зорові, нюхові, смакові, слухові, температурні, тактильні;

2. Інтерорецептивні (відображають стан внутрішніх органів): відчуття болю, відчуття рівноваги, відчуття прискорення;

3. Пропріорецептивні (відображають рух нашого тіла): м'язово - рухові.

У клінічній практиці, коли у хворих знижується або повністю зникає чутливість в одному або декількох аналізаторах, важливого значення набуває така властивість відчуттів, як **сенсibiliзація**, тобто компенсаторне підвищення чутливості в результаті взаємодії аналізаторів. Так, втрата зору або слуху певною мірою компенсується розвитком інших видів чутливості (дотикового, нюхового, вібраційного і ін.).

Серед відчуттів особливе місце займає **біль** – *суб'єктивно тяжке, часом нестерпне, відчуття, що виникає в результаті дії дуже сильних і руйнівних подразників*. Больові відчуття узагальнюються й переробляються другою сигнальною системою, тому скарги хворого є для лікаря одним з

показників патологічного процесу, його характеру і місця ураження. У ставленні до болю мають значення суспільно-моральна установка особистості, свідомий і організований характер поведінки.

Біль попереджає про небезпеку, яка загрожує людині. Переживання болю людиною залежить від багатьох факторів: відволікання або концентрація уваги на болі, очікування болю, емоційний стан, особливості особистості, суспільно-моральні установки. Лікар повинен це враховувати і прагнути створювати для хворого умови, які сприяють ослабленню больового відчуття. Дуже важливо вміти навіюванням зменшити біль у пацієнта.

Індивідуальна система психологічних параметрів відчуттів називається сенсорною організацією організму.

Однією з необхідних умов нормальної психічної діяльності людини є відомий мінімум подразників, які надходять в мозок від органів чуття. Якщо людина не отримує необхідної кількості подразників у зв'язку з патологією органів відчуттів, то він засинає або занурюється в забуття і нічого з того, що відбувалося з ним в цей проміжок часу, не пам'ятає.

В умовах сенсорної ізоляції у людини можуть виникати незвичайні психічні стани, які спочатку мають функціональний, оборотний характер. За умови значного збільшення терміну ізоляції ці функціональні зміни переходять в патологічні – виникають психічні захворювання (неврози і психози).

Сприйняття – психічний процес, який складається в цілісному відображенні предметів і явищ навколишнього світу при їх безпосередньому впливі на органи відчуттів, який синтезується з минулим практичним досвідом людини (уявленням) в одне ціле. А не відображення окремих властивостей предметів і явищ.

Але сприйняття – це **не сума відчуттів**, а складна робота межаналізаторних зв'язків.

Фізіологічні основи сприйняття. Сприйняття викликається діючими одночасно комплексними подразниками, здійснюється одночасною і узгодженою діяльністю декількох аналізаторів і протікає за участю асоціативних відділів кори головного мозку і центрів мови.

Уявлення – поживавлення образів, сприйнятих у минулому, сліди колишніх відчуттів і сприйняття. На відміну від сприйняття уявлення носять більш узагальнений характер, мають у різних людей неоднаковий ступінь яскравості, вони фрагментарні, не проєктуються у зовнішній простір, а виникають в суб'єктивному світі людини. Крім того, уявлення, на відміну від сприйняття, можна довільно змінювати. У деяких випадках уявлення бувають особливо яскравими і в найдрібніших подробицях відповідають образу сприйняття. Здатність дзеркально точного відтворення в уявленні минулих раніше сприйнятих називається ейдетизмом.

Методи дослідження сприйняття. Сферу відчуттів і сприйняття вивчають за допомогою спостереження, самоспостереження, клінічної бесіди. У спеціалізованих клініках (неврологічних, офтальмологічних,

отоларингологічних) використовують прилади для дослідження гостроти відчуттів і сприйняття в різних аналізаторах. При психологічному обстеженні сприйняття досліджують за допомогою таблиць і малюнків (зображення предметів, їх силуетів, малюнки з накладеними один на одного контурами різних предметів; малюнки-схеми із зоровими ілюзіями, малюнки типу "фігура і фон", "загадкові" картинки). Для вивчення слухових, шкірних, вестибулярних сприйняття використовують аудіометр, циркуль Вебера та ін. Для дослідження стереогнозису (обмацування предмета при виключенні зору) слід мати різні предмети: іграшкові моделі машинок, тварин, господарських предметів і т.п.

Пам'ять – це форма психічного відображення дійсності, за допомогою якої закріплюються, зберігаються і відтворюються раніше сприйняті відомості, знання, пережиті події.

Процеси пам'яті: 1) запам'ятовування (фіксація) – засвоєння інформації; 2) збереження (ретенція) – процес збереження інформації; 3) відтворення (репродукція) – процес добування інформації з запасів пам'яті; 4) забування – витіснення інформації, яка втратила актуальність, в латентні пласти пам'яті або (можливо) повне стирання її слідів.

Обсяг інформації, що запам'ятовується залежить від способу її отримання

Мовний 15%	Зоровий 25%	Обидва одночасно 65%
------------	-------------	----------------------

За характером участі волі пам'ять ділять на мимовільну і довільну:

1) Мимовільна пам'ять означає запам'ятовування і відтворення інформації автоматично, без будь-яких зусиль.

2) Довільна пам'ять передбачає випадки, коли присутня конкретна задача, і для запам'ятовування використовуються вольові зусилля.

В даному виді пам'яті більшу роль відіграє мета. Доведено, що мимоволі запам'ятовується матеріал, який цікавий для людини, який має велике значення.

За характером психічної діяльності, за допомогою якої людина запам'ятовує інформацію пам'ять ділять на рухову, емоційну (афективна), образну і словесно-логічну.

Рухова (кінетична) пам'ять – запам'ятовування і збереження, а при необхідності відтворення різноманітних складних рухів. Ця пам'ять бере активну участь у розвитку рухових (трудових, спортивних) умінь і навичок. Всі рухи руками людини пов'язані з цим видом пам'яті. Ця пам'ять проявляється у людини раніше всього, і вкрай необхідна для нормального розвитку дитини.

Емоційна пам'ять – пам'ять на переживання. Особливо цей вид пам'яті проявляється в людських взаєминах. Як правило, те, що викликає у людини емоційні переживання, запам'ятовується їм без особливих зусиль і на тривалий термін. Приємні події більш міцно відкладаються в пам'яті, ніж неприємні. Даний вид пам'яті грає важливу роль в мотивації людини, а

проявляє себе ця пам'ять дуже рано: близько 6 міс.

Словесно-логічна пам'ять – це різновид запам'ятовування, коли велику роль в процесі запам'ятовування відіграє слово, думка, логіка. В даному випадку людина намагається зрозуміти засвоєвану інформацію, прояснити термінологію, встановити всі смислові зв'язки в тексті, і тільки після цього запам'ятати матеріал. Людям з розвиненою словесно-логічною пам'яттю легше запам'ятовувати словесний, абстрактний матеріал, поняття, формули. Цей тип пам'яті, в поєднанні зі слуховою, мають вчені, досвідчені лектори, викладачі вузів і т.д. Логічна пам'ять при її тренуванні дає дуже хороші результати, і набагато більш ефективна, ніж просто механічне запам'ятовування. Деякі дослідники вважають, що ця пам'ять формується і починає "працювати" пізніше інших. П.П. Бонський називав її "пам'ять-розповідь". Вона є у дитини вже в 3-4 роки, коли починають розвиватися самі основи логіки. Розвивається з навчанням дитини основам наук.

Образна пам'ять – пов'язана із запам'ятовуванням і відтворенням чуттєвих образів предметів і явищ, їх властивостей, відносин між ними. Дана пам'ять починає проявлятися до віку 2 років, та досягає своєї вищої точки до юнацького віку. Образи можуть бути різними: людина запам'ятовує як образи різних предметів, так і загальне уявлення про них, з якимось абстрактним змістом. Запам'ятовувати образи допомагають різні аналізатори. У різних людей більш активні різні аналізатори, в більшості людей краще розвинена зорова пам'ять.

Зорова пам'ять – пов'язана зі збереженням і відтворенням зорових образів. Люди з розвиненою зоровою пам'яттю зазвичай мають добре розвинену уяву і здатні «бачити» інформацію, навіть коли вона вже не впливає на органи чуття. Вона дуже важлива для людей деяких професій: художників, інженерів, композиторів. Ейдетично зір, або феноменальна пам'ять, також характеризується сильною образністю.

Слухова пам'ять – це гарне запам'ятовування і точне відтворення різноманітних звуків: мови, музики. Така пам'ять особливо необхідна при вивченні іноземних мов, музикантам.

Дотикова, нюхова та смакова пам'ять – це приклад пам'яті, яка не відіграє суттєвої ролі в житті людини, можливості такої пам'яті дуже обмежені і її роль – це задоволення біологічних потреб організму. Вони розвиваються особливо гостро тільки у людей певних професій.

Методи дослідження пам'яті. Стан пам'яті досліджується перш за все шляхом опитування хворого. При цьому з'ясовують, орієнтований хворий у часі (правильно чи називає рік, місяць, число), чи знає, де знаходиться і хто його оточує, чи правильно називає свій вік, дату свого народження. Амнестичного дезорієнтовку, пов'язану з порушеннями пам'яті, слід відрізняти від дезорієнтації, яка може спостерігатися на тлі порушеної свідомості і зазвичай супроводжується оглушенням і іншими порушеннями. При дослідженні пам'яті на минулі події крім питань, які стосуються різних періодів життя хворого, їх дат (які іноді важко об'єктивно перевірити), перевіряють збереження в пам'яті загальновідомих історичних дат, більш-

менш віддалених у часі, збереження в пам'яті подій недавнього минулого (обставини госпіталізації і ін.), подій, які передували захворюванню, травмі. Грубі порушення запам'ятовування поточного, а також помилкові спогади (псевдоремінісценції і конфабуляції) виявляються при запитаннях, які стосуються недавніх подій (де Ви були вчора або сьогодні, чим займалися, з ким зустрічалися?). З огляду на нестійкість змісту помилкових спогадів, через деякий час в процесі бесіди слід повторити ті ж питання. Звичайно при цьому змінюється первинний зміст даної відповіді.

При дослідженні пам'яті велике значення мають деякі експериментально-психологічні методики: запам'ятовування 10 слів, не пов'язаних за змістом, набору цифр, відтворення оповідань, запам'ятовування лінійних геометричних фігур.

Мислення – це психічний процес, який складається в узагальненому і опосередкованому відображенні предметів і явищ навколишнього світу, в їх закономірних зв'язках і відносинах.

Розумові операції різноманітні. Це – аналіз і синтез, порівняння, абстрагування, конкретизація, узагальнення, класифікація. Які з логічних операцій застосує людина, це буде залежати від завдання і від характеру інформації, яку він піддає розумовій переробці.

Аналіз – це уявне розкладання цілого на частини або уявне виділення з цілого його сторін, дій, відносин.

Синтез – зворотний аналізу процес думки, це – об'єднання частин, властивостей, дій, відносин в одне ціле.

Аналіз і синтез – дві взаємозв'язані логічні операції. Синтез, як і аналіз, може бути як практичним, так і розумовим.

Порівняння – це встановлення подібності та відмінності предметів і явищ.

Порівняння засноване на аналізі. Перш ніж порівнювати об'єкти, необхідно виділити один або кілька ознак їх, по яких буде зроблене порівняння.

Порівняння може бути одностороннім, або неповним, і багатобічним, або більш повним. Порівняння, як аналіз і синтез, може бути різних рівнів – поверхневе і глибше. В цьому випадку думка людини йде від зовнішніх ознак подібності та відмінності до внутрішніх, від видимого до прихованого, від явища до сутності.

Абстрагування – це процес уявного відволікання від деяких ознак, сторін конкретного з метою кращого пізнання його.

Людина подумки виділяє яку-небудь ознаку предмета і розглядає її ізольовано від всіх інших ознак, тимчасово відволікаючись від них. Ізольоване вивчення окремих ознак об'єкту при одночасному відверненні від всіх інших допомагає людині глибше зрозуміти сутність речей і явищ. Завдяки абстракції людина змогла відірватися від одиничного, конкретного і піднятися на найвищу ступінь пізнання – наукового теоретичного мислення.

Конкретизація – процес, зворотний абстрагування і нерозривно пов'язаний з ним.

Конкретизація є повернення думки від загального і абстрактного до конкретного з метою розкриття змісту.

Розумова діяльність завжди спрямована на одержання будь-якого результату. Людина аналізує предмети, порівнює їх, абстрагує окремі властивості з тим, щоб виявити загальне в них, щоб розкрити закономірності, що управляють їх розвитком, щоб оволодіти ними.

Узагальнення, таким чином, є виділення в предметах і явищах загального, яке виражається у вигляді поняття, закону, правила, формули і т.п.

Мислення людини протікає у формі суджень і умовиводів. Судження – це форма мислення, що відображає об'єкти дійсності в їх зв'язках і відносинах. Кожне судження є окрема думка про що-небудь. Послідовний логічний зв'язок декількох суджень, необхідний для того, щоб вирішити будь-яку розумову задачу, зрозуміти що-небудь, знайти відповідь на запитання, називається міркуванням. Міркування має практичний сенс лише тоді, коли воно призводить до певного висновку, умовиводу. Умовивід і буде відповіддю на питання, підсумком пошуків думки.

Умовивід – це висновок з декількох суджень, що дає нам нове знання про предмети та явища об'єктивного світу. Умовиводи бувають індуктивні, дедуктивні і за аналогією.

Інтелект – це система всіх пізнавальних здібностей індивіда, а саме здатність до пізнання і вирішення проблеми, яка визначає успішність будь-якої діяльності. Інтелект включає в себе досвід, набуті знання і здатність швидко і доцільно використовувати їх в нових ситуаціях, які до сих пір не зустрічалися, а також в процесі вирішення складних завдань.

Методи дослідження мислення та інтелекту. У процесі бесіди з хворим слід звертати увагу на темп асоціацій і їх характер. Для цього необхідно дати можливість хворому деякий час вільно говорити, спонтанно розповідати про те, що він хоче, в тому числі і на абстрактні теми.

Оцінюючи інтелект, слід звертати увагу на запас знань, понять і слів (відповідність його віку, освіті), здатність до узагальнення понять і до побудови умовиводів, здатність виконувати лічильні операції. Слід перевіряти обсяг (або збереження) навичок, здатність виконувати трудові операції.

Для дослідження мислення і інтелекту може бути застосований ряд експериментально-психологічних методик: узагальнення понять, виключення понять, порівняння понять, класифікація, методика піктограм, пояснення прислів'їв і приказок, асоціативний експеримент, пояснення сюжетних картин, встановлення послідовності подій.

Найбільш відомі методики для оцінки рівня інтелекту: метод Векслера, що складається з двох груп субтестів (6 вербальних і 5 невербальних) і матриці Равена.

Емоції це суб'єктивні переживання, які забарвлюють всю психічну діяльність людини і відображають його ставлення до навколишнього і до самого себе. Це переживання приємного і неприємного, які супроводжують

сприйняття себе і навколишнього світу, розумову діяльність, задоволення потреб, міжособистісні контакти. Це одна з найважливіших сторін психічних процесів.

Емоційні реакції є найбільш частими психологічними проявами будь-якого соматичного захворювання. Вони можуть бути як психологічними реакціями на факт захворювання, так і симптомами психічного розладу, який виник в результаті соматичної патології.

Методи дослідження емоцій. У процесі бесіди з хворими необхідно не тільки розпитувати їх про настрій, а й оцінювати зовнішні ознаки їх емоційного стану: міміку, пантоміму, темп і тембр голосу, зміст думок, забарвлення шкіри, стан серцево-судинної і вегетативної систем (частота, ритм пульсу, артеріальний тиск).

Крім клінічного дослідження, для оцінки емоційного стану можуть бути використані експериментально-психологічні методи: тематичний апперцептивний тест (ТАТ), метод Роршаха, дослідження фрустраційної толерантності Розенцвейга, рівень домагань, метод кольорових виборів М. Люшера.

Ефекторно-вольова сфера – складна психічна функція, яка здійснює цілеспрямовану діяльність людини відповідно певним мотивам, обумовленим внутрішніми потребами і вимогами навколишнього середовища. Вона складається з двох основних компонентів: а) *ефекторного або рухового* (прості і складні рухи, дії і вчинки) і б) *вольового* (здатність до свідомого і цілеспрямованого регулювання людиною своєї діяльності і вчинків).

Вольові якості особистості пацієнта (витримка, рішучість, наполегливість, ініціативність, організованість) відіграють важливу роль в лікувальному процесі, тому що вони визначають тип відношення хворого до свого захворювання, його налаштованість на одужання, готовність виконати призначені лікарем діагностичні та лікувальні процедури. З іншого боку, саме вольові якості лікаря визначають його здатності до вирішення ряду медичних і організаційних питань, пов'язаних з госпіталізацією пацієнта, діагностикою його стану, проведенням необхідних досліджень і консультацій інших фахівців.

Одним з основних завдань медичних працівників є зміцнення волі пацієнтів, ослаблених хворобою. Вони повинні вміти відволікати пацієнта від поганих думок, вселяти віру в одужання, враховуючи при цьому індивідуальні особливості пацієнта і його стан в даний момент.

Методи дослідження потягів, потреб і ефекторно-вольової сфери. Для вирішення питань про стан потягів і ефекторно-вольової сфери має значення оцінка зовнішності, міміки, пози, поведінки, темпу мови, реакції хворого на поставлені запитання під час бесіди, його скарг і об'єктивних психологічних і соматоневрологічних ознак хвороби; аналіз суб'єктивних і об'єктивних анамнестичних відомостей про життя хворого і його захворювання. Можуть бути використані також експериментально-психологічні, клініко-лабораторні, електрофізіологічні методи (дослідження

різноманітних практичних навичок, треморометрії, вимірювання швидкості і точності сенсомоторних реакцій, електроміографія і т.п.).

Увага – зосередженість суб'єкта в даний момент часу на якомусь реальному або ідеальному об'єкті.

Методи дослідження уваги. Зміну уваги у хворих можна встановити шляхом спостереження, або в ході експериментально-психологічних досліджень (за допомогою таблиць Шульте, коректурної проби, методик «Лічба за Крепелінім», «Переплутані лінії», методики Мюнстерберга і т.д.).

Свідомість – інтеграційна сфера психічної діяльності, вища форма відображення об'єктивної реальності, продукт тривалого історичного розвитку. З виникненням свідомості у людини з'явилася можливість виділяти себе з природи, пізнавати її, опановувати нею.

Складові частини свідомості:

1. **Свідомість власного "я" (самосвідомість)** – здатність правильного усвідомлення частин свого тіла і їх співвідношення, власного тіла і особистості в цілому (з усіма її переживаннями) і виділенням себе з навколишнього середовища (психічна функція відображення самого себе, аутопсихічне орієнтування). Таким чином, в структуру самосвідомості можна включити такі складові, як: а) самопочуття, яке відображає ступінь задоволення потреб, внутрішнього соматичного і психічного благополуччя, благополуччя навколишньої ситуації; б) свідомість єдності психічного "Я" (приналежність до "Я" всіх психічних процесів – сприйняття, спогадів, мислення, емоційних реакцій, волі, вчинків та ін.); в) свідомість єдності соматичного "Я" (схема тіла і ін.); г) свідомість єдності "Я" і навколишньої природної і соціальної дійсності (обумовленість мотивації, потреб, соціальних вимог, моральних заборон та ін.). При захворюваннях відбувається зміна самопочуття і самосприйняття; в залежності від особливостей особистості і наявної хвороби у хворого формується так звана внутрішня картина хвороби, яка може впливати на картину і перебіг хвороби.

2. **Свідомість предметного навколишнього світу** – здатність правильного адекватного відображення і усвідомлення навколишнього предметного світу і його зв'язків, його ставлення до суб'єкту пізнання, а також правильного орієнтування в місці і часі (психічна функція відображення навколишньої дійсності – алопсихічне орієнтування).

Несвідоме – це сукупність психічних явищ, станів і дій, не представлених у свідомості людини, що лежать поза сферою його розуму, несвідомих і не піддаються хоча б в даний момент контролю.

Несвідоме – не містика, а реальність духовного життя. З фізіологічної точки зору воно виконує охоронну функцію. Вчення про несвідоме створив З. Фрейд, який стверджував, що несвідоме є провідним в поведінці людини, з чим не можна погодитися, тому що несвідоме – це неусвідомлений досвід емоційних, ефektorно-вольових і абстрактно-логічних спроб адаптації, що накопичуються в процесі життя людини і його взаємодії з навколишнім середовищем, що впливає на мотивацію його поведінки. Прикладами несвідомого можуть служити інстинктивні реакції самозахисту,

застереження, ляпсуси, мимовільна фіксація, інтуїція, вітальні емоції, автоматизовані дії. Чим вище рівень морально-етичних і інтелектуальних властивостей особистості, її соціальної свідомості, тим менше залежить поведінка людини від інстинктивних спонукань, несвідомого. Свідомість визначає актуальну поведінку і переживання в кожен момент, тонко відбиває зміни у зовнішньому середовищі.

Одним з найважливіших властивостей свідомості, яке визначає будь-який лікар, який контактує з хворими, є ясність свідомості – наявність чіткого і послідовного сприйняття навколишнього і правильного орієнтування в ньому (свідомість навколишнього світу, часу, місця і т.д.), самосвідомість зі збереженням пам'яті на минуле і сьогодення, довільної уваги і мислення, адекватні емоції і воля, збереження здатності віддавати звіт у своїх діях і керувати ними.

Ознаки порушення свідомості: відчуженість від навколишнього світу, дезорієнтація, амнезія на період порушеної свідомості. Відчуженість від навколишнього світу слід розуміти як порушення аналізу і синтезу подій, які відбуваються. Дезорієнтація виявляється в нерозумінні того, де хворий в даний момент знаходиться, хто його оточує, він не може назвати дату, своє прізвище, ім'я, по батькові, вік, професію.

Методи обстеження свідомості та самосвідомості. Під час бесіди з хворим в прямій і непрямій формах ставлять запитання, який дозволяють дізнатися, наскільки правильно хворий орієнтується в місці, часі і оточуючих особах. Зокрема, хворого запитують, котра година, день тижня, число, місяць і рік, в якій установі він знаходиться, з ким веде розмову, хто його оточує.

Стан самосвідомості визначається за здатністю хворого правильно називати свої паспортні дані (стать, вік, число, місяць і місце народження, прізвище, ім'я, по батькові), повідомити свою біографію, дати характеристику своїх професійних, особистісних, характерологічних та інших особливостей і якостей.

При вивченні ступеня ясності свідомості враховуються легкість і швидкість сприйняття хворим питань лікаря, розуміння сенсу найпростіших (і більш складних) питань, швидкість, сила і виразність відповідних мовних, емоційних і поведінкових реакцій, загальний стан, наявність безумовних рефлексів.

Психосоматичні розлади.

Психосоматика (від грец. Psyche - душа і soma - тіло) – розділ медичної психології, яка займається вивченням психічних факторів у розвитку функціональних і органічних соматичних розладів.

Швидке поширення і розвиток психосоматична медицина отримала на початку ХХ століття. В цей час були зареєстровані мільйони випадків так званих «функціональних» пацієнтів, «важких хворих», соматичні скарги яких не підтверджувалися об'єктивними дослідженнями, а лікування ортодоксальними медикаментозними засобами було неефективним. В першу чергу необхідна була корекція афективних станів, порушених

міжособистісних відносин хворих, тобто психотерапія, психологічне консультування.

Серед змін соматичного здоров'я внаслідок емоційного впливу слід розрізняти непатологічні психосоматичні реакції, психосоматичні захворювання, вплив емоційного стану на виникнення та перебіг соматичних захворювань, соматоформні психічні розлади.

У міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду в редакції термін «психосоматичний» не застосовується до будь-яких захворювань, щоб не склалося враження, що психосоматичні взаємозв'язки можуть не мати значення при інших розладах.

Психосоматичний підхід як принцип лікувальної діяльності передбачає цілісне сприйняття хворої людини, з усіма його особистісними особливостями, культурними нормами і цінностями, біологічними спадково-конституціональними особливостями, впливом середовища і міжособистісними відносинами. В кінці XX - на початку XXI століть в медицині набуває дедалі більшого визнання біопсихосоціальна концепція хвороби, яка базується на принципах багатофакторності в розумінні причин виникнення і перебігу хвороби. Таким чином, психосоматичний підхід на сьогодні є практично загальноприйнятим.

Психосоматичні захворювання виникають внаслідок стресу, обумовленого довгостроково діючими і непереборними психотравмами, внутрішнім конфліктом між однаковими за інтенсивністю, але різноспрямованими мотивами індивіда. Передбачається, що деякі типи мотиваційних конфліктів специфічні для окремих форм психосоматичних захворювань. Так, гіпертонічну хворобу пов'язують з наявністю конфлікту між високим соціальним контролем поведінки і нереалізованою потребою індивіда у владі. Нереалізована потреба викликає агресивність, проявити яку людина не може через соціальні установки. При цьому на відміну від неврозів, в основі яких також лежить интрапсихический конфлікт, при психосоматичних захворюваннях відбувається подвійне витіснення – не тільки неприйнятного для свідомості мотиву, а й невротичної тривоги і всієї невротичної поведінки.

Існує тісна система соматопсихічних і психосоматичних взаємозв'язків, які необхідно розпізнавати і враховувати в лікуванні хворого. При розгляді взаємозв'язків між соматичним і психічним станом доцільно розрізняти такі їх типи:

1. Психологічні фактори як причина соматичного захворювання (власне психосоматичні захворювання).
2. Психічні розлади, що проявляються соматичними симптомами (соматоформні розлади).
3. Психічні наслідки соматичного захворювання (в тому числі психологічна реакція на факт соматичного захворювання).
4. Психічний розлад і соматичне захворювання, випадково збіглися за часом.
5. Соматичні ускладнення психічних порушень.

Психологічні чинники грають роль при формуванні різних захворювань, наприклад мігрені, ендокринних розладів, злоякісних новоутворень та ін. Серед них слід розрізняти справжні психосоматози, виникнення яких визначається психічними факторами і профілактика яких повинна бути спрямована перш за все на усунення і корекцію емоційного перенапруження (психотерапія і психофармакологія), і інші захворювання, на динаміку яких мають неабиякий вплив психічні та поведінкові фактори, змінюючи неспецифічну резистентність організму, але при цьому не є першопричиною їх виникнення. Наприклад, відомо, що вплив психоемоційного стресу може знизити імунну реактивність, що підвищить ймовірність захворювань, включаючи інфекційні.

Представники психоаналізу підходять до пояснення психосоматичної патології, акцентуючи увагу на переважання у хворих з психосоматичними симптомами витіснення емоційних переживань (захисний психологічний механізм, який проявляється у підсвідомому виключення неприйнятною думки чи емоції зі свідомості), які потім виявляють себе соматичними симптомами. Однак при цьому ігнорується органічна патологія, а на практиці не можна нехтувати тим, що у хворих з плином часу розвиваються і органічні ураження, і вже після початку хвороби недостатньо тільки психотерапії, а необхідне відповідне лікування з використанням сучасних фармакологічних засобів, а іноді і хірургічна допомога.

Наукове пояснення психосоматичних взаємозв'язків можливо на основі умовно-рефлекторної теорії І.П. Павлова. Нейрофізіолог П.К. Анохін розробив біологічну теорію функціональних систем – концепцію організації процесів в цілісному організмі, який взаємодіє з середовищем. Теорія базується на уявленні про функції як досягнення організмом пристосувального результату у взаємодіях з середовищем. У світлі цієї теорії будь-яка емоційна реакція розглядається як цілісна функціональна система, яка об'єднує кору великого мозку, підкіркові структури і відповідні соматичні ланки.

З позицій нейрофізіології в емоційних процесах задіяні як центральні (таламус, лімбічна система, структури активації та винагороди), так і периферичні структури (катехоламіни, гормони кори надниркових залоз, вегетативна нервова система). Надмірні по силі і тривалості подразники змінюють функціональний стан ЦНС і периферичної нервової системи. Так можуть виникати функціональні порушення і так звані «місця найменшого опору» (*locus minoris resistentiae*). Існує система постійних зворотних зв'язків, яка визначає можливість терапевтичної, лікувальної дії емоційного фактора.

Нерозв'язний конфлікт мотивів (як і не усунений стрес) породжує в кінцевому підсумку реакцію капітуляції, відмову від пошукового звернення, яка створює найбільш загальну передумову до розвитку психосоматичних захворювань у вигляді маскованих депресії. Поразка тих чи інших органів і систем обумовлено генетичними факторами або особливостями онтогенетичного розвитку.

Важливість розуміння лікарем суті захисних психологічних механізмів

вимагає приведення в даному розділі їх короткої характеристики. Захисні механізми підрозділяються на примітивні, або незрілі (розщеплення, проекція, ідеалізація, ідентифікація), і більш зрілі (сублімація, раціоналізація і ін.). Однак ні кількість варіантів захисту (їх описано кілька десятків), ні їх класифікація, ні їх назви, не є загальновизнаними.

В одну групу об'єднуються варіанти, які знижують рівень тривоги, але не змінюють характеру спонукань. До них відносяться: придушення або витіснення зі свідомості неприйнятних спонукань або почуттів, заперечення джерела або самого почуття тривоги; *проекція або перенесення* своїх бажань або почуттів на інших; *ідентифікація* – наслідування іншій особі з приписуванням собі його якостей; *інгібіція* – блокування в поведінці і свідомості всіх проявів, пов'язаних з тривогою.

В іншу групу об'єднуються форми захисту, при яких спрацьовують механізми, що зменшують вираженість тривоги і при цьому змінюють спрямованість мотивів: аутоагресія - звернення ворожості на себе; *реверсія* – полярне звернення, або зміна спонукань і почуттів на протилежні; *регресія* – зниження, або повернення до попередніх, дитячих форм реагування; *сублімація* – перетворення неприйнятних способів задоволення потреб в інші форми – наприклад, у вигляді творчості в мистецтві або науці.

Розглянемо 9 основних форм психологічного захисту незалежно від їх класифікаційної приналежності.

1. Витіснення. Під витісненням розуміють придушення або виключення зі свідомості неприємних або неприйнятних подій і явищ, тобто видалення зі свідомості тих моментів, інформації, які викликають тривогу. При неврозах, наприклад, часто витісняється основна подія, яка послужила його причиною. Цікаві в цьому відношенні такі психологічні експерименти. Піддослідним давали фотографії, на яких відображалися специфічні ситуації конфліктів, близькі до їх переживань. Очікувалося, що випробовувані будуть розповідати їх зміст, але вони ці фотографії як би «забували» і відкидали у сторону. Коли ж відтворення відповідних фотографій вироблялося в ситуації гіпнозу, захист знімався і фотографії виробляли адекватний їх змісту ефект. Подібний механізм захисту лежить в основі поширеного явища, коли чужі недоліки в поведінці помічаються, а свої – витісняються. В інших експериментах випробовуваним пропонували тести на досягнення певного успіху і при виконанні того чи іншого завдання; вони згадували тільки ті завдання, які виконали добре, і «забували», тобто витісняли, невиконані завдання.

2. Заміщення – переорієнтація з одного, що викликає тривогу і неприємні переживання об'єкта (теми) на інший. Цей варіант психологічного захисту може бути представлений наступними простими прикладами. Після конфлікту з начальником на роботі або сварки з коханою людиною індивідуум обрушує гнів на членів сім'ї (при цьому часто має місце і раціоналізація, про яку мова піде нижче). Людина під час хвилюючої розмови комкає папірець. Дівчина при фразі подруги «твій хлопець вічно тебе підводить» відштовхує кішку, яка сидить у неї на колінах.

3. Раціоналізація. У цьому випадку мова йде про спробу раціонально

обґрунтувати бажання і вчинки, викликані такою причиною, визнання якої загрожувало б втратою самоповаги. Прикладів тут може бути безліч. Якщо у скупого просять в борг, він завжди доведе, чому не може дати в борг (з виховних міркувань і т.і.); якщо якась людина неприємна, то завжди легко знайти у неї масу недоліків, хоча неприязнь може бути пов'язана зовсім не з ними; свій інтерес до медичної літератури хворий може пояснювати необхідністю розширення кругозору.

4. Проекція. Захист у формі проекції являє собою несвідоме перенесення власних неприйнятних почуттів і потягів на іншу особу, приписування своїх спонукань, бажань, мотивів, дій і якостей, які є соціально не схвалюваними, до оточуючих. Яскравим прикладом тому може служити поведінка молодшої забезпеченої людини, яка поміщає мати в будинок для людей похилого віку та обурюється тим, що персонал байдуже або погано до неї ставиться.

Проекція в певній мірі спрощує поведінку, виключаючи необхідність в повсякденному житті щоразу оцінювати свої вчинки. Ми нерідко переносимо свою поведінку на інших людей, проектуючи на них свої емоції. Якщо людина спокійна, впевнена в собі, доброзичлива, то в його очах навколишні розділяють його доброзичливість, і навпаки – напружена, фрустрована людина, незадоволена у своїх бажаннях, налаштована вороже і приписує, проектує цю ворожість оточуючим.

5. Соматизація. Ця форма захисту виражається у виході з важкої ситуації шляхом фіксації на стані свого здоров'я (школярі «хворіють» перед контрольними – найпростіший приклад). У цих випадках основне значення набуває вигода від захворювання – підвищення уваги і зменшення вимог з боку близьких. У більш важких випадках ця форма захисту приймає як би хронічний характер, при цьому, як правило, виникає перебільшена увага до свого здоров'я, перебільшення тяжкості хвороби аж до створення власних концепцій захворювання і може формуватися іпохондричний синдром.

6. Реактивне утворення. В даному випадку мова йде про заміну неприйнятних тенденцій на прямо протилежні. Так, відкинута любов часто виражається в ненависті до колишнього об'єкту любові, хлопчики намагаються образити дівчаток, які їм подобаються, таємні заздрісники часто цілком щиро зараховують себе до відданих шанувальників того, кому заздять.

7. Сублімація. При цій формі психологічного захисту відбувається перетворення неприпустимих імпульсів у соціально припустимі форми інстинктивних потреб, котрі не можуть бути реалізовані в припустимий вихід і спосіб вираження (наприклад, бездітні люди заводять тварин). У цьому відношенні представляє інтерес хобі, яке у деяких є способом реалізації найнеймовірніших мотивів і потягів. Егоїстичні і навіть «заборонені» цілі можуть сублімувати активною діяльністю у мистецтві, літературі, релігії, науці. Агресивні імпульси, наприклад, можуть бути сублімувані у спортивній або політичній активності. Але про власний психологічний захист йдеться тоді, коли індивідум не усвідомлює, що його діяльність визначається

прихованими імпульсами, що мають часом біологічну і егоїстичну основу.

8. Регресія. У цьому випадку мова йде про повернення до примітивних форм реагування і поведінки. Особливо часто ця форма психологічного захисту проявляється у дітей. Наприклад, при позбавленні батьків у дітей нерідко спостерігається поведінка, відповідна затримці розвитку: дитина, яка почала ходити, раптом перестає ходити, або у дитини відновлюється енурез, який мав місце в дитинстві. Можна згадати і звичку смоктати палець у важких ситуаціях (ця особливість іноді проявляється не тільки у дітей, а й у дорослих). Елементи психологічного захисту у формі регресії можна спостерігати і при деяких психічних захворюваннях.

9. Заперечення. Ця форма захисту являє собою захисний механізм, за допомогою якого нездійсненні бажання, спонукання і наміри, а також факти і дії не визнаються, відкидаються шляхом несвідомого заперечення їх існування, тобто при запереченні реальне явище вважається неіснуючим. Слід, однак, підкреслити, що заперечення не включає в себе свідому спробу відректися або відступитися, як при вдаванні, симуляції або брехні.

У повсякденному житті більшість реальних ситуацій нерідко пов'язана з використанням одночасно декількох форм психологічного захисту. Це необхідно враховувати у роботі лікаря як зі здоровими, так і з хворими людьми.

Викладені вище механізми психологічного захисту є частиною психологічних адаптаційних процесів. **Адаптація** є властивістю будь-якої живої саморегульованої системи, яка визначає її стійкість до змін навколишнього середовища. Виділяють *фізіологічну, психологічну, соціальну адаптацію* індивіда. Порушення пристосування до умов навколишнього середовища називають **дезадаптацією**. Несприятливі зовнішні впливи (стрес), які перевищують можливості адаптації, називають дистресом.

У відповідь на психоемоційні подразники виникають різноманітні непатологічні психосоматичні реакції (вісцеральні, сенсорні та ін.). Психосоматичні реакції можуть виникати не тільки у відповідь на психічні, емоційно значимі впливи, а й на прямі впливи подразників (наприклад, вид лимона). Уявлення також можуть впливати на соматичний стан людини. Психоемоційні фактори можуть викликати такі фізіологічні порушення в різних органах і системах організму:

- а) в серцево-судинній системі – почастищення серцебиття, зміна кров'яного тиску, судинний спазм;
- б) в системі дихання – його затримку, уповільнення або почастищення;
- в) в травному тракті – блювоту, проноси, запори, підвищене слиновиділення, сухість у роті;
- г) в сексуальній сфері – посилену ерекцію, слабкість ерекції, набрякання клітора і любрикація (секрецію статевих органів), аноргазмію;
- д) в м'язах – мимовільні реакції: м'язову напругу, тремтіння;
- е) у вегетативній системі – пітливість, гіперемію і т.ін.

Психосоматичні захворювання – це соматичні захворювання, у виникненні і перебігу яких психологічні фактори відіграють визначальну

роль. Причиною виникнення психосоматозів є афективна (емоційна) напруга (конфлікти, невдоволення, гнів, страх, тривога та ін.) За умови наявності певних особистісних особливостей. Ці захворювання часто називають "великими" психосоматичними захворюваннями, підкреслюючи тяжкість захворювання і провідну роль психогенного фактора в їх виникненні.

Власне психосоматичні захворювання характеризуються такими особливостями:

- психічний стрес є вирішальним при провокуванні;
- після маніфестації захворювання приймає хронічний або рецидивуючий перебіг;
- перша появою в будь-якому віці (але частіше в пізньому підлітковому).

Історично до психосоматичних відносяться класичні картини семи захворювань, а саме: есенціальна гіпертонія; виразкова хвороба; бронхіальна астма; нейродерміти; тиреотоксикоз; виразковий коліт; ревматоїдний артрит.

Пошуки психологічних особливостей, відповідальних за виникнення психосоматичних захворювань, на сьогодні привели до опису таких характерологічних рис, які в різних сполученнях зустрічаються у хворих з різними захворюваннями. Це такі риси, як замкнутість, стриманість, тривожність, сенситивність, і т.д. Нижче наводяться деякі особливості хворих з окремими психосоматичні розладами.

Гіпертонічна хвороба (есенціальна артеріальна гіпертензія). Основними властивостями особистості, схильної до формування есенціальної гіпертонії, вважається внутрішньоособистісний конфлікт, інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, і почуттям залежності, з іншого. Поява гіпертонії обумовлена бажанням відкрито виражати ворожість при одночасній потребі в пасивній та адаптованій поведінці. Даний конфлікт можна охарактеризувати, як конфлікт між такими суперечливими особистісними устремліннями як одночасна націленість на прямоту, чесність і відвертість в спілкуванні і ввічливість, чемність і уникнення конфліктів. В умовах стресу така людина схильна стримувати власну дратівливість і придушувати бажання відповісти кривдникові. Придушення негативних емоцій у людини в період стресу, що супроводжується природним підвищенням артеріального тиску, здатне погіршити загальний стан людини і навіть сприяти розвитку інсульту.

При обстеженні психічного стану у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з добовим моніторингом артеріального тиску виявлено, що на ранній стадії артеріальної гіпертензії після підвищення артеріального тиску у хворих відбувається зниження рівня тривоги, що підтверджує компенсаторну роль підйому артеріального тиску внаслідок тривалого психоемоційного напруження.

У початковій стадії гіпертонічної хвороби більшість хворих адекватно оцінюють свій стан здоров'я, правильно сприймають рекомендації і призначення лікаря. Частина хворих з тривожно-підозрілими рисами підвищення артеріального тиску сприймає як трагедію, катастрофу. Настрій у

таких хворих знижений, увага фіксується на відчуттях, коло інтересів звужується, обмежується хворобою.

В іншій групі хворих діагноз гіпертонічної хвороби не викличе ніякої реакції, вони ігнорують захворювання, відмовляються від лікування. Таке ставлення до хвороби спостерігається переважно у людей, які зловживають алкоголем.

Необхідно відзначити, що не виявляється паралелізмом між рівнем артеріального тиску (АТ) і ймовірністю розвитку психічних порушень. При обстеженні психічного стану у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з добовим моніторингом АТ вперше встановлені показники добового моніторингу АТ, значимі щодо прогнозу розвитку психічних порушень при цьому захворюванні. Такими є висока варіабельність АТ протягом доби і порушення циркадного ритму коливань АТ, посилення або відсутність фізіологічного нічного зниження артеріального тиску.

Хворому на гіпертонічну хворобу слід пояснити причину його стану, сказати, що розлади нервової системи у нього функціонального характеру, що вони тимчасові і при відповідному систематичному лікуванні порушена функція буде відновлена.

Ішемічна хвороба серця. Протягом багатьох років вважалося, що емоційний стрес призводить до ішемічної хвороби серця. У літературі описано «коронарна особистість». Ідеї подібного роду важко перевірити, так як тільки проспективні дослідження дозволяють відокремити психологічні чинники, які мали місце до розвитку серцевого захворювання, від психологічних наслідків, обумовлених впливом самої хвороби. При дослідженнях, проведених в 80-і роки, увага концентрувалася на декількох групах можливих факторів ризику, які включають хронічні емоційні розлади, соціально-економічні труднощі, перевтому або по іншому постійно діючі протягом тривалого часу агресори, а також патерн поведінки типу А. Найбільш підкріплений доказами патерн поведінки типу А, для якого характерні такі основні риси, як ворожість, надмірне прагнення до конкуренції, честолюбство, постійне відчуття браку часу і зосередженість на обмеженнях і заборонах. При проведенні досліджень, присвячених первинній і вторинній профілактиці, основний підхід полягав в усуненні таких факторів ризику, як куріння, неправильне харчування, недостатнє фізичне навантаження.

Стенокардія. Напади стенокардії часто провокуються такими емоціями, як тривога, гнів і збудження. Пережиті під час нападу відчуття часом бувають надзвичайно жахливими, і нерідко хворий з часом стає надмірно обережним, не дивлячись на всі запевнення лікарів і усупереч їхнім намаганням спонукати його повернутися до звичайного активного способу життя. Стенокардія може супроводжуватися нетиповим болем у грудях і задишкою, викликаними тривогою або гіпервентиляцією. У багатьох випадках спостерігається невідповідність між реальною можливістю пацієнта переносити фізичні навантаження, встановленою за допомогою об'єктивних вимірів, і їх скаргами на біль в грудях і обмеження активності.

Гарний ефект в подоланні цих проблем зазвичай дає консервативне лікування у поєднанні з відповідними стану пацієнта регулярними фізичними вправами. Деяким хворим допомагає знову набуті впевненості в собі поведінкова терапія, проведена за індивідуально розробленою програмою.

Кардіофобія. Одним з психовегетативних синдромів, який часто спостерігається у медичній практиці, є кардіофобія. Дискомфорт і незвичні відчуття в лівій половині грудної клітини, що виникають спочатку в умовах психотравмуючої ситуації або навіть при її відсутності після тривалої астенизації, визначають наростаючу тривогу і настороженість хворих, фіксацію на діяльності серця, які посилюють впевненість у наявності у них серйозного серцевого захворювання і страх смерті. Спочатку невизначена стурбованість і дедалі більша афективна напруга, тривожність, підозрілість, страхи, конституціональні, а також придбані особливості особистості стають основою для розвитку гострого кардіофобічного нападу. Нестерпний, вітальний страх, який відчувають хворі у зв'язку з серцево-судинними порушеннями, не можна порівняти зі звичайними людськими відчуттями і переживаннями ні за їх інтенсивності, ні за їх характером. Відчуття близької смерті стає для хворого єдиною існуючою реальністю. І той очевидний факт, що десятки вже перенесених їм подібних серцевих нападів не привели ні до інфаркту, ні до серцевої недостатності, не має для нього ніякого значення. Оскільки давно відомо, що страшно не вмерти – страшно помирати, доля цих хворих, які "вмирають" неодноразово, дійсно трагічна. Тут особливе значення отримує раціональна психотерапія і сугестія. Від їх правильного застосування лікарями в окремих випадках залежить навіть життя хворого.

Задишка, яка викликається багатьма респіраторними і серцевими розладами, може збільшуватися під впливом психологічних факторів. У деяких випадках задишка має чисто психологічне походження: характерним прикладом є гіпервентиляція, пов'язана з тривожним розладом.

Астма. Припускають, що астма викликається невирішеними емоційними конфліктами, пов'язаними з відносинами підпорядкованості, але задовільних доказів на користь цієї ідеї ще немає. При бронхіальній астмі відзначаються протиріччя між «бажанням ніжності» і «страхом перед ніжністю». Такий конфлікт описується як конфлікт «володіти-віддати». Люди, які страждають на бронхіальну астму часто володіють істеричними або іпохондричними рисами характеру, але вони не здатні при цьому «випустити гнів на повітря», що провокує напади задухи. Також відзначається така якість астматиків, як надчутливість, особливо до запахів, яка пов'язана зі зниженою акуратністю.

Переконали факти свідчать про те, що такі емоції, як гнів, страх і збудження, можуть провокувати і збільшувати окремі напади у хворих з астмою. У літературі повідомлялося, що серед дітей, які страждали важкою астмою і померли від цього захворювання, частіше відзначалися хронічні психологічні та сімейні проблеми, ніж серед інших дітей з тяжкою астмою.

Психічна захворюваність серед хворих на астму дітей не набагато вище, ніж серед дитячого населення в цілому. Проте, якщо у таких дітей

виникають психологічні проблеми, то лікування, як правило, істотно ускладнюється.

Були спроби лікувати астму за допомогою психотерапії і поведінкової терапії, але немає переконливих даних, які свідчили б про те, що ці методи більш ефективні, ніж проста порада та підтримка. Індивідуальна і сімейна психотерапія може принести користь при лікуванні хворих на астму дітей в тих випадках, коли важливе значення мають психологічні чинники.

Гастрит. У хворих з гастритом і виразковою хворобою в ранньому дитинстві формується своєрідний характер, що призводить до того, що індивід відчуває в дорослому стані постійну потребу в захисті, підтримці і опіці. При цьому в ньому одночасно вихована і повага до сили, самостійності та незалежності, до яких він прагне. В результаті відбувається зіткнення двох взаємовиключних потреб (в опіці і самостійності), що призводить до нерозв'язного конфлікту.

Виразкова хвороба. Людям, які хворіють на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, притаманні певні характерологічні особливості. Серед них часто зустрічаються особи з бурхливими емоційними реакціями, з категоричністю суджень, прямолінійністю в оцінці вчинків оточуючих. Інша категорія хворих не схильна до зовнішніх проявів емоцій. Часто зустрічаються похмурі, всім незадоволені, недовірливі люди. Деякі автори виразкову хворобу пов'язують з неприйнятною для самосприйняття потребою в захисті і заступництві.

Сильні тривалі афекти, негативні емоції, такі, як постійний страх, велике горе, сильний переляк при перенапруженні та виснаженні корковою діяльністю може призвести до тривалого спазму кровоносних судин стінки шлунка, при зниженій опірності його слизової оболонки до дії гіперацидного шлункового соку, призводять до виникнення виразки. Подальший розвиток виразкової хвороби залежить як від дії зазначених факторів, що не припиняється, так і від виникнення больових імпульсів від інтерорецепторів ураженого органу. Психотерапія сильно впливає на перебіг захворювання та ефективність лікування.

Коліт. При виразковому коліті помічено виникнення захворювання після переживань «втрати об'єкта» і «катастроф переживання». У хворих відзначається занижена самооцінка, надмірна чутливість до особистих невдач і сильне прагнення до залежності і опіки. Захворювання часто розглядають як еквівалент печалі.

Цукровий діабет. Особистість хворого на цукровий діабет описується як та, що в обов'язковому порядку включає почуття хронічної незадоволеності. Однак, вважається, що на відміну від представників інших психосоматичних захворювань не існує певного діабетичного типу особистості.

Нейродерміт. До нейродермітів психосоматичного генезу відносять екзему і псоріаз. Пацієнти часто характеризуються пасивністю, їм важко дається самоствердження.

Захворювання опорно-рухового апарату. Для пацієнтів з ревматоїдним артритом специфічними вважаються «застигла і перебільшена позиція» пацієнта, демонстрація високого рівня самоконтролю. Характерна також тенденція до самопожертви і перебільшеної готовності допомогти оточуючим. При цьому наголошується «агресивне забарвлення допомоги».

Принципи профілактики психосоматичних захворювань.

Терапевтична тактика в лікуванні психосоматичних захворювань передбачає основну роль фахівців-соматологів і відповідні методи терапії. Однак психотерапія грає важливу роль в профілактиці виникнення цих захворювань і на всіх етапах лікування і реабілітації. У профілактиці психосоматичних захворювань важливу роль відіграє своєчасне виявлення особистісної схильності і проведення тривалої особистісно-орієнтованої психотерапії за допомогою фахівця-психотерапевта. Лікарі загальної практики та сімейної медицини повинні опановувати самі і навчати пацієнтів навичкам психічної саморегуляції, аутогенного тренування з метою мобілізації або релаксації в стресових ситуаціях.

Інший підхід застосовується до лікування невротичних і соматоформних розладів, коли соматичні скарги хворого пов'язані з функціональними соматичними розладами, основною причиною яких є психічне захворювання. У цих випадках лікування проводиться психіатром з використанням психотерапії та психофармакотерапії.

Контрольні питання

1. Дайте визначення поняттям відчуття, сприйняття, уявлення.

2. Перерахуйте види пам'яті.

3. Охарактеризуйте типи мислення.

4. Дайте визначення поняттю психосоматика.

5. Перерахуйте форми психологічного захисту.

Тестові завдання

1. До якої психічної сфери відносяться відчуття тривоги, напруги, неспокою, дратівливості?

- A. Відчуттів і сприйняття
- B. Емоцій
- C. Уваги
- D. Мислення
- E. Свідомості

2. У процесі спілкування з викладачем студент намагається коригувати свою поведінку і мова з метою справити найбільш сприятливе враження. Визначте механізм пізнання, який використовується студентом при спілкуванні.

- A. Стеріотіпізація
- B. Рефлексія
- C. Ідентифікація
- D. Перцепція
- E. Дискусія

3. У хворого 40 років хронічно протікає соматичне захворювання. При психологічному обстеженні виявлені знижена самооцінка, надмірна чутливість до власних невдач і сильне прагнення до залежності і опіки. Для пацієнтів з яким захворюванням ці риси особистості найбільш характерні?

- A. Ішемічна хвороба серця
- B. Тиреотоксикоз
- C. Виразковий коліт
- D. бронхіальна астма
- E. Ревматоїдний артрит

4. Хлопчика 14 років підлітки дратують «помідором», так як при хвилюванні його обличчя сильно червоніє. В якій системі переважають психосоматичні реакції?

- A. У системі дихання
- B. У травному тракті
- C. У сексуальній сфері
- D. У м'язах
- E. У вегетативній системі

5. У пацієнтки 48 років з соматичним захворюванням, яке протікає хронічно, при психологічному обстеженні виявлено: демонстрація високого рівня самоконтролю, тенденція до самопожертви і перебільшеної готовності допомогти оточуючим. При цьому наголошується «агресивне забарвлення допомоги». Для пацієнтів з яким захворюванням ці риси особистості найбільш характерні?

- A. Ішемічна хвороба серця
- B. Тиреотоксикоз
- C. Виразковий коліт

Д. Бронхіальна астма
Е. Ревматоїдний артрит

Ситуаційні завдання:

1. Хворий Н 32 років, зі слів дружини протягом 3 місяців страждає вираженим кашлем, з важковідокремлюємою мокротою, субфебрилитетом, поганим апетитом, схуд на 5 кг. Об'єктивно – бліді шкірні покриви з землистим відтінком. Хворий заперечує наявність будь-яких скарг і відмовляється проходити обстеження, «так як у нього багато роботи і немає вільного часу». Яке ставлення до своєї хвороби у даного хворого?

Тема №3 ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.

Психологічні аспекти залежної поведінки

Залежність характеризується патологічним потягом до якої-небудь дії або речовини і почуттям психічного і фізичного дискомфорту при неможливості реалізувати цей потяг. Індивід часто стає залежним не в силу тиску або примусу ззовні, а завдяки готовності підкоритися. Залежна особистість здатна сама легко знайти в навколишньому об'єкт чи суб'єкт залежності.

Одним з факторів ризику формування залежності є психічний інфантилізм, тобто психічна незрілість особистості з недоліком почуття свідомості власного «Я». Поведінка таких особистостей характеризується дитячістю, інфантилізм проявляється у вигляді протесту, епатажу, пошуку заспокоєння і задоволення поза реальністю, незрілості неконтрольованості реакцій. Інфантилізм формується під дією виховання, спадкових факторів, органічних захворювань головного мозку.

Залежні особистості в преморбіді відрізняються сугестивністю, вони не можуть критично оцінити свою поведінку, легковірні, податливі до групового впливу, авторитарного управління, їх легко переконати в тому, що ніякої шкоди ця звичка не приносить, «легкі наркотики не викликають залежності» і т.п. Особливу роль сугестивність відіграє у формуванні групових форм залежності, наприклад, в становленні релігійного, спортивного або музичного фанатизму.

Залежні особистості схильні до імітаційної поведінки, готовності робити те, що роблять інші. Вони не здатні адекватно і повною мірою планувати і прогнозувати майбутнє. Наприклад, наркозалежні живуть сьогоdnішнім днем, хвилиною, їх не лякає той вплив на здоров'я, яке надає наркотик, їх нічому не вчить свій чи чужий негативний досвід.

Залежні особистості відрізняються негнучкістю всієї психічної діяльності. Вони неухильно дотримуються тих принципів життя, які для них виявляються найбільш значимими. Так спортивні і музичні фанати дотримуються певного стилю одягу, зачіски, прикрас.

Для залежних особистостей характерна наївність, простодушність, безпосередність, крайність у вимогах, емоціях, вони не схильні до компромісів.

У залежних особистостей формується егоцентризм, вони фіксують увагу тільки на собі, своїх інтересах, основна їх потреба – отримати задоволення. У них відсутня витримка, їм важко чекати і наздоганяти. Такі особистості схильні до ризику, постійно шукають складні і небезпечні способи досягнення задоволення. Поряд з описаними рисами, залежні особи відчують страх бути покинутими людьми, з якими вони пов'язані своєю патологічною пристрастю, страх самому не впоратися з життєвими труднощами.

Залежність від психоактивних речовин

Психоактивні речовини – це такі речовини, одноразовий прийом яких викликає різні суб'єктивно приємні психічні стани, при їх зловживанні виникає залежність, розвивається деградація особистості, порушується соціальна адаптація.

Виділяють 3 групи психоактивних речовин: алкоголь, наркотики, токсичні речовини.

Мотивація вживання психоактивних речовин буває різною. Одні приймають ці речовини з метою пом'якшення або усунення емоційного дискомфорту, це такі стани як страх, тривога, депресія. При гедонічній мотивації споживачі психоактивних речовин прагнуть отримати задоволення, випробувати почуття радості від прийому. Деякі прагнуть до пошуку незвичайної дії, «політ у незвідане». Ці відчуття виникають при вживанні марихуани, опію, кокаїну, ЛСД, циклодолу, ефіру та інших речовин. Ряд психоактивних речовин викликають підвищення продуктивності лікарських (ефедрин та його похідні, марихуана, амфетаміни, кофеїн).

Нерідко особи, що вживають психоактивні речовини, вважають себе причетними до кола обраних, знавців.

Найбільш поширеною формою залежності від психоактивних речовин є нікотинова залежність.

Куріння тютюну широко поширено в усьому світі, незважаючи на те, що в різний час і в різних країнах були гоніння на курців. Спочатку курили тільки чоловіки, з 80-х років 19 століття до паління почали долучатися й жінки. В даний час середній вік початківців куріння значно знизився, а число дівчат, які курять, збільшилася. Куріння все більше поширюється в юнацькому, підлітковому і навіть дитячому віці.

Більшість курців знають про шкоду куріння, але продовжують палити. Звичка палити міцно увійшла у життя і побут багатьох людей, стала постійною життєвою потребою. Однією з основних причин початку куріння є цікавість, бажання дізнатися щось нове, яке найбільш виражене в підлітковому віці. Важливу роль відіграє і прагнення слідувати дорослим, товаришам, визнаним авторитетам, героям фільмів. Бажання почати курити викликають і квітчасті реклами сигарет, якими буквально прикрашені наші міста, і в яких попередження МОЗ про шкоду куріння написано таким неясним шрифтом, який просто не може привернути увагу. Нерідко підлітки починають палити, щоб не бути предметом насмішок з боку однолітків.

По мірі розвитку звичайне куріння стає складним умовним рефлексом, який включає в себе наступні компоненти:

- елементи фетишизму – красиві і дорогі принади для куріння;
- елементи ритуалу – вертати у руках запальничку, розминати сигарети, набивання трубки, обрізання кінчика сигари, перше затягування, пускання кілець і т.д .;
- смакові відчуття, аналіз суб'єктивного задоволення;
- задоволення від запаху тютюнового диму;

- рефлекторний вплив тютюнового диму з його інгредієнтами через дихальну систему на внутрішні органи;
- безпосередній вплив нікотину на центральну нервову систему;
- елемент спілкування – куріння як групове проведення часу.

Бажання курити нерідко залишається навіть при тривалих термінах утримання (10-15 років).

Надцінні захоплення

Захоплення – підвищений інтерес до чого-небудь з упередженим емоційним ставленням. При надцінному захопленні всі характеристики звичайного захоплення посилюються до гротеску, об'єкт захоплення або діяльність стає визначальним в житті людини, відтісняє на другий план або повністю блокують всі інші види діяльності.

Ознаки надцінних захоплень:

- глибока і тривала зосередженість на об'єкті захоплення;
- упереджене, емоційно насичене ставлення до об'єкта захоплення;
- втрата відчуття контролю часу, витраченого на захоплення;
- ігнорування будь-якої діяльності.

При надцінних захопленнях відбувається «втеча від реальності» в будь-яку діяльність на шкоду іншій і на шкоду гармонії особистості в цілому.

Гемблінг, ігроголізм

Патологічна схильність до азартних ігор (*гемблінг, ігроголізм*). Виявлено високу коморбидність цього розладу з афективними розладами і різними видами хімічної адикції. Початок ігроголізма, як правило, у чоловіків – в підлітковому віці, а у жінок – у другій половині життя.

Ознаки, характерні для осіб з патологічною схильністю до азартних ігор:

1. Постійна захопленість і збільшення часу, проведеного в ситуації гри.
2. Зміна кола інтересів, витіснення колишніх мотивацій ігрової діяльності, постійні думки про гру, прокручування переважно в уяві ситуацій, пов'язаних з ігровими комбінаціями.
3. «Втрата ситуаційного контролю», яка виражається в нездатності припинити гру вольовим зусиллям (як після великого виграшу, так і після постійних програшів).
4. Наявність ознак «сухої абстиненції», що виражаються в стані психічного дискомфорту, дратівливості, занепокоєнні, тривозі, депресії через короткі інтервали часу після припинення гри з бажанням знову приступити до неї, яке важко перебороти.
5. Збільшення частоти участі в грі і прагнення до все більш високого ризику.
6. Збільшення здатності піддаватися спокусі відновити гру, тобто зниження ігрової толерантності.

Ігроголізм в своєму розвитку проходить 3 стадії (R.L.Custer, 1984).

I стадія – стадія виграшу. Для цього періоду характерні епізоди випадкової гри з виграшами, що супроводжуються порушенням та ейфорією. Виникає бажання грати все частіше, підвищувати ставки, ризикувати. Зростає збудження, яке передує грі. З'являються фантазії на тему гри, безпричинний оптимізм і передчуття великого виграшу. Все частіше гра відбувається на межі фолу, коли за одну мить можна втратити все або придбати «увесь світ». Формується психологічна залежність від гри.

II стадія – прогресуючих програшів. У цей період до вже сформованої психічної залежності приєднується фізична. Життя людини зосереджене на грі. Він не може зупинитися ні після виграшу, ні тим більше після програшу. Відчуття ейфорії, яке має місце в період між ставкою і результатом гри, підкріплює потяг. Зростає соціальна дезадаптація: з'являються фінансові проблеми, конфлікти на роботі і в сім'ї, участь в ризикованих заходах, можливі правопорушення, спрямовані на пошук грошей. Одночасно з цим знижуються психологічні навички в грі, з'являються необдумані кроки, невиправданий ризик, кількість програшів зростає. Змінюється ієрархія потреб: домінуючою стає потреба в грі, витісняючи базисні фізіологічні потреби в їжі, сексі і сні. При спробі закінчити гру виникає синдром відміни, який супроводжується важким дисфоричним станом з головним болем і вегетативними порушеннями, тривогою, напругою, депресією, погіршенням сну і уваги, суїцидальними думками. Залежно від соціальних, ситуаційних, особистісних та інтелектуальних особливостей, друга стадія може тривати до 10-15 років.

III стадія – відчаю. Хворий соціально декомпенсований, дезадаптований і фінансово неспроможний. Виражено компульсивний потяг до гри. Реально ситуація не оцінюється: програється все рухоме і нерухоме майно, відбуваються фінансові злочини. Критика до свого стану і до всього, що відбувається, відсутня. При спробі припинити гру виникає важка абстиненція з вираженими депресивними розладами і суїцидальними спробами, а також агресивною поведінкою. Виражена анозогнозія. Хворі дуже рідко звертаються за допомогою до психіатрів, як правило на консультацію їх приводять родичі. Вперше психіатр їх консультує частіше після суїцидальної спроби.

Ігроголізм носить хронічний і прогресуючий характер.

Комп'ютерна залежність.

Від 5% до 14% людей, що користуються Інтернетом, страждають на комп'ютерну залежність. Найчастіше це підлітки і особи молодого віку. Важливою особливістю залежної поведінки осіб молодого віку є можливість легкого переходу від однієї адикції до іншої. Досить часто у них спостерігається одночасна наявність різноманітних видів залежності. Комп'ютерна залежність висококоморбідна з девіантними формами поведінки, депресивними та особистісними розладами, з різними видами хімічних адикцій.

В даний час виділяють 5 типів комп'ютерної залежності:

1. нав'язливий серфінг (подорож в мережі, пошук інформації з баз даних і пошукових сайтів);
2. пристрасть до онлайн-ових біржових торгів та азартних ігор;
3. віртуальні знайомства;
4. кіберсекс (захоплення порносайтами);
5. комп'ютерні ігри.

Комп'ютерна залежність формується значно швидше, ніж інші адиктивні розлади: приблизно 25% хворих придбали залежність в протязі півроку після початку роботи з комп'ютером, 58% – протязі другого півроку, 17% – через рік.

Виділяють ряд психологічних і фізичних симптомів, характерних для комп'ютерних адиктивів:

а) психологічні симптоми: гарне самопочуття або ейфорія за комп'ютером; неможливість зупинитися, збільшення кількості часу, проведеного за комп'ютером; неповага до батьків та друзів; відчуття порожнечі, депресії, дратівливості в період скорочення або припинення використання інтернету; надання неправдивих даних роботодавцям або членам родини про свою діяльність; проблема з роботою або навчанням, використання інтернету як шлях втечі від проблем або полегшення важких емоцій (почуття безпорадності, люті, тривожності, депресії).

б) фізичні симптоми: синдром карпального каналу (тунельні ураження нервових стовбурів руки, пов'язане з тривалим перенапруженням м'язів); сухість в очах; головний біль за типом мігрені; біль у спині; нерегулярне харчування; нехтування особистою гігієною; порушення сну, зміна режиму сну.

Формування комп'ютерної залежності проходить три етапи:

I етап – етап ризику розвитку комп'ютерної залежності. Основними характеристиками цього етапу є збільшення часу, проведеного для досягнення поставленої мети і роботи за комп'ютером, втрата відчуття часу, отримання емоційного задоволення за комп'ютером, трата більшої кількості грошей на комп'ютерну діяльність, перші ознаки соціальної дезадаптації.

II етап – етап сформованої комп'ютерної залежності. Основні ознаки, характерні для цього етапу: емоційно-вольові порушення і психічна залежність. Відзначається зростання толерантності до комп'ютера, нав'язливі думки про нього і фантазування. Спостерігається дезактуалізація основних проблем – сну, відпочинку, вживання їжі, особистої гігієни. Порушуються режими «сон-неспанья» і «відпочинок-навантаження», час роботи за комп'ютером – не тільки денний, а й нічний. Діяльність за комп'ютером проводиться за рахунок навчання, роботи, соціальних і особистих відносин. З одного боку, пацієнти повністю орієнтовані в комп'ютерних технологіях, з іншого – має місце своєрідна форма інфантилізму, практично повна безпорадність у світі соціальних норм і відносин.

III етап – тотальної комп'ютерної залежності. Спостерігаються ознаки як психічної, так і фізичної залежності. Залишаються безуспішними спроби контролювати роботу за комп'ютером. У структурі синдрому актуалізації

компульсивного потягу переважають агресивність, злобність, психомоторне збудження, депресивні феномени, розсіяна увага, мимовольні «друкуючи рухи» пальців рук. Можлива демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка при спробі навколишніх перешкодити комп'ютерній діяльності. На даному етапі присутні фізичні симптоми: головний біль за типом мігрені, біль у хребті, сухість в очах, оніміння і біль в пальцях кисті (синдром карпального каналу). Виражена соціальна і сімейна дезадаптація.

Порушення харчової поведінки людини

Харчова поведінка людини оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна залежно від безлічі параметрів, зокрема, від місця, займаного процесом прийому їжі в ієрархії цінностей індивіда, від кількісних та якісних показників харчування, від естетики. Істотний вплив етнокультуральних факторів на вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу. Одвічним питанням про цінність харчування, стає питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («їсти, щоб жити або жити, щоб їсти»), врахування ролі харчової поведінки оточуючих для становлення деяких особистісних характеристик (наприклад, гостинність).

Під **харчовою поведінкою** розуміється ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стереотип харчування в звичайних умовах і в ситуації стресу, орієнтація на образ власного тіла і діяльність по його формуванню.

З огляду на істотний вплив на оцінку адекватності харчової поведінки транскуртуральних особливостей людини, значимість прийому їжі в різних культурах і у людей різних національностей розрізняється. Так відповідно до диференційно-аналітичної концепції, харчування є однією з основних складових східної психологічної моделі цінностей, в рамках якої виробляється власний образ краси тіла (як правило, привабливіше і здоровіше розглядається повний, вгодований чоловік з хорошим апетитом) і відношення до того, як і скільки їсть дитина і дорослий. Нормальною поведінкою у період стресу розглядається підвищення апетиту і посилене харчування («спочатку поїси – потім поговоримо про проблеми») і так званий феномен «заїдання стресу». На рівні побутових відносин оцінка надзвичайної гостинності пов'язана з наданням великої кількості продуктів харчування. У західній психологічній моделі цінностей харчування саме по собі не є цінністю і гостинність не включає в обов'язковому порядку процес харчування. Цінністю є контроль за прийомом їжі, орієнтація на інші стандарти краси та естетики – стрункість, худоба, спортивність на протиположності вгодованості в рамках східної моделі. У зв'язку з подібними транскуртуральними різницями девіантна харчова поведінка в обов'язковому порядку повинна враховувати етнокультуральний стереотип харчової поведінки оточення людини.

Основними порушеннями харчової поведінки вважаються: нервова анорексія і нервова булімія. Спільними для них є такі параметри, як: занепокоєння контролюванням ваги власного тіла, спотворення образу свого тіла, зміна цінності харчування в ієрархії цінностей.

Нервова анорексія – являє собою розлад, що характеризується навмисним зниженням ваги, що викликається і підтримується самим індивідом. Відмова від їжі пов'язана, як правило, з невдоволенням своєю зовнішністю, надлишковою, на думку самої людини, повнотою.

Нервова булімія – характеризується повторюваними нападами переїдання, неможливістю навіть короткий час обходитися без їжі і надмірною стурбованістю контролем ваги тіла, що призводить людину до прийняття крайніх заходів для пом'якшення впливу з'їденої їжі, яка «повнить».

Ще одним різновидом порушень харчової поведінки є **прагнення поїдати неїстівні предмети**. Як правило, такий тип поведінки зустрічається лише при психічних захворюваннях або грубій патології характеру, хоча не виключено його появу в рамках делінквентної поведінки з метою симуляції соматичної хвороби і досягнення будь-якої мети.

Спотворення смаку як порушення харчової поведінки зустрічається при багатьох фізіологічних станах людини. Зокрема, при вагітності у жінки з'являється тяга до гострої, солоної їжі або певного конкретного блюда. Зміна ставлення до ряду продуктів з формуванням зміненої харчової поведінки можливо при захворюваннях головного мозку.

До патохарактерологічних типів девіантної зміни харчової поведінки відноситься **неестетичність** (неестетичний прийом їжі – плямкання, щебет при їжі; неакуратність і неохайність; підвищена гидливість навіть по відношенню до родичів).

До стереотипів харчової девіантної поведінки відносять також швидкість прийняття їжі. Відзначаються дві крайності: дуже уповільнене і прискорене поквапливе заковтування їжі, які можуть бути обумовлені сімейними традиціями або властивостями темпераменту.

Фанатизм

Захоплення будь-якою діяльністю, що досягає крайнього ступеня вираженості, з формуванням культу і створенням ідолів, з повним підпорядкуванням людини і «розчиненням» індивідуальності носить назву **фанатизму**.

Найбільш часті форми фанатизму – *релігійний, спортивний, музичний*. Людина підпорядковує власні інтереси інтересам конфесії, команди, музичного колективу. Така людина не здатна критично ставитися до висловлювань кумира і усвідомлювати відхилення власної поведінки (відрив або відхід з сім'ї, ігнорування роботи). Найбільш виражені соціально-психологічні наслідки викликає релігійний фанатизм, при якому відбувається руйнування сімей, розрив дружніх і родинних зв'язків, різка зміна стереотипу життя.

Найбільш сприятливим ґрунтом для формування релігійного фанатизму є сектантство. Тоталітарні релігійні секти застосовують в своїй практиці жорсткі психологічні методи впливу, що створюють у свідомості

людини стан підвищеної сугестивності за рахунок фізичного і психічного виснаження, соціальної депривації, використання трансових станів.

Характерні особливості впливу тоталітарних сект на особистість:

✓ встановлення жорсткого контролю над волею, свідомістю і почуттями членів секти (жорстка дисципліна, нав'ювання почуття провини перед організацією, психологічний тиск на тих, хто хоче порвати з сектою);

✓ формування психологічної залежності від лідера і організації (придушення здатності до критичного мислення, вимога розриву з критично налаштованими людьми, обмеження кола спілкування тільки з членами секти, відсутність вільного часу, особистого життя поза секти).

Особливу групу ризику в становленні релігійного фанатизму представляють особистості, зайняті інтенсивними духовними пошуками, які прагнуть до «повної і абсолютної істини», а також індивіди з художнім типом ВНД.

Різні мотиви відривають людину від реальності і підпорядковують його ідеї лідеру групи. Це можуть бути психологічні проблеми, з якими він не може самотійно впоратися. Відхід у групу фанатики пояснюють зняттям з себе відповідальності за прийняття рішення. Іншим мотивом фанатичного поведінки в групі є прагнення піти від одноманітної, що не викликає радості, реальності.

До надцінних психологічних захоплень відноситься діяльність, присвячена проповідуванню тих чи інших містичних традицій, емоційна захопленість і слідування традиціям екстрасенсорики і езотерики, суттю яких є переконаність в тому, що діями, переживаннями і навіть свідомістю людини керують «невідомі сили».

Співзалежність

Люди, які страждають різними формами залежності рідко живуть в повній ізоляції, зазвичай вони живуть з родичами. Залежність одного з членів сім'ї неминуче порушує внутрісімейні взаємини. Нерідко хтось із членів такої сім'ї стає співзалежним. ***Співзалежна людина*** – це той, хто поглинений тим, щоб управляти поведінкою іншої людини і зовсім не дбає про задоволення своїх власних життєво важливих потреб. Це залежність від залежного.

Для співзалежних характерні наступні особливості:

✓ Низька самооцінка – у свідомості і лексиконі співзалежних домінують численні «я повинна», «ти повинен», «як я повинна поводитися з моїм чоловіком?». Співзалежні соромляться поведінки своїх залежних родичів. Низька самооцінка визначає їх прагнення допомагати іншим, щоб бути потрібними і улюбленими.

✓ Бажання контролювати життя інших людей – співзалежні вважають, що тільки вони знають, як повинні поводитися інші члени сім'ї. Контроль над іншими вони здійснюють різними засобами – умовляння, погрози, примус, поради, підкреслюючи безпорадність оточуючих.

✓ Бажання піклуватися про інших, рятувати їх. Турбота про інших набуває нерідко гротескні форми, виходячи за розумні рамки. Вони вважають

себе відповідальними за почуття і думки, дії і навіть за долю залежних членів сім'ї.

Багато вчинки співзалежних мотивовані страхом зіткнення з реальністю, бути покинутими, що трапиться найгірше, страх втрати контролю над життям, страх скоує свободу вибору. Крім страху співзалежні відчують і інші почуття: тривогу, сором, провину, розпач, обурення, іноді лють.

Заперечення допомагає співзалежним жити в світі ілюзій, оскільки правда настільки болюча, що вони не можуть її винести. Так, мати наркомана, який приймає наркотики багато років, впевнена, що він може самотійно кинути наркотики, вірить його обіцянкам і каєттю.

Співзалежні заперечують у себе наявність ознак співзалежності, що заважає мотивувати їх на подолання власних проблем, попросити допомоги, затує і ускладнює залежність у близького, тримає в дисфункціональному стані.

Психологічні аспекти суїцидальної поведінки.

Суїцид – умисне самоушкодження зі смертельним результатом. Виключно людський акт, суїцид зустрічається у всіх культурах. Люди, які вчиняють суїцид, зазвичай страждають від сильного душевного болю і перебувають в стані стресу, а також відчують неможливість упоратися зі своїми проблемами

Самогубство та замах на самогубство складають об'єкт особливої міждисциплінарної галузі знання – *суїцидології*, яка в останні роки інтенсивно розвивається у багатьох країнах світу. Ще на початку століття відомий правознавець А.Ф. Коні зауважив, що самогубство стало перетворюватися «у недуг, який все більше і більше насувається на людське суспільство». Справедливість цих слів підтвердилася після другої світової війни, коли зростання суїцидальних показників виявилось в більшості промислово розвинених країн.

В кінці ХХ століття самогубства посіли четверте місце серед найчастіших причин смерті. Протягом року у світі реєструється близько 500 000 суїцидів, щодня більше 1 тисячі осіб на планеті позбавляють себе життя. Найбільшу тривогу викликає різке збільшення кількості самогубств серед молодих людей у віці 18-19 років. В даний час число суїцидів в цій віковій групі становить 50% всіх зафіксованих самогубств.

Самогубство, якщо дати йому коротке визначення, є усвідомлене, самотійне позбавлення себе життя. Психологія самогубства є, перш за все, психологія безнадійності. Питання про самогубство є питання, про те, що людина потрапляє у темні точки, з яких не може вирватися. Людина хоче позбавити себе життя, але він хоче позбавити себе життя саме тому, що він не може вийти з себе, бо він занурений у себе. Вийти з себе він може тільки через вбивство себе. Як би не були різноманітні життєві події і конфлікти, що призводять до самогубства, у всіх у них є один спільний етичний аспект: на рівні моральної свідомості всі вони апелюють до моральних цінностей: саме

в цій якості виступають всі уявлення про щастя, добро, справедливість, обов'язок, честь, гідність і т.п. Іншими словами, суїцидогенні події – це потужні удари по моральним цінностям особистості.

Саме суїцидальне рішення – це акт морального вибору. Віддаючи перевагу самогубству, людина співвідносить його мотив і результат, приймає на себе відповідальність за самознищення або перекладає цю відповідальність на інших. Так чи інакше, коли людина вибирає цей вчинок, вона бачить в самогубстві не просто дію, що заподіює смерть, а й певний вчинок, що несе позитивний або негативний моральний сенс і викликає певне ставлення людей, їх оцінки та думки. В етико-психологічному аналізі самогубств слід головним вважати категорію «життєвого сенсу» – одну з найбільш загальних, інтегральних характеристик життєрозуміння і життєвідчуття особистості.

Зростання кількості самогубств протягом останніх років обумовлене наростанням соціально-психологічної дезадаптації. Предиспозиційну фазу соціально-психологічної дезадаптації, на тлі якої виникає рішення про суїцид, визначають особистісні конфлікти, а також глобальні соціальні, економічні та екологічні проблеми. Вирішальне значення для переходу предиспозиційної фази у суїцидальну має конфлікт, який в умовах дезадаптації не знаходить природного дозволу і визначає розвиток феномена психологічної депривації, що приводить до суїциду. Зростання числа самогубств пояснюється різким збільшенням числа розлучень, вживанням алкоголю і наркотиків, безробіттям, збільшенням кількості різних релігійних громад деструктивного типу, груп у соціальних мережах.

Суїцидальна поведінка залежить від безлічі факторів, відбувається в особливих екстремальних ситуаціях і робиться з різних мотивів і з різними цілями. Суїцидологи вже давно відмовилися від пошуку єдиної або домінуючої причини, яка обумовлює цю поведінку, також як і від того, щоб встановити загальний або «характерний» портрет суїцидента. Суїцидальні популяції гетерогенні, як різноманітні і самі форми і різновиди суїцидальної поведінки.

З соціально-екологічної і демографічної точки зору важливо пояснити відмінності в характері просторово-часового розподілу самогубств, з'ясувати, з чим пов'язане збільшення або зменшення суїцидальних показників в певну пору року і в певних соціокультурних групах або спільнотах. Особливу увагу слід приділяти особистості суїцидента з урахуванням впливу чинників статі, віку, віднесеності до соціальної або етнічної групи. Цілком очевидно, що підстави для позбавлення себе життя у 12-річної дівчинки, що посварилася з мамою, і у всіма забутої старої хворої жінки будуть різні. В одному випадку це наслідування недавно переглянутому сентиментальному фільму, в іншому – підсумок болісної життєвої драми.

Вивчення суїцидальної поведінки можна зводити тільки до аналізу завершених суїцидів і суїцидальних спроб. Необхідно включити в розгляд весь спектр суїцидонебезпечних реакцій, все різноманіття проявів цього феномена – суїцидальних думок, погроз, імітацій (підробок), демонстрацій

суїцидальних намірів – аж до його крайніх форм – замахів на самогубство і завершених самогубств.

Різні види або типи суїцидальної поведінки необхідно розглядати окремо, щоб мати можливість виділити діагностичні ознаки суїцидальної поведінки в його різних формах або типах, беручи до уваги сприятливі об'єктивні і суб'єктивні суїцидогенні чинники.

Проведені на нашій кафедрі дослідження дозволяють виділити основні психотравмуючі ситуації, що призводять до розвитку суїцидальної поведінки:

1. Ситуації короточасні, але які різко зачіпають особистість в силу індивідуальної значущості травмуючих впливів, що включають в себе наступні:

✓ ситуації втрати: сварки з близьким другом або чоловіком; раптове розчарування в поважній людині; серйозні фінансові труднощі, несподіваний майновий крах.

✓ ситуації, що раптово порушують основну спрямованість особистості: порушення життєвих цілей і планів; крах кар'єри; раптова втрата коштів для досягнення заповітної мети; раптово розкрилися серйозні помилки свого життєвого шляху, що призвели до каяття; вимушена різка зміна життєвого стереотипу.

✓ ситуації раптової травмуючої дії, що зачіпають особливо ранимі сторони особистості: констатація у себе будь-яких фізичних дефектів, які оцінюються як потворність; констатація у себе будь-яких недоліків у характері, що становлять постійне джерело невдоволення собою.

2. Ситуації сильних, тривало існуючих травмуючих впливів включають в себе наступні конфліктні ситуації:

✓ конфлікти у сфері суспільних відносин, які проявляються протиріччями громадських і особистих інтересів; конфліктні відносини товаришів по службі (конфлікти субординації, конкуренції)

✓ конфлікти сімейних відносин, найчастіше характеризуються зіткненням різних ціннісних установок членів сім'ї (протиріччя старшого і молодшого поколінь, інтересів батьків і молодого подружжя, сварки братів або сестер), жорстоке поводження з суїцидентами у сім'ї

✓ конфлікти сексуальних взаємин, особистісні переживання пов'язані з мотивованим придушенням почуття любові в силу соціальних і моральних вимог, переживання, пов'язані з нерозділенням коханням

3. Ситуації слабких, але тривало діючих травмуючих впливів включають в себе наступні ситуації:

✓ ситуації тривалої психічної напруги: невідрегульований темп роботи і життя, що вимагає постійного перемикання в несподіваних напрямках; ситуації необхідності постійно стримувати себе в умовах недружніх сімейних або службових відносин, коли вже момент включення в ситуацію переживається з очікуванням чергових неприємностей; ситуації підвищеної відповідальності.

✓ ситуації незадоволених прагнень: вимушене перебування на роботі, що не задовольняє основних інтересів особистості; неможливість займатися улюбленою справою.

Самогубство рідко відбувається в результаті тверезого раціонального зважування життєвих обставин, доказів на користь прийняття або відхилення життя. В основі його психологічну кризу, переживання цілої гами негативних емоцій – відчаю, горя, страху, почуття безпорадності, провини, гніву, бажання помститися або перервати нестерпні душевні або тілесні страждання.

Неоднозначність особистісного сенсу суїцидальної поведінки очевидна і в загальному вигляді може бути представлена наступними мотивами: протест, помста, заклик, уникнення (покарання, страждання), самопокарання, відмова.

➤ «Протестні» форми суїцидальної поведінки виникають в ситуації конфлікту, коли об'єктивна його ланка ворожа або агресивна по відношенню до суб'єкта, а сенс суїциду полягає в негативному впливі на об'єктивну ланку.

➤ Помста – це конкретна форма протесту, нанесення конкретної шкоди ворожому оточенню. Дані форми поведінки припускають наявність високої самооцінки і самоцінності, активну або агресивну позицію особистості з функціонуванням механізму трансформації гетероагресії в аутоагресію.

➤ Сенс суїцидальної поведінки типу «заклику» полягає в активації допомоги ззовні з метою зміни ситуації. При цьому позиція особистості менш активна.

➤ При суїциді «уникнення» (покарання або страждання) суть конфлікту – у загрозі особистісному чи біологічному існуванню, якому протистоїть висока самоцінність. Сенс суїциду полягає в уникненні непереносимості наявної загрози шляхом самоусунення.

➤ «Самопокарання» можна визначити як «протест у внутрішньому плані особистості»; конфлікт переважно, внутрішній при своєрідному розщепленні «Я», інтеріоризації і співіснуванні двох ролей: «Я – судді» і «Я – підсудного». Причому сенс суїцидів самопокарання має дещо різні відтінки у випадках «знищення в собі ворога» (так би мовити, «від судді», «зверху») і «спокутування провини» («від підсудного», «знизу»).

➤ При суїциді «відмови» виявити помітну розбіжність мети і мотиву не вдається. Інакше кажучи, мотивом є відмова від існування, а метою позбавлення себе життя.

Суїцидальна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту. Це результат взаємодії середовищних (ситуаційних) і особистісних факторів. Ні специфіка конфліктних ситуацій, з одного боку, ні специфіка особистісних характеристик – з іншого, не визначають самі по собі характер тієї чи іншої поведінкової реакції, а просте «накладення» цих двох факторів один на одного не дає системного уявлення про механізми поведінки. Щоб адекватно зрозуміти суїцидальну поведінку, необхідно в кожному

конкретному випадку відповісти на два питання: «чому» людина робить або має намір здійснити суїцидальну дію і «навіщо» він хоче це зробити.

Відповідь на перше питання вимагає аналізу об'єктивних умов існування суїцидента, відповідь на друге питання повинна пояснити, як сам суїцидент оцінює ситуацію, що склалася, як, на його думку, ця ситуація виглядає в очах оточуючих і чого він хоче добитися в результаті суїцидальних погроз або реалізації суїцидальної дії. Іншими словами, відповідаючи на перше запитання, необхідно визначити життєву і безпосередню ситуацію суїцидента, його становище в мікросоціальному оточенні, стан його здоров'я, психічний статус; а відповідаючи на друге питання, визначити цілі суїцидента, його внутрішні спонукання, достатньо чи недостатньо добре осмислені наміри, тобто психологічні підстави для прийняття суїцидального рішення.

У кризові моменти життя з'являється необхідність усвідомити сенс ситуації, пояснити її, дати їй інтегральну оцінку, оволодіти ситуацією і за допомогою перебудови смислової системи змінити поведінку. Подібні за своїми об'єктивними ознаками конфліктні обставини (будь-то сімейні сварки або розлучення, нанесені образи або професійні невдачі і т.п.), навіть якщо вони зачіпають найбільш значущі сфери особистості, тобто мають характер психотравми, не визначають однозначно тактику поведінки.

Одні особи, опинившись в подібних обставинах, вступають в боротьбу з «супротивником», інші «волають про допомогу», треті намагаються уникнути загрозливих моментів, четверті схильні звинувачувати в тому, що трапилося себе, п'яті «опускають руки», підставляючи себе під «удари долі». Ці відомі відмінності виходять з особливостей особистості, яка зазнала психотравми.

Позиція особистості в ситуації конфлікту – це смислове утворення, в якому інтегруються ставлення особистості до ситуації і до себе (в даній ситуації), оцінка значимості ситуації, прогнозування її результату, що служить підставою для вибору тактики поведінки. Опинившись в умовах конфлікту, суб'єкт структурує в свідомості цілісну ситуацію, перш за все виокремлюючи з неї два основних моменти: «Я» і «не – Я», і розміщує їх один щодо іншого в суб'єктивному просторі. Остаточний вибір тактики поведінки безпосередньо детермінується тією позицією, яка складається в результаті процесу самовизначення і приймається суб'єктом.

Далеко не завжди підсумкова позиція буває однозначно визначеною: вона може бути лабільною, амбівалентною, суперечливою, такою що відбивається і на лінії поведінки. Нерідко процес самовизначення гранично згорнуто, і тоді суб'єкт відразу ж займає позицію, яка направляє його подальші дії. Нарешті, самовизначення, яке виступає для одних як довільна активність (вільний вибір позиції), для інших представляється наслідком зовнішнього примусу; інакше кажучи, суб'єкт або займає ту чи іншу позицію, або потрапляє в неї. Сформована смислова оцінка ситуації як «безвихідною» різко обмежує внутрішнє «поле зору» і блокує пошукову активність.

Наступні шість ознак характеризують таку «програшну» позицію особистості.

1. Фіксованість позиції. Суб'єкт не в змозі змінити образ ситуації, вільно маніпулювати його елементами в просторово-часових координатах.

2. Залучення, тобто переміщення себе в точку прикладання загрозливих сил; погляд на ситуацію «зсередини», нездатність відсторонитися від конфліктної ситуації, дистанціювати її.

3. Звуження сфери позиції особистості в порівнянні зі сферою конфліктної ситуації. Звуження смислової сфери особистості відбувається за рахунок обмеження уявлень про власні ресурси і за рахунок наростання ізоляції від оточуючих.

4. Ізольованість і замкнутість позиції. У структурі усвідомлення конфліктних відносин замість адаптивної позиції «ми – вони» є набагато більш вразлива конфронтація «Я – вони», яка свідчить про відчуження особистості, втрати зв'язку з референтними групами, порушеннях ідентифікації.

5. Пасивність позиції. Представляючи собі активно спрямовані на нього впливи учасників конфлікту, суб'єкт не може в рамках сформованого смислового образу представити свої конструктивні дії (нападу, захисту, догляду і т.п.). Така пасивність позиції знецінює будь-які відомі суб'єкту варіанти рішень. У пасивних позиціях знання і досвід не тільки не актуалізуються, але і відкидаються.

6. Нерозвиненість у часовій перспективі, відсутність майбутнього – тісно пов'язані з названими вище ознаками "програшної" позиції. Майбутнє представляється тільки як продовження або посилювання наявної ситуації. Така позиція впритул підводить суб'єкта до суїцидальної поведінки, але ще не достатні для його виникнення.

Конфліктна ситуація лише тоді переростає в суїцидальну кризу, коли в її сферу залучаються головні смислові утворення – ціннісні відносини людини до життя і смерті. Смислові образи при цьому виходять за рамки відображення конкретних обставин, охоплюють більш широку і віддалену соціальну ситуацію, що співвідносяться з уявленнями про майбутнє «Я». Процес самовизначення і формування позиції особистості розгортається на більш високому рівні. У структурі актуального смислового поля ситуативна позиція переформується в життєву позицію, яка при збереженні характеру «програшної» свідчить вже не тільки про капітуляцію особистості в даній ситуації, але і про її життєвий крах. Пасивність загальної життєвої позиції, блокада віддалених перспектив рівнозначні неможливості самореалізації, що тягне за собою втрату цінності життя, це вже специфічний ґрунт для зародження саме суїцидальної поведінки.

Таким чином, власне **суїцидальною поведінкою** називаються будь-які внутрішні і зовнішні форми психічних актів, що супроводжуються уявленнями про позбавлення себе життя. Слід підкреслити, що термін «поведінка» об'єднує різноманітні внутрішні (в тому числі вербальні) і зовнішні форми психічних актів. Внутрішні форми суїцидальної поведінки

включають в себе *суїцидальні думки, уявлення, переживання*, а також *суїцидальні тенденції*, які поділяються на *задуми і наміри*.

Перерахований ряд понять, з одного боку, відображає відмінності в структурі, в суб'єктивному оформленні суїцидальних феноменів, а з іншого боку, являє шкалу їх глибини або готовності до переходу в зовнішні форми суїцидальної поведінки. Доцільно користуватися трьома ступенями цієї шкали, виділяючи перед ними, особливий, недиференційований «грунт» у вигляді антивітальних переживань. До них відносяться роздуми про відсутність цінності життя. Тут немає ще чітких уявлень про власну смерть, а є заперечення життя.

1. Перший ступінь – *пасивні суїцидальні думки* – характеризується уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, але не на тему позбавлення себе життя як мимовільної активності.

2. Другий ступінь – *суїцидальні задуми* – це активна форма прояву суїцидальності, тобто тенденція до самогубства, глибина якої нарастає паралельно ступеня розробки плану її реалізації. Продумуються способи суїциду.

3. Третій ступінь – *суїцидальні наміри* – передбачає приєднання до задуму рішення і вольового компонента, який спонукає до безпосереднього переходу у зовнішню поведінку.

Зовнішні форми суїцидальної поведінки включають в себе *суїцидальні спроби і завершені суїциди*. **Суїцидальна спроба** – це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, що не закінчилися смертю. Суїцидальні спроби і суїцид в своєму розвитку проходять дві фази. Перша оборотна – коли суб'єкт сам або при втручанні оточуючих осіб може припинити спробу. Друга – необоротна, найчастіше закінчується смертю індивіда (**завершений суїцид**). Хронологічні параметри цих фаз залежать як від намірів суїцидента, так і від способу замаху.

Виділяють наступні **варіанти суїцидальної поведінки**:

1. *Істинна суїцидальна поведінка*, для якої характерний обдуманий, з тривалим і поступовим формуванням пресуїцид; мотиви суїциду в переважній більшості випадків – конфлікти (любовного плану, з батьками, відсутність жилплощі і т.д.), пресуїцидальний період (від виникнення перших суїцидальних переживань до їх реалізації) – від 1 тижня до 7 місяців; психотравмуючі ситуації відрізняються тривалістю (в середньому – 1,5 року); у багатьох невиразні суїцидальні переживання миготять за рік-півтора до спроби; виникнення в «просоночному» стані думок типу «навіщо я прокинувся?»; на етапі внутрішньої готовності до суїциду (за кілька днів-тижнів) допускаються думки про смерть, але не про самогубство, типу «добре б під машину потрапити»; безпосередньо перед суїцидом депресивні переживання, відчуття нестерпності ситуації, душевного болю, безвиході, непотрібності, почуття втоми; суїцидальні спроби відбуваються на самоті, використовувані при цьому кошти плануються; психологічний сенс цього типу суїциду – «протест» проти ситуації, що склалася.

2. *Афективна суїцидальна поведінка* – в більшості випадків пресуїцид короткий; суїцидальне рішення виникає на висоті афекту, миттєво, думка про суїцид зароджується раптово; вибирається найчастіше перший-ліпший під руку засіб, соматична тяжкість якого обумовлена тяжкістю психічного стану і силою афективного настрою, який в момент суїциду послаблює свідомість; емоційний стан перед спробою суїциду характеризується відчуттям душевного болю, нестерпністю ситуації, збудженням, страхом, необхідністю близьких духовних контактів; суїцидальним спробам не завжди передують конкретний привід (в 40% випадків аутоагресивні дії відбуваються у відповідь на загострення суб'єктивно-негативного сприйняття ситуації, що склалася, на роздуми про своє становище); приводом є події, які сприймаються людиною як показник краху його життя, і навіть звичайні сварки зі значущою особою; суїцид, за рідкісним винятком, відбувається на самоті, що свідчить про невиразність демонстративного компонента в групі афективних суїцидів; про наслідки своїх дій суїцидент зазвичай не думає, спостерігається неузгодженість кінцевої мети суїциду (смерті) і її психологічного сенсу.

3. *Демонстративна суїцидальна поведінка*: мета даного типу суїцидальних спроб – вплив на ставлення значимих осіб, мотиви – конфлікти; пресуїцид короткий (від декількох хвилин до години) з сумнівами в доцільності аутоагресивних дій; аутоагресивним діям завжди передують конкретний привід у вигляді будь-яких образливих слів; стан в пресуїциді характеризується недепресивними емоціями: образою, почуттям жалю до себе і нездоланності ситуації, агресією, страхом перед суїцидом, проте переживання не відрізняються глибиною, а афект не виражений; суїцидент розуміє, що його дії не можуть спричинити собою смерть; бажання привернути увагу до власного горя і помститися: іноді суїцид відбувається на очах у значущих осіб, часто про майбутній суїцид повідомляється близьким і навіть стороннім особам.

На наш погляд, основними компонентами для кожного з трьох перерахованих типів суїцидальної поведінки є:

- для істинного – догляд, відмова від боротьби, «виключення» важкої ситуації з огляду на безуспішності неодноразових спроб впоратися з нею і неможливості відмовитися від своїх цілей;
- для афективного – зняття емоційної напруги в ситуації тривалої психотравми;
- для демонстративного – «крик про допомогу».

Спільність психологічного сенсу всіх типів суїцидів полягає у відсутності справжнього бажання смерті, думка про смерть нечітка і завжди двозначна: очікування від акту позбавлення від страждань, але не фізичної смерті.

Суїцидальність – це сигнал лиха, заклик про допомогу, який вказує на безвихідну конфліктну ситуацію. У кожному разі суїцидальність вимагає особливих терапевтичних зусиль.

При наданні лікувальної допомоги особам, які перебувають під загрозою суїциду, не існує каузальної терапії, яка проводилася б за певними правилами і гарантувала лікування пацієнта. Мета лікування – вирішити проблеми, які зумовлюють суїцидальність, а не прагнути до запобігання суїциду за всяку ціну. Ніхто, крім самої людини, «втомленої від життя», не може вберегти його від самогубства.

Психотерапія, що проводиться з суїцидентом, ставить собі за мету переконати його в наявності оптимістичних можливостей. Приблизно у 70% осіб, які вчинили одноразово суїцидальну спробу, вдається домогтися формування нових життєвих цілей. У 30% спроби самогубства повторюються, з них половина зі смертельними наслідками. Лікуючий лікар повинен навчитися жити з усвідомленим розумінням цього ризику. Досвід минулого дає підстави сформулювати підхід до суїцидентів. Особливо великі повинні бути зусилля лікаря з метою змінити настрій пацієнта безпосередньо після спроби самогубства.

Перший важливий терапевтичний крок – спроба встановити контакт з пацієнтом. Перше питання могло б звучати так: «Що змусило Вас так зневіритися, що Ви вирішили, що більше не варто жити?» Прояв участі і розуміння відчаю і безвиході пробивають пролом в стіні порушених можливостей контакту у суїцидента і його ізоляваності від людей.

Безпосередній привід спроби самогубства триває від декількох хвилин до декількох годин, рідко днів, перед вчиненням вчинку. Важливо знати цей привід, а по можливості – і приводи, які передували спробі самогубства, щоб знайти доступ до більш прихованих проблем пацієнта.

Психіатричний досвід доказує, що свідомо висловлений мотив суїциду не є абсолютним і єдиним обґрунтуванням суїцидального вчинку. При будь-яких обставинах кризова ситуація є приводом, на основі якого розвивається нова, ще не відома пацієнтові проблематика. Частіше за інших приводом є розчарування в партнері або його втрата. Він відчувається як хворобливий і раниць і призводить до екзистенціального потрясіння почуття власної гідності. Лікар складає собі уявлення про масштаб кризи і інтенсивності бажання смерті у пацієнта. У випадках важкого суїцидального кризу або при гострих психотичних станах (у хворих на ендogenous депресію, на шизофренію) єдино правильним рішенням може виявитися безперервне спостереження за пацієнтом або приміщення в клініку, щоб захистити його від власних суїцидальних імпульсів. При психореактивних кризах позицію лікаря зміцнює виявлена їм повага до волевиявлення пацієнта. Втоmlена від життя людина тим легше віддає перевагу життю, чим менше чиниться на нього тиск. Лікарю належить спільно з пацієнтом оцінити кордон бажання смерті. Така бесіда може стати першим кроком назустріч життя. Мабуть, немає нікого, хто хотів би тільки жити або тільки померти. Суїцидент хоче, щоб його бажання померти було зрозуміле.

Більш глибокий сенс бажання смерті найчастіше проявляється в фантазіях, пов'язаних з відчуженням. Фізична смерть не є метою суїцидента.

Розуміння цього факту допомагає розпізнати істинний сенс кризи і розібратися в основних, глибинних труднощі пацієнта.

Після того як контакт лікаря з хворим надійно налагоджений, масштаб і привід кризового стану визначені, бажання смерті відлунали і смислові зв'язки стали більш прозорими, починається відновна терапевтична робота. Дати пацієнту пізнати власну силу, вміння сформулювати свої бажання і цілі, прогнозувати розуміння і можливості виходу з кризової ситуації в даний момент і в майбутньому – ось серйозні кроки психотерапії кризових станів.

У психіатрії прийнято позначати підходи до проблеми суїциду через терміни **превенція, інтервенція і поственція** (лат. – «приходить до, що приходить під час, приходить після»), тобто зусилля щодо запобігання суїциду, активне втручання в власне процес суїциду (наприклад, під час телефонного або очного консультування особистості з уже дозрілим рішенням накласти на себе руки) і лікування наслідків суїциду у суїцидента (в разі, якщо він вижив) і – або його близьких.

На нашу думку найбільш оптимальними є наступні моделі превенції суїцидального процесу – медична, соціологічна і екологічна.

Медична модель розглядає суїцид, як крик про допомогу, до якого призводить психологічна криза в житті людини або емоційний розлад. Тому вона передбачає консультації, дружню допомогу (різновидом якої є Телефон Довіри, тому що в консультативній моделі пацієнт усвідомлює цінність допомоги в тому числі за допомогою її оплати), психотерапію і медикаментозне лікування.

Соціологічна модель передбачає ідентифікацію факторів і груп ризику, враховує соціологічні фактори, що призводять до суїциду (наприклад, алкоголізм, малозабезпеченість тощо). І розробляє рекомендації по ситуації для більш ефективного застосування інших (зокрема зменшення впливу цих факторів на життя суспільства, сприяє проясненню медичної) моделей.

Екологічна модель передбачає роботу із засобами та об'єктами навколишнього світу, які можуть бути використані для суїциду. Це, наприклад, установка страхувальних сіток в прольотах сходів і у дахів висотних будинків, заборона на відкритий продаж зброї, і т.і. Встановлено, що суїциди поділяються на три типи: егоїстичний, анонічний і альтруїстичний. Анонічний виникає тоді, коли людина не може пристосуватися до якихось швидко мінливих обставин зовнішнього середовища – ситуацій безробіття, війни, криз, глобальних катастроф.

Інтервенція означає впровадження в суїцидальний процес з метою залишити суїцидента в живих або здійснити блокаду його можливих дій за допомогою психологічного впливу (наприклад, через антисуїцидальний контракт), емоційної або душевної підтримки, формуванням відносин довіри і подальшої роботи над стратегією позитивних змін в його стані.

Поственція означає запобігання наслідків акту аутоагресії, а також подолання кризи у тих, хто вижив, і їх найближчого оточення, для того, щоб полегшити пристосування до тієї реальності, з якою вони стикається після скоєння спроби. Поственція проводиться як очно, в кризових стаціонарах, так

і заочно, по телефону. Поственція передбачає подальше психологічне консультування і тут важлива освітня стратегія, щоб рівень усвідомлення суспільством проблеми самогубства був більш зрозумілий і правильний, тому що зараз в масовій свідомості існує безліч міфів з приводу суїцидів.

Танатологія

Танатологія (грец. Thanatos смерть + logos вчення) – вчення про закономірності помирання і обумовлених ними зміни в органах і тканинах. Вивчає динаміку і механізми вмирання, безпосередні причини смерті, клінічні, біохімічні та морфологічні прояви поступового припинення життєдіяльності організму.

Термін «танатологія» в медичну та біологічну науки був введений за пропозицією І.І. Мечникова. Біля витоків танатології стояли видатні вчені Бише, Клод Бернар, Вірхов, І.І. Мечников та інші, які поклали початок вивченню смерті як закономірного завершення життя. Термін «танатологія» був утворений від грецьких коренів – thanatos - смерть і logos - вчення, таким чином точний переклад означає – вчення про смерть.

Важливою складовою частиною танатології є уявлення про танатогенез, тобто причини і механізми настання смерті. Знання основних закономірностей танатогенеза уможливорює ефективне втручання в критичні періоди хвороби, особливо в умовах реанімації.

Завдання танатології:

1. Створення і вдосконалення наукової класифікації причин і обставин настання смерті.
2. Розробка теоретичних методологічних основ вчення про термінальні стани.
3. Вдосконалення методичних прийомів визначення стадій термінального періоду і часу настання клінічної та біологічної смерті.

Загальнопатологічні значення танатології визначаються тим, що вона сприяє розширенню уявлень про зв'язки органів і систем, що забезпечують їх діяльність як єдиного цілого, про механізми компенсаторно-приспосувальних реакцій організму, потенційні можливості кожного органу і ін.

Розрізняють загальну і спеціальну танатологію. Загальна – вивчає найбільш загальні закономірності процесу вмирання, спеціальна – особливості танатогенеза при конкретних захворюваннях і причини смерті, причини і характер настання незворотних змін в окремих органах.

У деяких випадках визначення причин смерті не представляє особливих труднощів. Це буває, наприклад, при масивних пошкодженнях з повним руйнуванням того чи іншого життєво важливого органу (великі травми, опіки, тотальний некроз печінки, двосторонній кортикальний некроз нирок і т.п.). Часто визначити причину смерті буває важко, а часом і неможливо. Пояснюється це тим, що навіть при великому, але не тотальному ураженні того чи іншого органу немає впевненості в тому, що він сам по собі не міг би ще функціонувати. Величезний досвід, накопичений реаніматологією, свідчить про те, що, здавалося б, що вичерпали свої

можливості органи і тим самим зумовили наступ клінічної смерті можуть при відповідних умовах почати функціонування знову, повернувши до життя організм як ціле. Це говорить про те, що клінічна смерть настає раніше того моменту, коли структурні зміни ураженого органу стають незворотними.

Особливо складними стали питання танатогенеза в сучасних умовах у зв'язку з широким застосуванням різноманітних фармакологічних засобів, проведенням великих оперативних втручань та ін. При цьому з'ясування танатогенеза стає можливим тільки при всебічному аналізі результатів розтину прозектором спільно з усією групою фахівців, що мали відношення до лікування і оперативного втручання (з хірургом, анестезіологом, біохіміком і ін.).

Смерть в усі віки і у всіх народів несла відбиток таємничості і містичності. Непередбачуваність, неминучість, несподіванка і часом незначність причин, що призводять до смерті, виводили саме поняття смерті за межі людського сприйняття, перетворювали смерть у кару божу за гріховне існування або в дар божий, після якого людину чекає вічне і щасливе життя. У багатьох народів існували обряди поклоніння смерті і тільки божества або герої, такі як Геракл – син Зевса і смертної жінки, ризикували вступати в боротьбу зі смертю і перемагати її. Говорячи про вивчення смерті, академік В.А. Неговський в «Нарисах з реаніματοлогії» писав: «... хід природознавства призупинився перед вивченням смерті. Століттями це явище було настільки складним і незрозумілим, що, здавалося, знаходиться за межами людського пізнання. І лише поступово накопичуються боязкі і спочатку досить елементарні спроби оживити людину і випадкові успіхи при цьому зруйнували цю непізнану стіну, що робить смерть «річчю в собі». Кінець минулого і особливо нинішнє століття внесли в проблему смерті корінні зміни. Смерть перестала нести на собі відбиток містики, але таємниця її збереглася. Смерть, будучи закономірним завершенням життя, стала таким же об'єктом наукових досліджень, як і саме життя. Один із засновників експериментальної патології, який стояв біля витоків танатології, знаменитий француз Клод Бернар в «Лекціях з експериментальної патології» писав: «... щоб знати, як живуть організми тварини і людини, необхідно бачити, як безліч їх вмирає, бо механізми життя можуть бути розкриті і виявлені лише знанням механізмів смерті.». Альфред Нобель, засновник Нобелівських премій, рекомендував особливу увагу звернути на вивчення питань старіння і вмирання організму, фундаментальних проблем сучасної біології і медицини. Зміна наукового ставлення до смерті, зведення смерті до природного фізіологічного процесу, що вимагає кваліфікованого фізіологічного аналізу і вивчення, мабуть, особливо рельєфно проявилось у висловлюванні І.П. Павлова: «... яке велике і плідне поле розкрилося б для фізіологічного дослідження, якби негайно після викликаної хвороби або з огляду на неминучу смерть експериментатор шукав з повним знанням справи спосіб перемогти ту і іншу». Таким чином вже на початку XX століття смерть з містичної «речі в собі», може бути поки що тільки в умах учених, перетворилася на об'єкт наукового пошуку, що

вимагає спеціальних досліджень і аналізу. Об'єкт, який дозволяє не тільки зрозуміти причини припинення життя, а й як Геракл вступити в непримиренну боротьбу зі смертю і навіть вивчити саме життя, зрозуміти першооснови, що відрізняють живі об'єкти від неживих.

Спроби вчених визначити принципові відмінності живого і неживого робляться вже досить давно. У минулому столітті француз Тангль визначав смерть, як загальну властивість всіх живих. Один з основоположників танатології Біше говорив, що життя – це сукупність явищ, які намагаються протистояти смерті. Класики діалектичного матеріалізму піддали ці уявлення критиці за їх метафізичний підхід до вирішення складної проблеми і Ф. Енгельс в «Анти-Дюрінгу» написав: «Життя є спосіб існування білкових тіл, і цей спосіб існування полягає по своїй суті в постійному оновленні їх хімічних складових частин шляхом харчування і виділення» і далі «Жити значить вмирати». Але якщо ми зіставимо уявлення Енгельса і його опонентів, яких він критикував, то виявиться, що принципових відмінностей між ними не існує. Більш того, всі вони підходили до трактування життя тільки з позицій єдиної відомої їм білкової форми, і визначали її по відношенню до її ж протилежності – смерті.

У сучасній науковій літературі поняття «життя» трактується з філософсько-біологічних позицій. Життя – це одна з вищих форм руху і організації матерії.

Інтерес до проблем танатології помітно поживався в останні десятиліття з кількох причин. Перш за все, у зв'язку з розвитком реаніματοлогії. Психіатричні та психологічні аспекти проблеми «живого організму» у осіб, які перенесли клінічну смерть, термінальні і інші небезпечні для життя стани, що раптово розвинулися, викликали бурхливе обговорення етичних проблем, а перед психіатрами і невропатологами поставили проблему лікування, реабілітації та відновлення психічної діяльності у осіб з постреанімаційною хворобою.

З 1959 року, коли реаніματοлоги вперше описали стан «смерті мозку», що виникає в процесі реанімації, не припиняються дискусії про нову концепцію смерті, згідно з якою смерть людини ототожнюється зі смертю його головного мозку. Особливої актуальності набула ця тема з 1967 року після першої пересадки серця, так як більшість донорів для трансплантації органів – це пацієнти із загиблим мозком. Трансплантологія виявилася в центрі уваги танатологічних, етико-правових, соціальних і філософських питань, які не мали однозначної відповіді і в різних країнах трактувалися по-різному.

У підсумку, на рубежі 60-70 років виникла біоетика. Фахівці в цій науці вирішують з етичних і правових позицій численні проблемні ситуації, що виникають в клінічній практиці (медичне втручання в репродукцію людини, допустимість медико-генетичного контролю, трансплантація органів, клонування людини і т.п.).

Другою причиною поживавлення інтересу до проблем танатології стало дослідження американського доктора філософії, психолога і лікаря Раймонда

Моуді, опубліковані в його книзі «Життя після життя. Дослідження феномена продовження життя після смерті тіла» (1991), в якій він підняв фундаментальні проблеми людинознавства.

І нарешті, питання танатології стали активна вивчатися в зв'язку з проблемою евтаназії.

Смерть – необоротне припинення життєдіяльності організму, неминучий природний кінець існування будь-якої живої істоти. Саме так визначає це поняття сучасна наука. Неоднозначність цього визначення очевидна хоча б тому, що виділяють кілька видів смерті. Існує смерть клінічна і смерть біологічна або справжня, смерть соціальна і смерть мозку. Сам по собі факт неоднозначності поняття смерті ставить перед лікарями надзвичайно складні етичні, філософські, економічні та правові проблеми, пов'язані з констатацією смерті, об'ємом реанімаційних заходів, евтаназії і прийняттям рішення про продовження або припинення надання медичної допомоги.

Психологічні аспекти танатології виводять на перший план дилему говорити смертельно хворому про його діагноз чи ні. В даний час більшість лікарів погоджується з тим, що все залежить від психологічних особливостей, життєвих цінностей і системи значущості хворого.

У будь-якому випадку повідомлення про смертельний недуг є для будь-якої людини психотравмуючим, позбавляє його надії, а от вмирає людина з такою звісткою чи ні залежить від його особистісних особливостей.

Тенденція «говорити правду» підтримується працівниками онкологічних стаціонарів, де хворі все одно здогадаються, в якому відділенні вони знаходяться, зрозуміють по ходу лікування, про яке захворювання йде мова. Тим, що лікування буває успішним, можна послабити психотравмуючий характер повідомлення про злякисний процес.

Якщо лікар не наважується повідомити справжній діагноз, то він має можливість говорити про хвороби з аналогічними симптомами і з хронічним перебігом.

Сучасне промислове суспільство стихійно створює в людей споживацьке ставлення до життєвих цінностей, чого не уникає і наша суспільна система, заснована на більш широкому задоволенні матеріальних і інших різних потреб. З'являються певні норми, яких повинен домагатися громадянин і певні соціальні групи; можна говорити про «обов'язковий стандарт». Йому пропонуються певні споживчі ідеали (автомобіль, тип відпустки), а також і особисті ідеали: краса, сексуальна привабливість, спортивні здібності. В людях таким шляхом створюється розуміння «права на життя», відчуття необмеженого права споживати життя. Думка про смерть і про невідворотний кінець відступає в тінь соціальних і психологічних процесів; тут можна застосувати фразу: «забув про це, як про смерть». Сигнали про несподівану смерть або про смертельне захворювання людей, що знаходяться в «повному здоров'ї» діють на цей непередбачений ґрунт, як приголомшливі удари. При цьому людям навіюється думка про майже необмежені можливості науки, так що особиста розчарованість у цьому

напрямку буде ще більш глибокою. Подовження людського життя не приносить відповідного поліпшення здоров'ю в старшому віці, прожите пасивно в період отримання пенсії за віком.

Медична допомога, що надається особам похилого віку, носить здебільшого підтримуючий характер, який віддаляє, часто надовго, неминучий кінець. При цьому люди, не зайняті на роботі або активно не приймаючі участь в іншій діяльності, природно, часто повертаються до думки про те, що загрожує їхньому здоров'ю і життю.

Релігійні переконання, які є у глибоко віруючих складовою частиною життєвого стилю, викликають у цих людей певні «психічні антитіла» проти несподіваного страху перед хворобою і смертю. Культ страждання і смерті в обрядах і молитвах («Memento mori - пам'ятай про смерть») створює з думки про смерть, про хвороби і страждання складову частину психічної зброї людини; страждання стає заслугою, яка буде в загробному житті справедливо оцінена.

Багаторічний рівень спостереження і роботи в якості психотерапевта з тяжкохворими і досвід тренувальних семінарів з лікарями, медсестрами дозволили Елізабет Кюрбер-Росс зробити висновок, що психічний стан, який захворів смертельним недугом, нестабільний і проходить 5 стадій:

I стадія – заперечення і неприйняття трагічного факту.

Домінуючими в цей період є висловлювання «тільки не я», «не може цього бути», «це не рак» і т.п. у хворого зростає тривога і напруга, страх перед майбутнім. Своєрідним психологічним захистом є заперечення фатального захворювання, активне обстеження у різних фахівців із застосуванням новітніх параклінічних методів діагностики. Хворий вважає встановлений діагноз помилковим, відбувається психологічна підміна діагнозу на захворювання, що не волоче за собою фатальних наслідків.

Інша група пацієнтів, дізнавшись про смертельну недугу поводить по-іншому: вони стають байдужими, приреченими, бездіяльними. Потім починають говорити про швидке одужання. Цей своєрідний психологічний захист знижує болісну тривогу і напругу. Однак вже на першій стадії психотерапевти відзначають, що в сновидіннях цих пацієнтів присутня символіка, що вказують на смертельну недугу (наприклад, образ темного тунелю з дверима в кінці ...)

II стадія – протеста. Коли перше потрясіння проходить, багаторазові дослідження підтверджують діагноз, виникають почуття протесту і обурення. «Чому саме я?», «Чому інші будуть жити, а я повинен померти?», «Чому так скоро, адже у мене ще так багато справ?» і т.п. Як правило, ця стадія неминуча, вона дуже важка для хворого і його родичів. В цей період хворий часто звертається до лікаря з питанням про час, який йому залишилося прожити. У нього прогресують симптоми реактивної депресії, можливі суїцидальні думки і дії. На цьому етапі пацієнту необхідна допомога кваліфікованого психолога, який володіє логотерапією, дуже важливою є допомога членів сім'ї.

III стадія – прохання про відстрочку. У цей період відбувається прийняття істини і того, що відбувається, але «не зараз, ще трохи». Багато хто, навіть пацієнти, які раніше не вірили, звертаються зі своїми думками і проханнями до Бога. Приходять початки віри.

Перші три стадії складають **періоди кризи**.

IV стадія – реактивна депресія, яка, як правило, поєднується з почуттям провини і образи, жалю і горя. Хворий розуміє, що він помирає. У цей період він сумує про свої погані вчинки, про заподіяння іншим смутку і зла. Але він вже готовий прийняти смерть, він спокійний, він покінчив із земними турботами і заглибився в себе.

V стадія – прийняття власної смерті. Людина знаходить мир і спокій. З прийняттям думки про близьку смерть хворий втрачає інтерес до навколишнього, він внутрішньо зосереджений і поглинений своїми думками, готуючись до неминучого.

«Підготовка до смерті», тобто підготовка до власної смерті і до можливості несподіваної смерті або раптового смертельного захворювання близьких осіб, очевидно, повинна була б стати елементом психічної гігієни людини.

Можна припускати, що більшість хворих помирає спокійною смертю, якщо вони не повністю усвідомлюють свій стан. З огляду на те, що вмираючий буває значно виснажений фізично і психічно, як правило, він не здатний віддавати собі звіт про свої найближчі перспективи. Часто хворий знаходиться в сонному стані, в несвідомому стані або в коматозному. Якщо він стурбований, тривожиться і каже про смерть, то це, звичайно, є додатковою ознакою самого захворювання, а не об'єктивним відчуттям власного стану, хоча тут і може відігравати певну роль не цілком свідомо реєстрація зникнення фізичних і психічних сил, якимось «почуття страху смерті». Така «смертельна тривога», однак, не є відмінковим відображенням фактичної фізичної небезпеки. Відомо, що такий вид страху відчують також особи, яким смерть реально не загрожує.

Вмираючий хворий являє собою психологічну проблему, ймовірно, швидше для свого оточення, для інших хворих. Ми намагаємося полегшити хворому вмирання, наприклад, симптоматичним лікуванням, тактовною поведінкою; йдучи, розлучаємося з ним зі словами: «До завтра»; дозволяємо більш часті відвідування родичів і друзів, попередивши їх, щоб вони надмірно не турбували хворого. Вмираючого хворого поміщаємо у таке місце, щоб його стан психічно не травмував інших хворих.

Евтаназія

У сучасній біоетичній літературі активно обговорюється питання про сприяння лікарів настанню смерті у безнадійних, вмираючих хворих. Одним з центральних питань біоетики є проблема евтаназії.

Евтаназія (греч.ευ – добре + θάνατος – смерть) – задоволення прохання смертельно хворого про прискорення його смерті якими-небудь діями або

засобами. Термін «евтаназія» вперше вжито Ф. Бейкон в XVII столітті для визначення «легкої смерті».

У теорії виділяються два види евтаназії:

➤ *пасивна евтаназія* (навмисне припинення медиками підтримуючої терапії хворого);

➤ *активна евтаназія* (введення помираючому лікарських засобів або інші дії, які тягнуть за собою швидку смерть (не вводять життєво необхідні препарати)). До активної евтаназії часто відносять і самогубство з лікарською допомогою (надання хворому на його прохання препаратів, які знижують життя).

Піонером в області легалізації добровільної смерті стали Нідерланди. У 1984 році Верховний суд країни визнав добровільну евтаназію прийнятною. Евтаназія була легалізована в Бельгії в 2002 році. У 2003 році евтаназія допомогла розлучитися з життям 200 смертельно хворим пацієнтам, а в 2004 році – 360 пацієнтам. З квітня 2005 року в бельгійських аптеках з'явилися спеціальні набори для евтаназії, що дозволяють спростити процедуру добровільного відходу з життя. У набір вартістю приблизно 60 євро входить одноразовий шприц з отрутою і інші необхідні для ін'єкції кошти. Набір для евтаназії може замовити тільки практикуючий лікар, який повинен вказати точне дозування отруйної речовини. Оформити замовлення можна після звернення в одну з 250 бельгійських аптек, які мають відповідну ліцензію. Згідно із законом в Бельгії може піддатися евтаназії людина старше 18 років, що страждає невиліковним захворюванням. Після декількох письмових запитів, що підтверджують тверду рішучість хворого, лікар може провести евтаназію. Згідно з офіційною статистикою в 40 % випадків евтаназію проводять вдома у пацієнта.

У країнах СНД евтаназія заборонена законодавчо. Справді, твердження Гіппократа, викладене в його «Клятві» – «я не дам нікому просимого у мене смертельного засобу і не покажу шляху для подібного задуму» – сьогодні може бути лише загальною етичною вимогою в поведінці лікаря.

Чверть століття громадськість усього світу стежила за судовим процесом над прихильником практичної евтаназії – американського лікаря Джека Кеворкяна, який зупинив життя 130 хворих. Одні вважають його гуманістом, інші – вбивцею. Багаторічна тяганина його з судами штату Мічиган, кілька разів його виправдовували, закінчилася його засудженням.

Разом з тим, зі схваленням була прийнята евтаназія 37-го президента США Річарда Ніксона. Після першого інсульту він написав звернення до лікуючих лікарів з проханням не вдаватися до штучних методів продовження його життя в разі повторення крововиливу в мозок, коли він не зможе висловити свою волю. Свідомо припинив приймати ліки після консультації з особистим лікарем і складання заповіту президент Франції Міттеран, який потерпав від останньої стадії раку. І в цьому випадку в пресі відзначалася мужність іменитого хворого, бажання бути господарем власної долі.

Аналізуючи становище, слід визнати, що праві ті, хто вважає, що зараз актуальним є питання не про те, дозволяти чи не дозволяти лікарям

застосування евтаназії, а про те, коли і за яких умов її допускати і як при цьому організувати контроль за правомірністю її здійснення.

Право на відмову від медичного втручання підтверджується статтею Основ законодавства – «Права пацієнта». Це відповідає міжнародним нормам прав людини, але створює можливість легального використання пасивної евтаназії шляхом «припинення заходів життя», прямо заборонених статтею КК. У випадках важкого, небезпечного для життя стану така вимушена бездіяльність лікаря може розглядатися як застосування пасивної евтаназії, бо в наявності дві важливих її ознаки:

1. прохання самого хворого не надавати йому допомогу (після інформування лікарем у доступній формі про можливі наслідки);

2. ненадання медичної допомоги із життєзабезпечення або припинення штучних заходів для підтримання життя.

Л.М. Юр'євою було проведено соціологічне дослідження 200 лікарів-психіатрів 3-ох областей України. Серед численних питань, спрямованих на виявлення соціально-психологічних особливостей лікарів цієї категорії, було і питання про ставлення до евтаназії. 46% респондентів позитивно ставляться до евтаназії і тільки 5% не сприймають її ні за яких обставин. Ніколи не замислювалися над цією проблемою 11% психіатрів, не були готові відповідати на питання 25% лікарів і 13% не знають, що відповідати.

Отримані результати показали, що, всупереч офіційно проголошеним юридичним і етичним нормам, лікарі в різних країнах і різних спеціальностей проявляють великий інтерес до цієї проблеми, а частина з них схильна допускати евтаназію. Однак, незважаючи на це, в даний час в більшості країн евтаназія вважається неетичною, і кожен подібний випадок віддається широкому розголосу і оцінці етичними комітетами при медичних асоціаціях. Прикладом може служити історія доктора Д. Кеворкяна.

Американський лікар Джек Кеворкян, який отримав прізвисько «доктор смерть», за 5 років сприяв самогубству 20 безнадійних хворих за допомогою винайденої їм «машини смерті». Ці, які набули розголосу факти, викликали суперечливі оклики у медичних працівників. Деякі фахівці розцінили підтримуване лікарем самогубство як більш кращий шлях, ніж активна евтаназія. Їх опоненти висували ряд морально-етичних міркувань проти «асистентів самогубства». Рада з етики та судових справах Американської медичної асоціації, розглянувши численні думки з цього питання, винесла наступне рішення: «У певних випадках самогубство, яке було асистоване лікарем, може виглядати милосердним, проте в зв'язку з можливістю нанесення шкоди медичної професії, воно не може бути виправданим».

Контрольні питання

1. Що таке психоактивні речовини. Перерахуйте групи.

2. Дайте визначення захоплення. Які ознаки надцінних захоплень?

3. Дайте визначення нервової анорексії, нервової булімії.

4. Що таке фанатизм?

5. Дайте визначення поняттю суїцид?

6. Які види суїцидальної поведінки ви знаєте?

7. Що таке евтаназія?

8. Перерахуйте види евтаназії?

Тестові завдання

1. Задоволення прохання смертельно хворого про прискорення його смерті будь-якими діями або засобами називається

- А.Евтаназія
- В. Загальна танантологія
- С. Суїцидологія
- Д. Реаніматологія
- Е. Кримінологія

2. Динамку і механізми вмирання, безпосередні причини смерті, клінічні, біохімічні та морфологічні прояви поступового припинення життєдіяльності організму вивчає

- А.Евтаназія
- В. Танантологія
- С. Суїцидологія
- Д. Реаніматологія
- Е. Кримінологія

3. Для якого варіанту суїцидальної поведінки характерний короткий пресуїцид; суїцидальне рішення виникає миттєво, думка про суїцид зароджується раптово; вибирається найчастіше перший ліпший під руку засіб, суїцидальній спробі не завжди передуює конкретний привід; про

наслідки своїх дій суїцидент зазвичай не думає, спостерігається неузгодженість кінцевої мети суїциду (смерті) і її психологічного сенсу.

- А. Справжнє
- В. Афективне
- С. Демонстративно-шантажне
- Д. Протестне
- Е. Що закликає

Ситуаційні завдання

1. Хвора 19 років, зріст 168 см, вага 34 кг. 2 роки тому після глузливого зауваження знайомого хлопця частіше дотримуватися жорсткої дієти, по кілька днів не приймала їжу. Коли з'являлося відчуття голоду – наїдалася, але тут же викликала у себе блювоту. Така вага тримається останні півроку. Розуміє що виснажена, намагається збільшити вагу, але самотійно не може, тому прийшла до лікарні. Визначте форму харчової поведінки у хворой.

2. Чоловік 37 років успішний бізнесмен. За порадою друга відвідав казино і з першого разу виграв величезну суму грошей. З цього часу всі вечори проводить в казино, програв значну частину своїх заощаджень, змушений продати частину свого майна. Якщо чомусь не може відвідати казино стає дратівливим, тривожним, неспокійним. Визначте форму залежності.

Тема №4 ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ.

Величезна роль загальної групової реакції медичного колективу по відношенню до хворих. Є хворі, яким усі симпатизують, з ними легко співпрацювати, а з іншими працювати важче, до них оточуючі відчують негативні почуття, з ними відносини напружені, що теж може стати причиною конфлікту. Психологічна несумісність може виникнути між сестрою і хворим, хворим і лікарем, родичами хворого і лікарем, що дуже заважає ефективному лікуванню. Якщо не вдається змінити відносини, то можливо необхідно міняти медичну сестру, лікаря.

Гарна психологічна атмосфера в лікувальних установах визначається хорошими доброзичливими відносинами між усіма, хто бере участь в процесі лікування. Це робить благотворний вплив на хворих, сприяє більшій ефективності лікувальної діяльності. Шкідливий вплив надають суперечки з хворими, які іноді допускають медичні сестри, показуючи свою перевагу над хворим.

Середовище, в якому знаходиться хворий в лікувальному закладі, індивідуально-психологічні особливості самих хворих, ставлення до них є вирішальними у справі лікування. Урахування психологічних особливостей спілкування в цілому є важливою умовою оптимізації спільної діяльності людей і їх відносин у лікувальному процесі.

При організації роботи різних лікувальних установ необхідно виходити з основних положень медичної деонтології і лікарської етики.

Лікарська етика – це сукупність принципів регулювання і норм поведінки лікаря та інших медичних працівників, зумовлених специфікою їх діяльності (турбота про здоров'я інших людей, лікування і т.п.) і положенням в суспільстві.

Деонтологія (наука про належне) – вчення про принципи поведінки медичного персоналу, які сприятимуть створенню необхідної психопрофілактичної і психотерапевтичної обстановки в діагностичному та лікувальному процесі, що виключає негативні наслідки (це частина медичної етики).

Медична деонтологія та етика передбачають також високий рівень підготовки медичних сестер, чіткість і сумлінність у виконанні лікарських призначень з урахуванням віку, індивідуальних особливостей, хвороби і хворобливого стану хворих, чуйність і психотерапевтичний підход медичних сестер і молодшого медичного персоналу в обслуговуванні хворих, в роботі з родичами хворих.

Обстановка лікувальних установ повинна розташовувати хворих до відвертої, серцевої бесіди, викликати у них віру в одужання, ще з реєстратури хворі повинні зрозуміти, що все в поліклініці направлено на надання їм допомоги, на зменшення їхніх страждань. Необхідно заспокоїти хворого, надати йому почуття впевненості. Слід виключати обстановку строгості і показною діяльності. Наочна агітація (стенди, плакати) не повинні викликати

у хворих почуття страху і настороженості, нагадувати їм про хворобу. У поліклініці мають бути затишок і чистота, кабінети необхідно розташовувати, виходячи зі зручності хворих.

В стаціонарах дуже важливо створити охоронний режим. Багато що залежить від контакту хворих з лікарем. Лікарям необхідно розпочинати бесіду з хворим з розмови з ним, а не з перегляду аналізів, ретельно продумувати кожне слово, адресоване хворому; не слід вживати жаргонні слова. Обхід у відділеннях необхідно проводити щодня і бажано в один час; на обходах не рекомендується запитувати і з'ясовувати інтимні подробиці в присутності інших хворих, так як ці подробиці пов'язані з життям і захворюванням пацієнта.

Лікар повинен проявляти великий такт і делікатність у випадку, коли йому доводиться міняти лікування, призначене іншим лікарем. Не можна говорити хворому, що його раніше лікували неправильно; цим можна підірвати віру в медицину взагалі.

Недотримання вимог деонтології і лікарської етики призводить до виникнення ятрогеній.

Ятропатогенія, скорочено ятрогенія (iatros = лікар, gennao = робити, виробляти) – це такий спосіб обстеження, лікування або проведення профілактичних заходів, в результаті яких лікар заподіює шкоду здоров'ю хворого. У більш широкому сенсі слова мова йде про нанесення шкоди хворому медичним працівником. У зв'язку з цим вживається також термін **сорроригенії**, тобто шкоду, що наноситься медичною сестрою (sorror = сестра), так само як і в інших галузях вживаються термін дидактогенія або педагогенія, тобто нанесення шкоди учневі педагогом у процесі навчання.

Розрізняють ятрогенію **соматичну**, при якій може йти мова про заподіяння шкоди ліками (приклад: алергічні реакції після застосування антибіотиків), механічними маніпуляціями (хірургічні операції), опроміненням (рентгенологічне дослідження і рентгенотерапія) та ін. Соматична ятрогенія, яка виникла не з вини медичних працівників, може виникнути внаслідок незвичайної і несподіваною патологічної реактивності хворого, наприклад, на ліки, які в інших випадках не викликають ускладнень. Іноді вони бувають пов'язані з недостатньою кваліфікацією лікаря, особливостями його особистості, його темпераменту і характеру, а також із-за його психічного стану, наприклад, нездатності концентрувати увагу при втомі і поспішності. Причина шкідливої дії невдало обраних ліків полягає в першу чергу не в самих ліках, а в тому, хто їх призначив.

Психічна ятрогенія є типом психогенії. Психогенія означає психогенний механізм розвитку захворювання, тобто розвиток хвороби, обумовлений психічними впливами і враженнями. Психічна ятрогенія включає в себе шкідливий психічний вплив лікаря на хворого. Мають значення слова і всі засоби контактів між людьми, які діють не тільки на психіку, але й на весь організм хворого.

Джерела ятрогеній можуть бути наступними. Неправильно проведені навчання основам здоров'я і популяризація даних медичної науки може стати

колективним джерелом психічної ятрогенії. Проводячи санітарно-освітню роботу не можна без цілеспрямованого відбору описувати ознаки захворювання і не можна давати повний опис лікування. Необхідно зосередити увагу лише на тих фактах і обставинах, які можуть допомогти особам, які не мають медичної освіти, отримати реальне уявлення про захворювання і необхідні відомості про те, як попередити захворювання. Перед слухачами, які не мають медичної освіти, не слід розбирати диференційний діагноз навіть тоді, коли вони задають питання, що стосуються їх особистих ознак і скарг, але вся картина захворювання і його лікування не відомі. Такі пояснення можна давати під час індивідуальної санітарно-освітньої роботи серед хворих і здорових осіб.

Розрізняють декілька типів ятрогенії:

➤ **Етіологічна** ятрогенія, наприклад, ятрогенія внаслідок переоцінювання спадковості. Сказана лікарем фраза «це спадкове» викликає у хворого безнадійність, побоювання, що й інших членів сім'ї спіткає те ж саме.

➤ **Органокалісична** ятрогенія виникає там, де лікар пояснює нерозпізнаний невроз, тобто функціональне, психогенне захворювання, як органічний локальний процес у головному мозку, наприклад, тромбоз судин головного мозку

➤ **Діагностична** ятрогенія, коли необґрунтований, пізніше безуспішно змінюваний діагноз, стає джерелом психічної травми хворого.

Деякі слова діють на хворого, можна сказати, «токсично», в першу чергу це такі вирази, як «інфаркт, параліч, пухлина, рак, шизофренія». Тому краще уникати цих виразів. Іноді істочником ятрогенії бувають неясні висловлювання лікаря.

Навіть здаються нешкідливими вираження в рентгенологічному кабінеті перед хворим призводять до несподіваної травми хворого, особливо якщо вони вимовляються зі значенням або з подивом.

➤ **Терапевтична** ятрогенія розвивається у процесі лікування. Прикладом психічної терапевтичної ятрогенії може служити вживання ліки, про який хворий знає, що в минулому вони йому не допомогли. Тут має місце негативна дія плацебо. Тому рекомендується до призначення лікування простежити в анамнезі чи застосовувалося раніше лікування з точки зору його ефективності. Як правило, через брак часу про це часто забувають. Терапевтичній ятрогенії сприяє так званий терапевтичний нігілізм, тобто песимістичний погляд лікаря на передбачувані результати лікування.

➤ У процесі лікування може мати місце **фармацевтогенія**, тобто нанесення шкоди хворому невдалим виразом фармацевта. Хворі часто вимагають від фармацевта пояснення якості і дії препарату, призначеного лікарем. Небезпечні такі вираження як: «Це для вас занадто сильне» або «це нікуди не годиться, у мене є дещо краще».

➤ **Прогностична** ятрогенія впливає з невдало сформульованого прогнозу захворювання. З цієї точки зору гідні засудження цинічні і відкрито

травмуючі вираження, як наприклад: «Вам залишилося кілька годин життя». Сумнівну цінність, однак, мають і прямолінійні і безапеляційно оптимістичні висловлювання навіть тоді, коли лікар вважає, що цим він суггестивно в позитивному сенсі подіє на хворого. Такі вирази, як «через тиждень ви будете здорові, як огірочок, даю чесне слово» можуть виявитися помилковими і у майбутньому можуть підірвати довіру хворого до лікаря.

Крім згаданих ситуацій і обставин джерела ятрогенії можна шукати в особистості лікаря в першу чергу, наприклад, в надмірно безапеляційних висловлюваннях, надмірній самовпевненості – «всезнаючий» лікар. Така особистість легко вселяє хворому свої думки і погляди. Особистості безапеляційного типу легко замінюють в своїх висловлюваннях велику ймовірність повною впевненістю. Але одного разу складена думка не дозволяє їм спостерігати в процесі розвитку захворювання і за іншими потенційними рисами, які можуть стати переважними, наприклад, при переході захворювання від бронхотичного синдрому, діагностованого спочатку як звичайне захворювання, до злоякісного процесу.

Невпевнений і лікар, який має сумніви, за типом особистості, знаходиться на протилежному полюсі. Хворий часто пояснює собі спосіб його поведінки стосовно своєї хвороби, наприклад, коливання лікаря він розцінює як доказ тяжкості або навіть невиліковності його стану. Лікар підсилює це враження тим, що «думає вголос», говорить хворому про всі можливості диференціального діагнозу, або не закінчує довгий ряд допоміжних методів обстеження та залишає на цей час хворого без лікування або передає йому ініціативу щодо виду лікування, наприклад, з такими словами: «Якби я знав, що мені з вами робити!» Лікар повинен завжди, в правильному розумінні сенсу слова, бути трохи артистом, він повинен вміти приховати перед хворим можливу складність і в більшості випадків тимчасову невпевненість свого діагностичного і терапевтичного підходу. Суб'єктивна невпевненість лікаря не повинна відображатися на його об'єктивній поведінці.

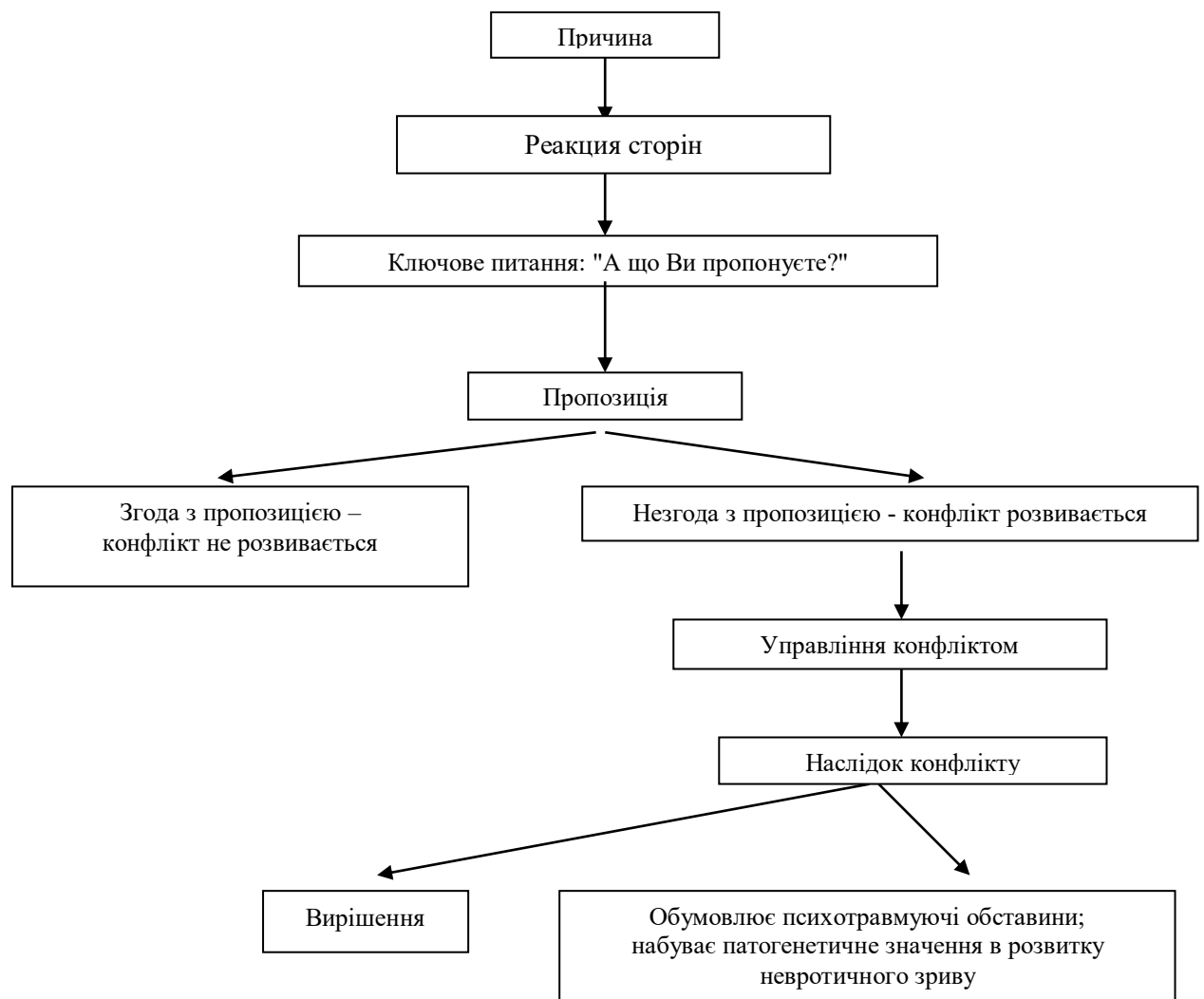
Наступним джерелом ятрогенії може бути особистість хворого. Боязкий, переляканий, невпевнений, емоційно вразливий, психічно негнучкий хворий впізнається по напруженому вираженню міміки, по підвищеній пітливості долонь при подачі руки, часто по дрібному тремору. Він має схильність боязко інтерпретувати наші словесні або інші прояви, часто і такі, яким ми самі не надаємо ніякого значення. Додатково нас може здивувати, як такий хворий пояснює собі наше мовчання або стомлений жест рукою, які він вважає більш важливими, ніж слова. Сестра може спостерігати, як такий хворий неспокійно ходить в приймальні перед тим, як прийде його черга, як він жваво бере участь в розмові хворих про захворювання або ж тихо і напружено прислухається до них. Інші перед тим, як пройти до лікаря, випитують у сестри подробиці, які не мають значення. Необхідно попередити сестру, щоб вона інформувала лікаря про таких хворих.

Іноді роль особистості хворого в «ятрогенному ураженні» буває настільки вираженою і вирішальною, що вже власне мова піде не про ятрогенії, а про псевдоятрогенії, які зовсім не виникли з вини лікаря. Псевдоятрогенія виникає в тих випадках, якщо хворий призводить вислови лікаря, яких той ніколи не вимовляв, або вириває з пояснення лікаря тільки окремі частини.

Конфлікти в медичному середовищі.

Конфлікт – це зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, думок або поглядів опонентів або суб'єктів взаємодії. В основі будь-якого конфлікту лежить конфліктна ситуація. Розрізняють 4 стадії конфлікту: інкубаційна, латентна, відкритий конфлікт і явна конфліктна поведінка.

Схема розвитку конфлікту



Конфлікт – найбільш гострий спосіб вирішення протиріч, що виникають в процесі соціальної взаємодії, що полягає в протидії його учасників і супроводжується негативними емоційними станами, негативними емоціями по відношенню один до одного.

Якщо учасники конфлікту протидіють, але не переживають при цьому негативних емоцій, або, навпаки, переживають негативні емоції, але зовні не виявляють їх, не протидіють один одному, то такі ситуації є предконфліктні.

Конфлікту притаманні такі властивості:

- наявність протиріччя між інтересами, цінностями, потребами, цілями, поглядами, мотивами;
- негативні емоції і почуття учасників конфлікту по відношенню один до одного.

Класифікація конфліктів.

Існують різні класифікації конфліктів, що цілком природньо: багатогранність і складність цього явища дозволяють вибирати різні підстави для їх характеристики. Для умов групової ізоляції найбільш характерні наступні види конфліктів:

- ✓ внутрішньоособистісний конфлікт – зіткнення між приблизно рівними за силою, але протилежними за направленням інтересами, потребами, потягами однієї людини;
- ✓ міжособистісний конфлікт – коли два або більше членів однієї групи переслідують несумісні цілі і реалізують суперечливі цінності, або одночасно в конфліктній боротьбі прагнуть до досягнення однієї і тієї ж мети, яка може бути досягнута лише однієї зі сторін.

Міжособистісні конфлікти поділяються на

- конфлікти, що виникають як реакція на перешкоду до досягнення основних цілей трудової діяльності;
- конфлікти, що виникають як реакція на перешкоду до досягнення особистих цілей, не пов'язаних з трудовою діяльністю;
- конфлікти, що виникають як реакція на поведінку, що не відповідає нормам відносин і поведінки людей у спільній трудовій діяльності, що не відповідає їхнім очікуванням;
- конфлікти, що виникають в силу особистих особливостей членів колективу.

Залежно від тривалості конфлікти поділяють на нетривалі, тривалі і затяжні.

До раніше розглянутих ознак класифікації конфліктів необхідно додати наступні:

- обсяг конфлікту (локальний або широкий);
- сила впливу на учасників конфлікту (який стосується або що не зачіпає корінні інтереси особистості);
- наслідки (позитивний або негативний).

Як будь-яке соціально-психологічне явище конфлікт може бути розглянутий як процес, що протікає в часі. Більшість психологів в динаміці конфлікту виділяють наступні фрагменти:

1. виникнення передконфліктної ситуації
2. усвідомлення перед конфліктної ситуації (поштовх до конфлікту)
3. конфліктна поведінка (взаємодія)
4. вирішення конфлікту.

Виникнення передконфліктної ситуації пов'язане зі сприйняттям ситуації як конфліктної, з розумінням необхідності прийняття дії. На цій стадії в більшій мірі проявляється дратівливість, агресивність, а часом і невірноваженість. Людина виробляє модель своєї поведінки. Усвідомлення конфліктної ситуації є поштовхом до конфлікту і розвитку психотравмуючих обставин.

Вирішення конфлікту. Дана стадія може і повинна починатися, минаючи конфліктне взаємодія. Досить часто одна зі сторін або обидві помічають елементи конфліктності на перших двох стадіях і роблять все можливе для усунення об'єктивних причин конфліктної ситуації. При цьому використовуються такі форми вирішення конфлікту, як переговори, колективне рішення виниклого протиріччя, звернення до третьої особи (посередництва), перемикаєння уваги з афективно-напружених відносин в сферу ділових відносин та ін.

Якщо ж конфліктна протидія відбулася у формі морального чи фізичного насильства, то при вирішенні конфлікту можуть використовуватися такі способи: роз'єднання ворожуючих сторін, припинення конфлікту шляхом накладення санкцій, термінове рішення причин конфлікту і прийняття радикальних заходів щодо усунення протиріччя, яке призвело до конфлікту.

Необхідно відзначити, що в ході конфлікту можливе різне поєднання розглянутих вище стадій. Вони можуть набувати цілком певну значимість і можуть бути різними за тривалістю. При цьому вони завжди, в тій чи іншій мірі обумовлюють психологічну нестійкість в колективі.

Іноді конфлікт надає більш-менш виражений позитивний вплив на ефективність спільної діяльності колективу, в якому він стався, а також на якість індивідуальної роботи. Через відкриту конфронтацію конфлікт звільняє колектив від чинників, що підточують його, знижує вірогідність застою і занепаду. Крім того, він сприяє розвитку взаєморозуміння між учасниками спільної діяльності.

Деструктивні функції конфлікту виявляються в наступному:

- ✓ конфлікт має суттєвий негативний вплив на настрій його учасників. Оскільки часом він може призводити до психічної ізоляції, можна зробити висновок, що конфлікт негативно впливає на здоров'я – визначає розвиток невротичних реакцій;

- ✓ у багатьох випадках конфлікт погіршує взаємовідносини між учасниками. З'являється ворожість до іншої сторони, озлобленість, а часом і ненависть порушують сформовані для конфлікту взаємні зв'язки і контакти як за їх кількістю, так і за якістю. Іноді у результаті конфлікту взаємини його учасників не лише погіршуються, а й приходять до розпаду. Дослідження показує, що в 56% конфліктних ситуацій відносини під час конфлікту в порівнянні з взаєминами до нього погіршилися. Часто (в 35% конфліктних ситуацій) погіршення взаємин зберігається і після завершення конфлікту;

- ✓ конфлікти часто негативно впливають на розвиток особистості. Вони можуть сприяти формуванню в однієї зі сторін, а іноді і у обох сторін,

невіри в торжество справедливості, переконаності, що керівник завжди правий, думки про те, що в даному колективі нічого нового впровадити не вдасться і т.п.

Аналізуючи конструктивні і деструктивні функції конфлікту, необхідно підкреслити два важливих положення. По-перше, важко дати узагальнену оцінку позитивної та негативної ролі конфлікту як соціально-психологічного явища. Переважна більшість конфліктів мають одночасно і конструктивну, і деструктивну функції. У зв'язку з цим цілком справедливим буде, завершуючи аналіз психологічної сутності конфлікту і його ролі в діяльності окремої людини і колективу в цілому, привести висловлювання Л.А. Петровської "Один і той же конфлікт може бути деструктивним в одному відношенні і конструктивним в іншому, відігравати негативну роль на одному етапі, а при інших обставинах і позитивну". Цю позицію неодмінно повинен усвідомлювати кожен член колективу і цілеспрямовано знаходити компромісні рішення для попередження конфліктних ситуацій.

Типові причини виникнення конфліктів.

Спираючись на результати вивчення реальних конфліктів, а також наявні дослідження ряду авторів, можна все розмаїття причин міжособистісних конфліктів розділити на дві.

Конфліктні обставини соціальної взаємодії, які призводять до зіткнення їх інтересів, думок, цілей і т.п. Вони створюють передконфліктну обстановку. Природне зіткнення матеріальних і духовних інтересів людей у процесі їх життєдіяльності. Люди, що працюють в групі (команді), особливо в умовах ізоляції, спільно вирішують численні завдання, взаємодіють один з одним. У процесі постійної взаємодії інтереси членів групи можуть час від часу змінюватися. Це зіткнення інтересів, мало залежне від їх волі, і створює об'єктивну базу для можливих конфліктних ситуацій.

Помилки управління. Неправильні рішення, наприклад, з вирішенням завдань, організацією праці та відпочинку, а також помилкові дії керівника і підлеглих часто є причиною конфліктів.

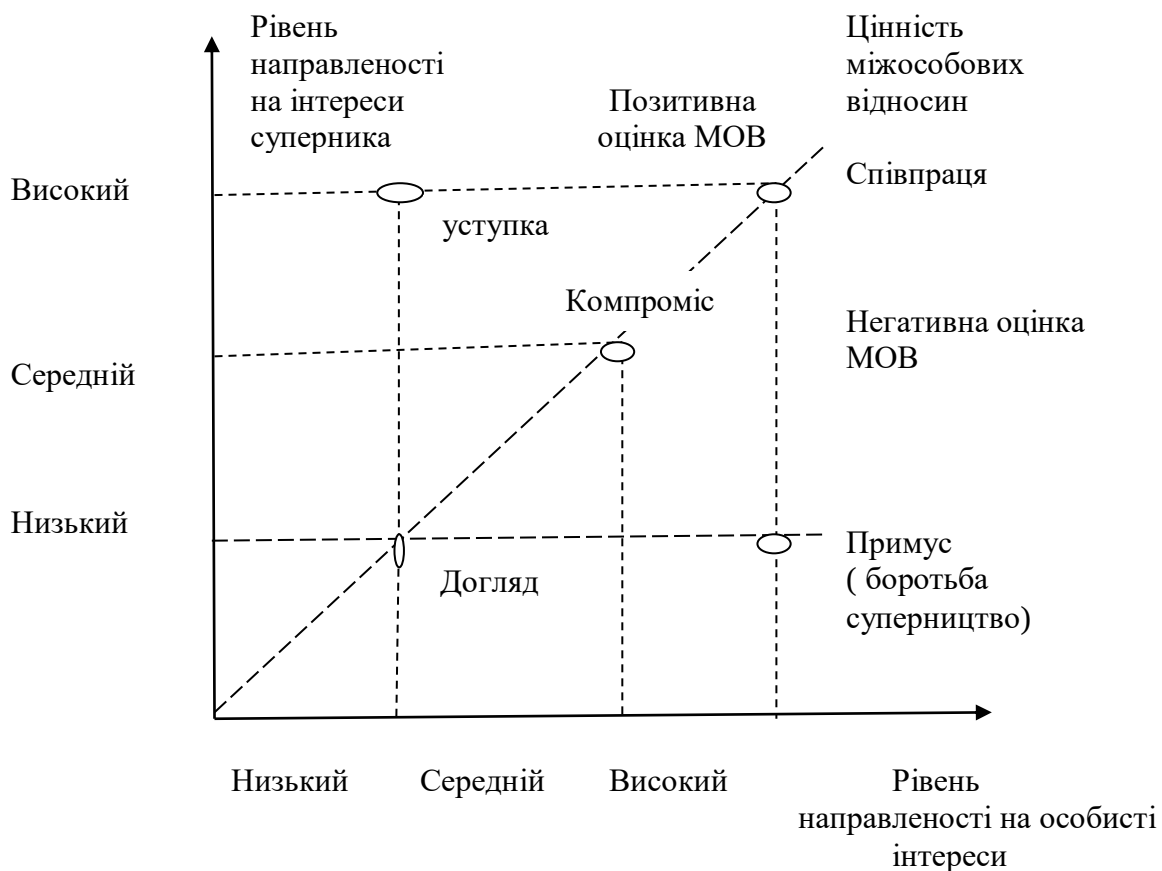
У повсякденному житті людей склалося досить жорстке ставлення до конфліктів як до негативних явищ. Виникнення конфлікту в колективі розглядається частіше як симптом неблагополуччя, і всі сили зацікавлених сторін прямують на якнайшвидше його "замазування", часом без серйозного попереднього аналізу причин виникаючих протиріч.

Але ж конфлікт виникає через об'єктивні відмінності здібностей і цілей тих людей, які вступають у взаємодію, різних людей, не схожих один на одного.

Існує п'ять способів регулювання міжособистісних конфліктів (по К. Томасу):

- ✓ **суперництво** – конкуренція, прагнення домогтися задоволення своїх інтересів на шкоду іншому;
- ✓ **пристосування** – на протигагу суперництву, принесення в жертву власних інтересів заради іншого;
- ✓ **компроміс** – дотримання інтересів обох сторін;

- ✓ **уникнення** – відсутність прагнення до кооперації як і відсутність прагнення до досягнення власних інтересів і цілей;
- ✓ **співпраця** – пошук альтернативного рішення, повністю задовольняє інтереси обох сторін



Профілактика розвитку конфліктних ситуацій. Негативними є не власне конфлікти, а їх некерованість. Багато конфліктів можуть бути попереджені ще на стадії їх виникнення за рахунок постійного і глибокого аналізу системи зв'язків людей даного колективу, прогнозування впливу виробничих змін, ретельного зважування зацікавленими сторонами своїх слів і дій, і таким чином, керуючий вплив на міжособистісні конфлікти можна надати на стадіях їх зародження і розвитку конфліктної ситуації з метою попередження конфлікту і вирішення протиріччя одним з неконфліктних способів. Профілактика конфліктів не менш важлива, ніж уміння активно їх вирішувати. Тим більше, що вона вимагає менших витрат коштів і часу і попереджає навіть ті мінімальні наслідки, які має будь-який конструктивно дозволений конфлікт.

Робота керівників будь-якого рангу з попередження конфліктів може йти за двома основними напрямками. По-перше, дотримання об'єктивних умов, що перешкоджають виникненню і активному розвитку передконфліктних ситуацій. Виключити взагалі виникнення в будь-якому колективі або групі передконфліктних ситуацій, мабуть, неможливо. Створити умови для мінімізації їх кількості та дозволу їх різними способами не тільки можливо, але й необхідно.

В цілому суб'єктивні передумови профілактики конфліктів в умінні будь-якої людини відстояти свої інтереси, уникаючи негативних емоцій по відношенню до партнера по взаємодії і не надаючи наступальної руйнівної протидії йому. В свою чергу, це досягається умінням суб'єкта управляти своїм психічним станом вміння оцінити ситуацію взаємодії, зрозуміти інтереси і бажання партнера, знайти адекватний ситуації спосіб вирішення проблеми.

Однією з умов попередження конфліктів є вміння керівника і будь-якого працівника оцінювати і управляти своїм психічним станом, знижувати власну тривожність і агресивність, знімати негативний настрій, використовуючи відповідне аутогенне тренування, фізичні вправи, організовуючи для себе повноцінний відпочинок, підтримуючи приємний соціально-психологічний клімат на роботі, виконувати комплекс психотехнічних вправ для зняття втоми і набуття внутрішньої стабільності.

Шляхи вирішення міжособистісного конфлікту

Аналіз емпіричного матеріалу, а також наявних теоретичних розробок з даної проблеми вітчизняних і зарубіжних авторів дозволив виділити методи, способи і прийоми попередження та вирішення конфліктів. Найбільш перспективне попередження розвитку конфліктної ситуації на ранніх стадіях і, перш за все, на стадії її зародження. При цьому слід звертати увагу на ті зовнішні ознаки, які найчастіше свідчать про виникнення предконфліктної ситуації. Це можуть бути підкреслена холодність у спілкуванні й розмові, двусмысленные висловлювання з підтекстом, зайва емоційність і зневага.

Стилі розв'язання міжособистісних конфліктних ситуацій:

- ✓ Ухилення
- ✓ Згладжування
- ✓ Примус
- ✓ Компроміс
- ✓ Вирішення проблеми

Умовою вирішення конфліктів є вміння взаємодіяти. У процесі спілкування повідомляється співрозмовником інформація може втрачатися і спотворюватися, іноді істотно. Крім того, партнер може оцінювати обговорювану проблему ні з тих же позицій, що і Ви. Ці дві причини, а не дійсні протиріччя між вами можуть бути джерелом конфлікту. Установка на розуміння співрозмовника повинна бути завжди.

Толерантність до інакомислення також може запобігти розвитку і посилення конфліктів. Якщо Ви виявили, що партнер у чомусь не правий, то не завжди обов'язково повідомляти йому про це. Досить того, що Ви самі розібралися найглибше в порівнянні з ним, і Ви це знаєте. Буває так, що для користі справи необхідно сказати співрозмовнику, що він не правий, але в цьому випадку завжди обов'язково робити це при свідках, наполягати на тому щоб він публічно визнав свою неправоту, та ще й покався. Необхідно бути твердим по відношенню до обговорюваної проблеми, до виконання вимог справи і м'яким по відношенню до партнера по спілкуванню. Якщо Ви не згодні з ідеєю, пропозицією, рішенням співрозмовника, то поспішайте

відкидати її з порога. Подумайте. Спочатку схваліть думку партнера, а потім скажіть: "Але, може бути краще зробити так ..." або: "А ще є таке міркування ..." З запереченням, висловленим в такій формі, співрозмовнику легше погодитися, бо при цьому він "зберігає своє обличчя".

Організація лікувального процесу вимагає від усіх його учасників (хворих, родичів хворих, лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу) вміння спілкуватися, запобігати ситуації, які можуть викликати конфлікт, а також вміння вирішувати конфлікт, що виник.

У медичному колективі кожен працівник має строго певне коло своїх обов'язків, які не можна перевищувати.

Однією з умов, що запобігають конфлікту в лікувальному закладі, є суворе дотримання правил деонтології і субординації. Так, в початковий період діяльності молодих лікарів, коли вони освоюють практичні навички лікувальної роботи, між ними і старшим медичним персоналом (завідувачем відділенням, головним лікарем) формуються відносини, характерні для вчителя і учня. Коли стадія навчання закінчується, починається змагання і, якщо воно приймає нездоровий характер, виникає конфлікт.

Психологія медичного працівника.

Значення професійної орієнтації при виборі професії медичного працівника: надзвичайна значимість особистісних особливостей в лікарській професії повинна оцінюватися при професійному відборі до медичних ВНЗ. Якщо індивідуальні особистісні особливості, інтереси і нахили абітурієнта не відповідають вимогам медичної деонтології, йому не слід вибирати професію лікаря.

Професійні якості лікаря. Психологія лікаря і медичної сестри.

Успіх лікувальної дії в першу чергу визначається виглядом лікаря, професійна діяльність якого докорінно відрізняється від діяльності будь-якого іншого фахівця. Життя висуває до лікаря як до фахівця високі вимоги. Це, перш за все, високий професіоналізм, прагнення постійно збагачувати свої знання. Лікар повинен бути високоморальною людиною. Авторитет лікаря створюється глибокими знаннями в своїй області, особистою чарівністю, скромністю, оптимізмом, чесністю, правдивістю, справедливістю, самовідданістю і гуманізмом.

Щира, глибока зацікавленість лікаря в усуненні недуг хворого породжує винахідливість в формах допомоги. Довіра до лікаря нерідко залежить від першого враження, що виникає у хворого при зустрічі з лікарем, його міміки, жестикуляції, тону голосу, висловлювань, а також зовнішнього вигляду. Якщо хворий бачить лікаря неохайного, який не виспався з яких-небудь причин, що не відносяться до роботи, то він втрачає віру, вважаючи, що людина, не здатна піклуватися про себе, не може піклуватися і про інших і бути надійним у своїй роботі. Різні відхилення в зовнішніх проявах і в зовнішньому вигляді хворі швидше схильні вибачити тим медичним працівникам, яких вони вже знають і до яких вже відчують довіру.

Медичний працівник здобуває довіру хворих в тому випадку, якщо він як особистість гармонійний, спокійний і впевнений, але не гордовитий, і якщо його манера поведінки – швидка, наполеглива і рішуча, така, яка супроводжується людською участю і делікатністю. При кожному серйозному рішенні лікар повинен уявляти собі результати його впливу на здоров'я і життя хворого. Особливі вимоги до нього пред'являє необхідність бути терплячим і володіти собою. Він повинен завжди зважати на різні можливості розвитку захворювання. Нелегко з'єднати в роботі лікаря необхідну дбайливість і розсудливість з необхідною рішучістю, холоднокрівністю, оптимізм з критичним ставленням і скромністю.

Врівноважена особистість лікаря є для хворого комплексом гармонійних зовнішніх стимулів, вплив яких бере участь в його одужання. Медичний працівник повинен виховувати і формувати свою особистість, по-перше, спостерігаючи за реакцією на свою поведінку безпосередньо (по розмові, оцінці міміки, жестів хворого), і, по-друге, побічно, коли оцінку його поведінки дають його колеги. Це вимагає певних зусиль, певного критичного ставлення до себе та інтелігентності, яка для медичного працівника повинна бути само собою зрозумілою.

Довіра хворих до молодого медичного працівника, з меншим життєвим досвідом і меншою кваліфікацією посилюється сумлінністю, готовністю в будь-яку хвилину прийти на допомогу і скромністю.

Хворий втрачає довіру, а медичний працівник втрачає авторитет в тому випадку, якщо у хворого створюється враження, що медичний працівник є тим, кого називають «погана людина». Таке враження може бути викликано поведінкою лікаря, якщо він погано говорить про своїх колег, гордовито ставиться до підлеглих і з підлабузництвом – до начальства, проявляє марнославство, некритичність, балакучість, зловтіху. Марнославність проявляється, наприклад, в тому, що лікар не просить про консультації більш досвідченого колегу або перебільшує хворому тяжкість його захворювання, щоб отримати після одужання хворого більшого визнання та захоплення. Серйозніші особисті недоліки медичного працівника можуть привести хворого до припущення, що лікар з такими якостями НЕ буде сумлінним і надійним і при виконанні своїх службових обов'язків.

Лікар повинен бути різнобічно розвинутою, гармонійною особистістю та поєднувати в собі комплекс професійних і духовних якостей.

У деяких лікарів описані вище особистісні якості виявляються більш вираженими і превалюють над іншими, що заважає продуктивної професійної діяльності.

Можна виділити **крайові варіанти особистісних особливостей лікарів:**

1. "**Жалісливий**" – він співпереживає, легко відгукуються на страждання хворого;

2. "**Прагматик**" – в роботі з хворими враховує лише об'єктивну сторону хвороби, не звертає уваги на переживання хворих;

3. "**Мораліст**" – схильний до моралі, обурюється, якщо хворий ставить під сумнів або не виконує його рекомендації;

4. "**Трудяга**" – сумлінний у роботі, серйозний, старанний, працьовитий, не схильний до жартів з хворими

5. "**Активіст**" ("громадський працівник") – роботі з хворими воліє рішення різних організаційних питань, виконання громадських доручень у лікувальному закладі;

6. "**Догматик**" – жорстко слідує засвоєним діагностичним і терапевтичним установкам і схемам, насилу сприймає нове;

7. "**Технократ**" – переоцінює значення лабораторних та апаратних даних, не надає значення скаргами хворих і інших суб'єктивним сторонам хвороби;

8. "**Психотерапевт**" – намагається вникнути в переживання хворого, допомогти йому порадою, переконанням;

9. "**Сибарит**" – любить зручності і комфорт, хворі дратують своїми скаргами, мало зважає на їхню думку, схильний до богемного способу життя;

10. "**Артист**" – схильний до демонстрації своїх знань і професійних навичок хворим та їхнім родичам, грає, в залежності від обстановки, ролі різного лікаря – "який сумнівається", "уважного", "світили" і т.п. ;

11. "**Нудьгуючий нероба**" – висока самооцінка при досить скромному запасі знань, шаблонність в постановці діагнозів та призначення лікування, зневажливе ставлення до допитливих колег.

12. "**Мізантроп**" – лікар з примусу; відсутність покликання до лікарської діяльності проявляється у відсутності таких якостей, як співпереживання, доброзичливість, а також в грубості, гидливому ставленні до хворих, злих жартах.

У гармонійно розвиненої особистості лікаря повинен поєднуватися описані типи, крім мізантропа, сибарита і нудьгуючого нероби.

Наведена класифікація не вичерпує всього різноманіття психологічних типів лікарів. Необхідно враховувати, що формування того чи іншого типу лікаря в значній мірі обумовлено вихованням.

Деякі передумови для створення позитивних взаємовідносин між лікарем і хворим виникають ще перед тим, як вони вступають в безпосередній контакт. Хворий, що приходить до лікаря, як правило, знає про нього більше, ніж лікар про хворого. Має значення також репутація охорони здоров'я взагалі і медичної установи зокрема, куди приходить хворий. Напруженість, невдоволення і гнів хворого, який був змушений добиратися до лікаря незручним транспортом, і понад те довго чекати в приймальні, поки прийде його черга, нерідко неадекватно проявиться при зустрічі з лікарем, який не має поняття про причини цієї реакції і необгрунтовано пояснює її ворожим ставленням до них.

Слід згадати також про можливість дії «перенесення естетичного стереотипу». Красиві люди швидше викликають симпатію і довіру, некрасиві – скоріше антипатію і невпевненість. Уявлення про красу також пов'язують з хорошими якостями, потворність – зі злом. Незважаючи на те, що це

припущення необґрунтовано, воно підсвідомо надає досить сильну дію: зовні симпатичний хворий викликає у лікаря більше симпатії, навіть якщо в дійсності він вимагає менше допомоги, ніж хворий, що викликає своїм зовнішнім виглядом антипатію. І навпаки, лікар, який діє естетично позитивно, викликає більше довіри.

При встановленні контакту з хворим має значення перше враження, що склалося у хворого про лікаря. При цьому впливає загальна атмосфера медичного закладу і поведінка всіх його працівників: допоміжного персоналу, адміністративних працівників, сестри при прийомі і при записі хворого. При першому контакті з лікарем у хворого повинно скластися враження, що лікар хоче йому допомогти. Лікар зобов'язаний володіти собою до такої міри, щоб були дотримані всі звичайні норми суспільного контакту. Це означає, що він повинен особисто представитися хворому, якщо він не знайомий з ним, і подати йому руку. Така поведінка заспокоює хворого, дасть йому відчуття безпеки і посилює його почуття власної гідності.

Однією з передумов для розвитку позитивного ставлення є надання хворому можливості вільної розповіді, що не переривається, про його переживаннях, проблеми, скарги, турботи і побоювання. Лікар не повинен подавати виду, що дуже зайнятий, навіть якщо в дійсності так і є. Лікар повинен своєю особистістю «резонувати з висловлюваннями хворого». Якщо хворому не надати можливість висловитися, він може скаржитися, що лікар його «взагалі не вислухав», що він не був обстежений за всіма правилами, хоча в дійсності було зроблено все необхідне. З боку хворого при цьому проявляється невдоволення тим, що їм нехтують як особистістю. Балакучий хворий екстравертного типу легше домагається симпатії лікаря, більш того, навіть зацікавлює його своєю розповіддю, якщо він цікавий. Але фактично більшу необхідність в психологічній підтримці відчуває потайний хворий інтравертного типу, який в результаті несміливості, сорому або перебільшеною скромності приховує свої проблеми, скарги, а іноді і симптоми захворювання.

Велике значення в стаціонарних медичних установах має робота медичної сестри, яка проводить в прямому контакті з хворим значно більше часу, ніж лікар. Хворий у неї шукає розуміння і опори. Вона повинна не тільки професійно володіти навичками догляду за хворими, а й знати правила психологічного підходу до хворих. Їх невиконання часто призводить до того, що хворі висловлюють «невдоволення» і протестують проти формальної або взагалі «казарменої» поведінки деяких медичних сестер, незважаючи на те, що з фізичної точки зору догляд за ними був хорошим. З іншого боку в розвитку взаємин між медичною сестрою і хворим іноді виникає небезпека недотримання певної необхідної дистанції, появи прагнення до флірту чи до безпорадне співчуття. Медична сестра повинна вміти проявити розуміння труднощів та проблем хворого, але не повинна прагнути вирішувати ці проблеми.

Виділяють окремі **типи медичних сестер** в залежності від характеру і ставлення до роботи:

1. **Практичний тип**, що відрізняється точністю і строгістю, такий що забуває іноді про людський бік хворого. У парадоксальній формі іноді проявляється, наприклад, в тому, що будить сплячого хворого, щоб дати йому снодійне.

2. **Артистичний тип**, що відрізняється афектованою поведінкою; така медична сестра намагається без почуття міри справити враження на хворого, намагається бути важливою.

3. **Нервовий тип**; така медична сестра часто буває стомленою, роздратованою, пацієнти біля неї не відчують себе спокійно. Вона намагається підсвідомо відхилитися від деяких обов'язків, наприклад, з побоювання заразитися.

4. **Чоловічий тип** медичної сестри, великої статури: рішуча, енергійна, самовпевнена, послідовна. Хворі характеризують її поведінку як «військову». У сприятливому випадку стає добрим організатором і успішно виховує молодих медичних сестер. У несприятливому випадку такі сестри бувають примітивними, агресивними і деспотичними.

5. **Материнський тип** медичної сестри, «мила сестричка», часто пікнічної статури.

6. **Сестри-спеціалістки**, що працюють, наприклад, у кабінеті функціональної діагностики (на електрокардіографі, електроенцефалографії) вони іноді мають почуття переваги над сестрами, які працюють у відділеннях; якщо вони цього не приховують, то між ними і іншим персоналом бувають напружені відносини.

Поняття лікарський обов'язок і лікарська таємниця.

Важливим питанням у діяльності лікаря є **лікарська таємниця** – відомості про хворобу, інтимне життя хворого, отримані від нього або виявлені в процесі його обстеження і лікування, тобто при виконанні медичним працівником своїх професійних обов'язків, які не підлягають оприлюдненню. Причому не підлягають розголосу не тільки дані про саму хворобу, а й про функціональні особливості організму, фізичні вади, шкідливі звички, особливості психіки, нарешті, про його майновий стан, коло знайомств, інтересів, захоплень і т.п.

Метою охорони лікарської таємниці є запобігання випадків можливого заподіяння хворому та іншим особам морального, матеріального та медичного шкоди.

Лікарські помилки: в практичній діяльності лікаря бувають випадки, коли він відчуває діагностичні труднощі, які іноді призводять до лікарських помилок. Існують об'єктивні і суб'єктивні причини цих помилок.

Лікарською помилкою вважається помилка лікаря при відсутності недбалості, халатності або легковажного ставлення до своїх обов'язків. Лікарські помилки обумовлені нерідко й не так недостатньою професійною підготовкою і кваліфікацією лікаря, скільки особливостями його особистості і характеру, а також загального самопочуття. На частку цього суб'єктивного фактору припадає 60-70% загального числа лікарських помилок.

Помилки відбуваються іноді через повільність, нерішучість лікаря, невпевненість у собі, недостатню конструктивність мислення, невміння правильно і швидко орієнтуватися в складній ситуації, через недостатньо розвинену здатність правильно, логічно зіставити і синтезувати всі елементи отриманої про хворого інформації. Зайва обережність лікаря може бути надзвичайно небезпечна в ситуаціях, коли стан хворого вимагає швидких, рішучих дій.

З іншого боку, зайва самовпевненість, не підкріплена реальними доказами, іноді призводить до постановки «модних» витіюватих діагнозів.

Такі особливості характеру лікаря, як оптимізм або песимізм можуть грати роль в неправильній прогностичній оцінці тяжкості захворювання. Лікар повинен завжди реально оцінювати реальну ситуацію, не беручи бажане за дійсне. Самопочуття лікаря, астеничні стани, почуття втоми, сонливість також можуть призводити до діагностичних помилок.

Поняття про професійну деформацію. Кожна професія може сприяти розвитку людини і вдосконалювати його особисті якості на користь суспільства. Але професія може також викликати деформації, деформувати характер людини. Деформації можуть викликати в деяких випадках лише добродушне подшучування (професорська забудькуватість, неухважність), але іншим разом вони можуть бути предметом іронії, сарказму і сатири (чиновницький, казенний бюрократизм).

Лікар теж володіє певною владою над хворими, отже, він схильний до небезпеки деформації. Професійна деформація розвивається, як правило, поступово з професійної адаптації. Професійна адаптація є необхідною для медичного працівника. Лікарі, медичні сестри та допоміжний персонал на початку своєї професійної діяльності дуже бурхливо переживають всі етапи надання медичної допомоги і страждання хворих, проте поступово у медиків розвивається емоційна опірність. Хоча певна ступінь емоційної опірності необхідна і зрозуміла, проте в свідомості медичних працівників повинна зберігатися здатність сприймати хворого як людину, яка страждає та заслуговує на повагу, особистість хворого можна вважати незручним додатком до хворого органу, який лікар мусить обстежити. Це є необхідною складовою частиною не тільки людського, але і професійного рівня лікаря.

Професійними деформаціями є поведінка і вислови медичних працівників, при яких під впливом звички проявляється черствість по відношенню до хворих в такій мірі, що у не медиків створюється враження бездушності і навіть цинізму. Наприклад, лікар і медична сестра не вважають за потрібне відокремити хоча б ширмою вмираючого хворого в двадцятиліжковій палаті, або ж лікарі, роблячи обхід, при хворому дискутують про несприятливий прогноз його хвороби.

Професійно деформований лікар, який ставить діагноз хоча і точно, але за допомогою машин, викликає у хворого враження незацікавленості і байдужості, не усвідомлюючи цього.

Синдром вигорання.

Синдром емоційного вигорання (burn-out) являє собою стан емоційного, психічного, фізичного виснаження, що розвивається як результат хронічного невирішеного стресу на робочому місці. Розвиток даного синдрому характерний для альтруїстичних професій, де домінує турбота про людей (соціальні працівники, лікарі, медичні сестри, вчителі та ін.).

Перші роботи з вигорання з'явилися в 70-і роки в США. Одним з основоположників ідеї вигорання є Х. Фреденбергер, американський психіатр, який працював в альтернативній службі медичної допомоги. Він в 1974 році описав феномен, який спостерігав у себе і своїх колег (виснаження, втрата мотивацій і відповідальності) і назвав його метафорою – вигорання. Інший основоположник ідеї вигорання – Кристина Масlach – соціальний психолог, визначила це поняття як синдром фізичного та емоційного виснаження, включаючи розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрату розуміння і співчуття по відношенню до клієнтів або пацієнтів.

Основні симптоми синдрому емоційного вигорання:

- ✓ Погіршення відносин з колегами і родичами;
- ✓ Наростаючий негативізм по відношенню до пацієнтів (колег);
- ✓ Зловживання алкоголем, нікотиним, кофеїном;
- ✓ Втрата почуття гумору, постійне відчуття невдачі і провини;
- ✓ Підвищена дратівливість – і на роботі, і вдома;
- ✓ Вперте бажання змінити рід занять;
- ✓ Раз у раз виникає неухважність;
- ✓ Порушення сну;
- ✓ Загострена сприйнятливність до інфекційних захворювань;
- ✓ Підвищена стомлюваність, відчуття втоми протягом усього робочого дня.

Люди з синдромом вигорання зазвичай мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції. Спостерігаються хронічна втома, когнітивна дисфункція (порушення пам'яті і уваги), порушення сну з труднощами засинання і ранніми пробудженнями, особистісні зміни. Можливий розвиток тривожного, депресивного розладів, залежностей від психоактивних речовин, суїцид. Спільними соматичними симптомами є головний біль, гастроінтестинальні (діарея, синдром роздратованого шлунка) і кардіоваскулярні (тахікардія, аритмія, гіпертонія) порушення. Існує безліч теорій розвитку синдрому емоційного вигорання.

Ряд дослідників вважає основними передумовами наявності організаційних проблем (занадто велика робоча навантаження, недостатня можливість контролювати ситуацію, відсутність організаційної спільності, недостатня моральна й матеріальна винагорода, несправедливість, відсутність значимості виконуваної роботи). У той же час інші дослідники вважають більш важливими особистісні характеристики (низька самооцінка, високий невротизм, тривожність та ін.). Таким чином, немає єдиних поглядів

на питання етіопатогенезу вигорання, відсутні усталені єдині діагностичні критерії.

Найбільший ризик виникнення синдрому емоційного вигорання мають особи, що пред'являють непомірно високі вимоги до себе. У їхньому уявленні справжній фахівець – це зразок професійної невразливості і досконалості. Вхідні в цю категорію особистості, асоціюють свою працю з призначенням, місією, тому в них стирається грань між роботою та особистим життям. В ході досліджень були виділені ще три типи людей, яким загрожує емоційне вигорання.

Перший тип – так званий **"педантичний"**. Основні характеристики цього типу: сумлінність, зведена в абсолют; надмірна, хвороблива акуратність, прагнення в будь-якій справі домогтися зразкового порядку (нехай на шкоду собі).

Другий тип – **"демонстративний"**. Люди цього типу прагнуть бути першим у всьому, завжди бути на виду. Разом з тим їм властива висока ступінь виснаження при виконанні непомітної, рутинної роботи.

Третій тип – **"емотивний"**. "Емотики" нескінченно, протиприродно чутливі і вразливі. Їх чуйність, схильність сприймати чужий біль як власну межує з патологією, з саморуйнуванням, і все це за явного браку сил чинити опір будь-яким несприятливим обставинам.

Люди першого типу часто бувають надмірно прив'язані до минулого; у них основні симптоми перевтоми – апатія, сонливість.

У людей другого типу перевтома виражається в надмірній дратівливості, гнівливості. На цьому тлі підвищується тиск, виникають проблеми із засинанням. В цьому випадку рекомендується випити ввечері склянку теплого молока і прийняти заспокійливу ванну або душ.

Люди третього типу при стресах страждають безсонням, у них можлива поява підвищеної тривожності.

Синдром "емоційного вигорання" включає в себе 3 стадії, кожна з яких складається з 4-х симптомів:

1-а стадія "напруги" – симптоми:

- незадоволеність собою,
- "загнаність в клітку",
- переживання психотравмуючих ситуацій,
- тривожність і депресія.

2-а стадія "резистенції" – симптоми:

- неадекватне, виборче емоційне реагування,
- емоційно-моральна дезорієнтація,
- розширення сфери економії емоцій,
- редукція професійних обов'язків.

3-тя стадія "виснаження" – симптоми:

- емоційний дефіцит,
- емоційна відстороненість,
- особистісна відстороненість,
- психосоматичні та психовегетативні порушення.

Профілактика і усунення "вигорання"

1. Визначення короткострокових і довгострокових цілей. Перше не тільки забезпечує зворотний зв'язок, що свідчить про те, що лідер знаходиться на правильному шляху, але і підвищує довгострокову мотивацію. Досягнення короткострокових цілей – успіх, який підвищує ступінь самовиховання. До кінця чергового робочого року дуже важливо включити цілі, що доставляють задоволення.

2. Спілкування. Коли керівники аналізують свої почуття і відчуття і діляться ними з іншими, ймовірність "вигорання" значно знижується або цей процес менш виражений. Тому рекомендується, щоб лідери ділилися своїми почуттями з колегами і шукали у них соціальної підтримки. Якщо ви ділитесь своїми негативними емоціями з колегами, ті можуть допомогти знайти вам розумне рішення виникла у вас проблеми.

3. Використання "тайм-аутів". Для забезпечення психічного і фізичного благополуччя дуже важливі "тайм-аути", тобто відпочинок від роботи і інших навантажень.

4. Оволодіння вміннями і навичками саморегуляції. Оволодіння такими психологічними вміннями і навичками, як релаксація, ідеомоторні акти, визначення цілей і позитивна внутрішня мова, сприяє зниженню рівня стресу, що веде до "вигорання".

5. Збереження позитивної точки зору. Знайдіть людей, які забезпечать соціальну підтримку і, отже, допоможуть зберегти позитивну точку зору щодо ваших дій.

6. Контроль емоцій, що виникають після завершення наміченої роботи. Більшість лідерів знають, як важливо вміти контролювати почуття тривожності і напруженості при вирішенні професійних завдань. Але завершення роботи не завжди усуває сильні психологічні почуття, особливо якщо робота не принесла потрібних результатів. Емоції часто посилюються і виявляються в сварках з колегами і підлеглими або, навпаки, в депресії, яка призводить до "вигорання".

7. Підтримка хорошої спортивної форми. Між тілом і розумом існує тісний взаємозв'язок. Хронічний стрес впливає на організм людини, тому дуже важливо підтримувати хорошу спортивну форму за допомогою фізичних вправ і раціональної дієти. Неправильне харчування, збільшення або зниження маси тіла негативно впливають на рівень самооцінки і сприяють розвитку синдрому "вигорання". Коли ви відчуваєте певний стрес, спробуйте зберегти гарну спортивну форму, що допоможе вам залишитися стійким і психічно.

Щоб уникнути синдрому емоційного вигорання:

- намагайтеся розраховувати, обдуманно розподіляти всі свої навантаження;
- вчіться переключатися з одного виду діяльності на інший;
- простіше ставитесь до конфліктів на роботі;
- як не дивно це звучить – не намагайтеся завжди і в усьому бути кращими.

- пам'ятайте: робота – всього лише частина життя.

Спілкування в медичному середовищі

Спілкування – складний, багатоплановий процес встановлення зв'язку між людьми, в результаті якого виникає психічний контакт, що включає в себе обмін інформацією, взаємовплив, взаємопереживання, взаєморозуміння.

Функції спілкування:

- *інформаційно - комунікативна,*
- *регуляторно - комунікативна,*
- *афективно - комунікативна.*

У процесі спілкування виділяють такі взаємопов'язані сторони: комунікативну (полягає в обміні інформацією), інтерактивну (складається в обміні діями), перцептивну (передбачає взаємосприйняття і встановлення взаємопорозуміння між партнерами).

Залежно від характеристик партнерів спілкування може бути:

- міжособистісним,
- груповим
- індивідуально - груповим,
- колективно - індивідуальним,

Комунікативна сторона спілкування пов'язана з виявленням специфіки інформаційного процесу між людьми як активними суб'єктами, тобто з урахуванням відносин між партнерами, їх установок, цілей, намірів, яке призводить не тільки до передачі інформації, але і до уточнення і збагачення тих знань, думок, ідей, якими обмінюються люди. Засобами комунікативного процесу є різні знакові системи, зокрема мова, а також немовні засоби: міміка, жести, пантоміміка, положення партнерів один щодо іншого, паралингвістические системи (інтонація, немовні вкраплення в мову, наприклад, паузи), система організації простору і часу комунікації, і нарешті, система "контакту очима". Важливою характеристикою комунікативного процесу є намір його учасників впливати один на одного, впливаючи на поведінку іншого забезпечити свою ідеальну представленість в іншому (персоналізацію). Необхідною умовою цього виступає не просто використання єдиної мови, а й однакове розуміння ситуації, в якій відбувається спілкування.

Інтерактивна сторона спілкування являє собою побудову спільної взаємодії. Тут мають велике значення мотиви і цілі спілкування кожного боку. Розрізняють декілька типів взаємодії між людьми, перш за все *співдружність, конкуренція і конфлікт*. Слід мати на увазі, що співдружність, конкуренція і конфлікт – це не тільки взаємодія двох особистостей. Вони мають місце між частинами груп і між групами в цілому.

Взаємодія виявляється у формі почуттів, які можуть бути такими, що зближують так і такими що роз'єднують людей. Інтенсивність відчуттів впливає на ефективність діяльності членів групи і є одним з показників соціально - психологічного клімату групи.

Перцептивна сторона спілкування включає в себе процес формування образу іншої людини, який досягається "прочитування" по фізичними характеристиками людини його психологічних властивостей і особливостей його поведінки.

Для процесу спілкування потрібно не менше двох людей. Основними механізмами пізнання іншої людини є ідентифікація (уподібнення), рефлексія (усвідомлення того, як сприймають суб'єкта пізнання інші люди), стереотипізація (класифікація різних форм поведінки).

Рефлексія – усвідомлення сприйняття своєї особистості партнером по спілкуванню і корекція власної поведінки в залежності від поведінки іншої людини.

Стереотипізація – сприйняття, класифікація і оцінка особистості партнера на основі певних уявлень.

Ідентифікація – процес пізнавання тієї якості, на основі якої особистість партнера можна віднести до певного класу, типу.

Ідентифікація та рефлексія здебільшого здійснюються підсвідомо, і тому часті помилки в оцінюванні іншої людини, які ведуть до стереотипних уявлень.

У процесі міжособистісного сприйняття і пізнання виникає ряд "ефектів": первинності, недавності (новизни) і ореолу.

Одним із завдань соціальної психології є розробка засобів коректування і оптимізації спілкування, розвиток здібностей і навичок спілкування. Серед різних форм навчання мистецтву спілкування істотне місце займає психологічний тренінг (оволодіння різними формами спілкування за допомогою програм).

Спілкування завжди визначається системою суспільних відносин, але в структурі і динаміці спілкування не можна різко відокремити особисте від суспільного. Тому нерозривно пов'язані соціальне і індивідуальне в найважливішому засобі спілкування – мові. Мова – це система знаків, які мають певне значення і використовуються для передачі і збереження інформації. Мова належить до мовних знаків, які будуються за певними граматичними правилами.

Немовні знаки – це знаки-символи; знаки-копії, наприклад, система знаків, які регулюють вуличний рух.

Крім словесної (вербальної) мови існує як засіб спілкування ще і невербальна мова (мова жестів, міміки, поз).

У своїй діяльності людина використовує різні види мови:

- усне монологічне мовлення – це мова однієї людини (доповідача, лектора, оповідача),
- розмовна мова (діалогічна) відбувається у формі розмови між двома або кількома особами,
- письмова мова використовує письмові знаки і має свої конструктивні особливості,
- внутрішня мова існує тільки в нашому мозку, це мова, звернена до самого себе.

Функції спілкування різноманітні. Елементарна функція спілкування – досягнення взаєморозуміння на формальних рівнях. Це може бути посмішка, кивок, жест.

Основними функціями спілкування є соціальні, оскільки ми живемо в суспільстві і виконуємо завдання колективної роботи. Ми виконуємо службові функції (начальник, підлеглий, лікар, учень), життєві функції (клієнт, покупець, сусід), сімейні функції (чоловік, дружина, родичі).

Виконання соціальної функції означає: робити те, що необхідно на даному місці, при даних обставинах відповідно до законів, з одного боку, і існуючими звичаями – з іншого.

Соціальні функції спілкування діляться на функції управління і контролю, вони пов'язані з організацією діяльності груп і колективів.

Форми міжособистісного спілкування багато в чому залежать від почуттів, які людина переживає щодо своїх близьких, співробітників, незнайомих людей. На основі цих почуттів вона виробляє стратегію спілкування. У формуванні ставлення людей до роботи, до колективу, один до одного, до самого себе важлива роль належить психологічній функції емоційного задоволення від контакту.

У прагненні діяти разом з іншими на шляху до мети, в посиленні свого особистого впливу на інших полягає функція самоактуалізації особистості.

З моменту народження дитини дорослі спонукають його до спілкування. Потреба в спілкуванні розвивається у дітей поетапно. Дитина різноманітними способами привертає увагу дорослих ще до того як почне говорити, (крик, плач, усмішка, жести).

При правильних методах виховання дитина від спілкування, яке складалося в прагненні привернути увагу дорослих, переходить до співпраці з ними. Під кінець 2-го місяця діти у відповідь на звернені до них слова починають агукать, в 5-6 місяців у них виникає лепет. Перші слова дитина вимовляє приблизно в 1 рік. З розвитком мови спілкування дітей стає набагато ефективніше.

Процес лікування будь-якого захворювання супроводжується рядом психологічних явищ, пов'язаних з особистістю хворого, лікаря і застосовуваними терапевтичними методами, що надають як позитивне, так і часом негативний вплив. Облік психологічних факторів лікувального процесу дозволяє більш глибоко оцінити ефективність терапії і прогноз. Найбільш адекватною слід вважати оцінку терапевтичної динаміки в соматичній, психологічній та соціальній площині.

Для встановлення нормальних взаємин між людьми, особливо в трудовій діяльності та побуті велике значення має культура спілкування. Культура спілкування людей в різних ситуаціях базується на дотриманні певних правил, які виробило людство впродовж тисячоліть. Ці правила визначають форми спілкування, регламентовані суспільством, і мають назву етикет. Він містить як технічні аспекти спілкування, тобто правила, які стосуються лише зовнішньої сторони поведінки, так і принципи, невиконання яких тягне за собою осуд і навіть покарання. Багато правил

етикету стали невід'ємними елементами культури спілкування в лікувальних установах.

Зовнішня сторона ділових відносин регламентує службовий етикет. Так, складовими медичного етикету є: дотримання правил благопристойності, правил хорошого тону, відповідного зовнішнього вигляду (чистота одягу, білий, добре випрасуваний халат).

Людина, яка володіє справжньою культурою спілкування, виявляє її всюди: на роботі, на відпочинку, в сімейному колі і в громадських місцях. Уміння людей передавати свої думки і почуття інших людей, вміння не тільки говорити, а й слухати, проявляти розуміння і доброзичливість, співчуття і увагу складають культуру повсякденного спілкування.

Справжню культуру міжособистісних відносин визначають етичні норми поведінки особистості. У повсякденних стосунках з іншими людьми в процесі спілкування велику роль відіграють самооцінка особистості, концентрація уваги, здатність людини стати на позиції партнера.

Однією з важливих характеристик особистості є самооцінка, тобто вміння оцінити себе, своє ставлення до іншого. Самооцінка дає можливість людині аналізувати свої дії і вчинки. Вона залежить від вихованості та культури. Якщо у людині немає прагнення до самооцінки, вона не може правильно розбиратися в інших і формувати свої взаємини, проявляти такі якості спілкування, як тактовність і делікатність.

Спілкування людей починається з сприйняття одного іншим. При цьому велике значення має концентрація уваги, яка допомагає сприйняттю людини людиною з урахуванням психологічних особливостей. Спілкування буде розвиватися ефективно, якщо перше враження викличе почуття симпатії. У разі антипатії можуть виникнути психологічні труднощі спілкування. У будь-якому випадку спілкування має будуватися з урахуванням індивідуальних особливостей особистісних рис тих, хто спілкується.

Контрольні запитання:

1. Дайте визначення деонтології.

2. Дайте визначення ятрогенії. Перерахуйте типи ятрогеній.

3. Що таке конфлікт? Перерахуйте типи конфліктів за К. Томасом.

4. Дайте визначення синдрому вигорання. Яка профілактика синдрому вигорання?

5. Дайте визначення поняттям рефлексія, стереотипізація та ідентифікація.

Тестові завдання

1. Хірург у момент проведення відкритої холецистектомії завдав хворому травму жовчних проток. Розвинута патологія відноситься до:

- A. Соматичної ятрогенії
- B. Органолокалістичної ятрогенії
- C. Діагностичної ятрогенії
- D. Етіологічної ятрогенії
- E. Психічної ятрогенії

2. Хвора 27 років скаржиться на підвищену дратівливість, слабкість, швидку стомлюваність, що виникають при хвилюванні і напрузі, головні болі «як ніби в голову забивають цвях», відчуття «грудки в горлі», ларингоспазм, вегетативну лабільність. Молодий фахівець при зборі анамнезу не акцентував увагу на психотравмуючих переживаннях, які перенесла пацієнтка, поставив діагноз, призначив фармакотерапію, ефекту від даного методу лікування не спостерігалось, хвора відчула себе гірше. Розвинуте погіршення відноситься до:

- A. Психічної ятрогенії
- B. Органолокалістичної ятрогенії
- C. Діагностичної ятрогенії
- D. Етіологічної ятрогенії
- E. Соматичної ятрогенії

3. Хірург детально доповідає на планерці про стан хворого і про хід планованого оперативного втручання. Який вид промови він використовує.

- A. Діалогічний
- B. Монологічний
- C. Письмовий
- D. Внутрішній
- E. Жодна з перерахованих

4. Лікар з 40 річним досвідом роботи, протягом багатьох років чітко слідує діагностичним та терапевтичним схемам, жорстко слідує засвоєним діагностичним та терапевтичним схемам, консервативний та однотипний у призначеннях, не цікавиться сучасними медико-фармакологічними публікаціями, не сприймає нове. Визначте тип лікаря.

- A. Догматик
- B. Трудяга
- C. Мораліст
- D. Технократ
- E. Сумуючий нероба

Ситуаційні завдання

1. Лікар А. працює сімейним лікарем сільської лікарні третій рік. Під час навчання в університеті завжди був ініціативним, прагнув до пізнання, був

вимогливим до себе. Мріяв після закінчення ВНЗ працювати в великій клініці. Роботу свою любить, охоче допомагає пацієнтам, розбирається в складних випадках. Однак останнім часом став все частіше відзначати погіршення настрою, апатію. Вважає, що в його роботі мало сенсу так як в сільській місцевості люди «зі стандартними діагнозами», які може вилікувати «будь-який трієчник». Розчарувався в своїй спеціальності. Періодично став вживати психоактивні речовини. Як можна охарактеризувати стан доктора?

2. Студентка медичного університету під час демонстрації пацієнтів на занятті з психіатрії побачила колегу своєї тітки, у той же день розповіла родичці, про те, що її колега знаходиться у психіатричній лікарні. Що порушила студентка.

3. У хлопця після рентгенологічного дослідження розвинулася депресивна симптоматика. Вважає, що його життя скінчилося, так як у нього на «рентгені» виявили злоякісну пухлину. Виявилося, що за діагноз злоякісної пухлини він прийняв вираз рентгенолога, який показував студентам частину товстої кишки зі словами: «Ось сигма». Яку помилку допустив доктор? До яких наслідків вона може призвести?

Питання та завдання для контролю знань і вмінь студентів:

1. Визначення, предмет і задачі медичної психології.
2. Методи психологічного дослідження.
3. Принципи побудови цілеспрямованої психологічної бесіди.
4. Визначення психічного здоров'я та рівнів психологічної адаптації людини.
5. Критерії здоров'я ВООЗ.
6. Вплив особливостей віку та хронічних захворювань на особистість людини.
7. Визначення та типологія акцентуації особистості, тактика поведінки лікаря з пацієнтами, що мають акцентуовані риси особистості.
8. Визначення та класифікація основних типів відношення до хвороби, особливості поведінки хворих з такими типами реагування на хворобу.
9. Діагностика основних типів відношення до хвороби.
10. Принципи психотерапевтичної корекції відношення до хвороби.
11. Вплив хвороби на пізнавальні процеси людини.
12. Вплив особливостей інтелекту хворого на лікувальний процес.
13. Вплив хвороби на емоційно-вольову сферу людини.
14. Вплив хвороби на емоційний стан, нозогенії.
15. Роль вольових якостей особистості у лікувальному процесі.
16. Зміни волі, потягів та поведінки під час хвороби.
17. Свідомість, самосвідомість. їх рівні.
18. Психодинамічний підхід у медицині.
19. Критерії непорушеної свідомості. Стани свідомості у хворого.
20. Вимоги до особистості медичних працівників.
21. Поняття «лікарський обов'язок» і «лікарська таємниця».
22. Лікарські помилки: причини і види.
23. Психологічні типи лікарів.
24. Професійна деформація, «синдром емоційного вигорання» та шляхи його попередження.
25. Правила деонтології і субординації у медичному середовищі.
26. Види та особливості спілкування в медичному середовищі.
27. Психологічні особливості етапів діагностичного процесу.
28. Принципи спілкування лікаря з хворими та їх родичами.
29. Механізми виникнення конфліктів.
30. Класифікація конфліктів.
31. Структура конфлікту.
32. Техніки спілкування з конфліктними людьми.
33. Особливості вибору стратегії поведінки в конфліктній ситуації.
34. Основні правила спілкування лікаря та пацієнта
35. Спілкування лікаря та пацієнтів різних вікових груп.
36. Спілкування лікаря з родичами пацієнта.
37. Спілкування в робочому колективі.
38. Психосоматичний підхід як принцип лікувальної діяльності.
39. Емоційний стрес як фактор етіопатогенезу психосоматичних

розладів.

40. Вплив психологічних факторів на перебіг соматичних розладів.
41. Теорії психосоматичних взаємовідношень.
42. Механізми психологічною захисту особистості.
43. Поняття адаптації та дезадаптації, дістрес.
44. Класифікація психосоматичних розладів. Непатологічні психосоматичні реакції.
45. Психологічні особливості хворих в хірургічному стаціонарі в до- і післяопераційному періоді, в ортопедії і травматології.
46. Психологічні особливості хворих в стоматології, офтальмології, отолярингології.
47. Вплив на психіку людини вроджених та набутих фізичних вадах.
48. Психологічні аспекти залежності від психоактивних речовин, надцінні захоплення (гемблінг, інтернет - залежність), залежності харчової поведінки.
49. Різновиди суїцидальної поведінки, особливості суїцидальної поведінки у соматично хворих, та при залежностях.
50. Психологічні аспекти умирання та смерті.
51. Поняття «психогігієна» та «психопрофілактика».
52. Психогігієна праці медичного працівника.

Перелік практичних навичок

1. Самостійно вести спрямовану психологічну бесіду з хворими, скласти психологічний анамнез хвороби та життя, оцінювати психологічний стан хворого з формулюванням висновку експериментально-психологічного обстеження.
2. Вміти виявляти акцентуації характеру, а також проводити диференційовану психокорекцію виявлених особливостей особистості.
3. Визначити тип внутрішньої картини хвороби і типи реагування пацієнта на захворювання.
4. Формувати адекватне відношення до захворювання у пацієнта і підтримувати його на всьому протязі лікувально-діагностичного процесу.
5. Виробити тактику спілкування з хворими та їх родичами з урахуванням принципів лікарської етики і деонтології.
6. Оцінити і провести корекцію взаємовідносин хворого з медичним персоналом.
7. Зробити аналіз професійно важливих якостей лікаря.
8. Вміти впроваджувати заходи первинної психопрофілактики синдрому емоційного вигорання в медичному середовищі.
9. Знати основні діагностичні алгоритми станів залежності (хімічна, Інтернет, гемблінг) й співзалежності та вміти їх застосовувати у практичній діяльності для профілактики та корекції.
10. Знати основні шляхи психопрофілактики суїцидальної поведінки та вміти своєчасно виявляти суїцидальні тенденції.

Рекомендована література

1. Медична психологія: державний національний підручник / І.Д. Спіріна, І.С. Вітенко, О.К. Напреєнко та ін. – Дніпропетровськ: ЧП «Ліра» ЛТД, 2012. – 444 с.
2. Medical psychology. State National Textbook / I.D. Spirina, I.S. Vitenko, O.K. Napreenko et al. – Dnipropetrovsk: 2015. – 376 с.
3. Загальна та медична психологія (практикум) / Під заг. ред. проф. І.Д. Спіріної, проф. І.С. Вітенка. – Дніпропетровськ, АРТ ПРЕС, 2002. 176 с.
4. Любан-Плоцца Б. Терапевтический союз врача и пациента / Б. Любан-Плоцца, В. Запорожан, Н. Пряев. – К.: АДЕФ - Украина, 2001. - 292с.
5. Медична психологія/ За редакцією академіка С.Д. Максименка. Підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2008 – 520 с.
6. Айві А. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування. – К. Сфера, 1998.
7. Булах І.С., Кузьменко В.У., Помиткін Е.О. Консультативна психологія: підручник / І.С. Булах, І.М. Бушай, В.У. Кузьменко, Е.О. Помиткін, Ю.А. Алексєєва; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова, Ін-т соціології, психології та соц. комунікацій. – Вінниця: Нілан, 2014. – 484 с.
8. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування. – К.: Четверта хвиля, 2004. – 256 с.
9. Вітенко І.С. Сімейна медицина. Психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих / І.С. Вітенко, О.О. Чабан, О.О. Бусло – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 187с.
10. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (методичні рекомендації) / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. – Харків, 2014. –79 с.
11. Кюблер-Росс Э.О смерти и умирании. – К.: София, 2001. – 320 с.
12. Медична психологія. Навчальний посібник, рекомендов. МОНУ для студентів ВНЗ / Пшук Н.Г., Маркова М.В., Кондратюк А.І., Стукан Л.В. – Вінниця, 2010. - 136с.
13. Медична психологія: Підручник / І.С. Вітенко. – К.: Здоров'я, 2007.
14. Медична психологія : підручник / С.Д. Максименко, Я.В. Цехмістер, І.А. Коваль, К.С. Максименко ; за загальною ред. С.Д. Максименка. – 2-е вид. – К. : Слово, 2014. – 516 с.
15. Москленко В.В. Соціальна психологія. – К.: Центр навчальної літератури, 2008. – 688 с.
16. Особливості діагностики, терапії та медико-психологічної реабілітації вимушених переселенців з зони бойових дій, хворих на посттравматичний стресовий розлад. Методичні рекомендації / Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Рокутов С.В. та ін. – К., 2015. - 28 с.
17. Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря. – Київ: Центр учбової літератури, 2015. – 334 с.