

**Міністерство охорони здоров'я України  
Українська медична стоматологічна академія  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної  
психології**

**Методичні вказівки з самостійної  
підготовки до практичних занять з  
медичної психології  
*для студентів медичних ВУЗів, аспірантів,  
магістрів, клінічних ординаторів та  
лікарів-інтернів медичних спеціальностей***

**Полтава-2001**

Друкується за рішенням  
Вченої Ради УМСА  
Протокол № 3 від 11 жовтня 2000 р.

Методичні вказівки складені завідувачем кафедрою психіатрії, наркології та медичної психології УМСА, д.м.н., професором **Г.Т. Сонником**, доц., к.м.н. **О.О. Зайцевим**, доц., к.м.н. **А.М. Скрипніковим**, доц., к.м.н. **М.А. Касьяненко**, ас., к.м.н. **М.О. Денєко**, ас. **В.В. Борисенком**, ас. **О.С. Телюковим**, ас. **О.В. Савченком**, магістром **В.О. Рудь** та доцентом курсу урології і медичної сексології, к.м.н. **Є.Г. Сонником**.

Рецензенти: доктор медичних наук, професор **О.К. Напрєєнко**,  
доктор медичних наук, професор **В.Л. Гавенко**.

## ЗАНЯТТЯ №1

### ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ, МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА МЕДИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ. МОЗОК ТА ПСИХІКА

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомити студентів із предметом, завданнями, історією розвитку та сучасним станом медичної психології. Вивчити послідовність медико-психологічного обстеження.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната, стаціонарне відділення психіатричної лікарні, кабінет медичного психолога лікарні.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** атлас експериментально-психологічного обстеження хворого, схеми послідовності психологічного обстеження хворих, електрифіковані стенди локалізації нейрофізіологічних функцій у головному мозку.

**Психіка** - це системна специфічна властивість високоорганізованої матерії (мозку) відображати об'єктивну дійсність і на основі збудованого при цьому психічного образу цілеспрямовано регулювати діяльність суб'єкта. Правильність відображення регулюється практикою за принципом зворотнього зв'язку.

Психіка виникла на одному з етапів біологічної еволюції і сама стала її фактором, забезпечуючи адаптацію організмів до умов життя, що зростали і ускладнювались. Основною рушійною силою розвитку людської психіки є:

- історичний лад;
- активна трудова діяльність;
- розвиток абстрактного мислення, свідомості;
- розвиток мови;
- високоорганізований мозок з неокортексом, нервова система.

У людини психіка набуває якісно нової структури, виникає провідний рівень регулювання діяльності, формується особистість, що є джерелом вищих проявів активності психіки.

Психологічне пізнання є настільки ж давнім, як і сама людина, яка не змогла б існувати, не орієнтуючись у мотивах поведінки і властивостях характеру своїх близьких.

**Психологія** - це наука, що вивчає факти, закономірності і механізми розвитку і функціонування психіки як особливої форми життєдіяльності.

#### ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЇ

1. Психологія як наука про душу виникла більш ніж 2 тисячі років тому в межах філософії. Наявністю душі намагалися пояснити усі незрозумілі явища в житті людини.

2. 17-те століття. У зв'язку з розвитком природничих наук виникає психологія як наука про свідомість, якою визначали здатність думати, відчувати, бажати.

3. 70-ті роки 19-го століття. Розвиток психології як самостійної науки. Своїм завданням мала спостерігати за тими явищами, які можна безпосередньо побачити (поведінка, вчинки, реакції людини). Мотиви, що спричиняють вчинки, не враховувались. Виникнення експериментальної галузі психології.

4. Розвиток сучасної психології.

Вітчизняна медична психологія розвивалась і розвивається згідно з наступними основними принципами:

- 1) *детермінізм* - психічні явища визначаються засобами життя і змінюються при зміні зовнішніх умов;
- 2) *системність* - єдність свідомості і діяльності;
- 3) *розвиток* - психіку можна правильно зрозуміти, якщо дотримуватись поняття про її безперервний розвиток, змінюваність, перехід від одного рівня до іншого як процес та результат діяльності.

Особливостями сучасної медичної психології є широке використання технічних досягнень - кібернетичних і теоретично-інформаційних моделей, тонких математичних розрахунків душевних рухів. Активно розвиваються галузі психології, що взаємодоповнюють медичну психологію, - соціальна психологія, космічна, комп'ютерна, психологія промислових взаємо-стосунків, охорони здоров'я, психологія маніпуляцій індивідумом і натовпом: етологія - наука про поведінку та ін. Актуальними є проблеми психосоматики, радіаційної, екологічної психології, сексології, профвідбору до медичних вузів, визначення «професіограми» майбутнього лікаря при виборі вузької спеціальності і т. ін.

### **ЗДОБУТКИ ВІТЧИЗНЯНИХ ВЧЕНИХ:**

І.М. Сеченов (1829-1905) - засновник вітчизняної нейрофізіології, психофізіології та матеріалістичної психології. Розробив об'єктивний метод дослідження психічної діяльності. Розглядав психічний компонент як інтегральну частину головного мозку. Розробив принцип рефлекторної діяльності усіх систем організму, у тому числі свідомих і несвідомих психічних актів.

В.М. Бехтерев (1857-1927) - видатний невропатолог, психіатр, психолог, морфолог та фізіолог нервової системи. Спираючись на вчення І.М. Сеченова, розвинув та збудував «об'єктивну психологію». Рефлекторна теорія стала надійною основою розуміння як нормальних, так і патологічних психічних явищ. Засновник вітчизняної теорії поведінки, психорефлексології. Заснував першу експериментально-психологічну лабораторію (Казань, 1885 р.) і перший у світі центр комплексного вивчення людини (1908).

І.П. Павлов (1849-1936) - видатний нейрофізіолог, засновник матеріалістичного вчення про вищу нервову діяльність. Розробив учення про нервізм, першу та другу сигнальні системи, фазові стани. Підняв рефлекторну теорію на принципово новий рівень. Теоретичні гіпотези І.М. Сеченова про рефлекторну природу діяльності мозку розвинув до експериментально обгрунтованого вчення. Довів динамічний характер локалізації функцій у корі великих півкуль, вніс чіткість до розуміння фізіологічної сутності типів нервової системи.

В Україні психологія як самостійна наука відокремлюється з середини XIX століття. У 1862 році у Київській духовній академії заснована кафедра психології, потім - лабораторія психології під керівництвом М. Троїцького. Представники нової хвилі української психології - професори І.А. Сікорський, Г.І. Челпанов, С.Л. Франк, М. Бердяєв, П.Д. Юркевич, Є. Трубецькой. Г.І. Челпанов після переїзду до Москви, заснував там психологічний інститут.

На початку XX століття сформувалися відомі школи в Одесі, Києві (І.М. Сеченов, І.І. Мечніков, Н. Ланге, С.Л. Рубінштейн).

У 20-30 роках у Харкові заснований психоневрологічний інститут і при ньому психологічний відділ, що був одним із провідних центрів експериментальної психології. Тут працювали всесвітньо відомі вчені - Л.С. Виготський, А.Н. Леонтьєв, А.В. Запорожець, О.Р. Лурія, П.І. Зінченко, П.Я. Гальперін, Д.М. Узнадзе та ін.

Українські вчені внесли вагомий внесок у розвиток світової психології. Однак, починаючи з середини 30-х років, загальні негативні наслідки ставлення тоталітарної країни до наук суттєво загальмували і змінили розвиток багатьох напрямків медичної психології.

### **ОСНОВНІ ТЕОРІЇ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ:**

**Рефлекторний принцип психічної діяльності** (І.М.Сеченов). Психіка рефлекторна. Робота психіки забезпечена фізіологічними механізмами: із них одні реалізують сприйняття впливів, другі - перетворення їх у сигнали, треті - планування й регулювання поведінки тощо. В основі кожного поруху нервової системи знаходиться рефлекс (від лат. *reflexus* - *відображення*) чи реакція організму на подразнення, здійснювана за допомогою нервової системи. Аналізуючи рефлекси головного мозку, І.М.Сеченов виділяє 3 складових частини: початкову (зовнішнє подразнення та перетворення його органами відчуттів у первинне збудження, імпульс, що передається у мозок); середню (процеси збудження і гальмування у мозкові, виникнення відчуттів, уявлень, думок, тобто процесів відображення) і кінцеву (зовнішні рухи - видима реакція). Таким шляхом організм безперервно, рефлекторно і оптимально адаптується в індивідуальній «екологічній ніші».

**Динамічна локалізація психічних функцій** (І.П.Павлов). На організм одночасно діє велика кількість подразників, що по-різному збуджують різні ділянки кори головного мозку. Під локалізацією функцій розуміють динамічну структуру, що складається із розмаїття збуджених та загальмованих ділянок нервової системи, які здійснюють аналіз та синтез сигналів, що доходять до організму, виробляють систему тимчасових зв'язків та забезпечують «рівновагу організму з середовищем».

**Теорія функціональних систем** (А.П.Анохін). Одні й ті ж структури (коркові і глибинні нервові центри, провідні шляхи, периферичні нерви, виконавчі органи) можуть брати участь у здійсненні найрізноманітніших функціональних зв'язків, і входять до багатьох функціональних систем у різних комбінаціях. Таким чином, ураження однієї з ділянок кори головного мозку не повністю порушує діяльність усієї системи, оскільки елементи, які лишилися, заміщують втрачену функцію. Однак, кожне ураження функціональної системи, призводить до зміни психічних функцій.

У дослідженнях локальних уражень мозку (А.Р.Лурія) встановлено, що вищі психічні функції, такі як пам'ять та мислення, мають поширене нейрофізіологічне представництво у всій корі великих півкуль. А фізіологічною основою пізнавальних процесів є інтегративна діяльність нервових клітин.

Аналіз та синтез зорових, слухових, смакових, кінстетичних, тактильних та нюхових сприйнять відбувається локально у одній з відповідних ділянок (долей, звивин) півкуль.

Вчення про аналізатори та про динамічну локалізацію функцій долає недоліки як еквіпотенціалізму (твердження про рівномірність і тотожність розподілу функцій між усіма ділянками кори головного мозку), так і вузького локалізаціоналізму (розгляд локалізації певної психічної функції цілком в одній ділянці головного мозку).

**Вчення про динамічний стереотип** (І.П. Павлов, А.Р.Лурія). Інтегративна діяльність кори головного мозку, виконуючи адаптацію до багаторазових одноманітних подразнюючих впливів із навколишнього середовища призводить до утворення сталої системи нервових зв'язків - так званого динамічного стереотипу. При наявності вироблених динамічних стереотипів різні дії виконуються швидко, чітко і супроводжуються позитивними емоціями. Разом зі змінами навколишнього середовища має змінюватися і динамічний стереотип. Однак, чим давніший та міцніший стереотип (наприклад, звички), тим важче він піддається перебудові, а іноді призводить до конфлікту і нервових зривів.

В наш час, окрім загальної психології, що вивчає найбільш загальні закономірності психіки, теоретичні принципи і методи психології, активно розвивається багато галузей, зумовлених питаннями практики: психологія праці і творчості, релігії, спорту, педагогічна, військова, космічна, вікова (дитяча, підліткова, молодіжна, геронтопсихологія), порівняльна (зоопсихологія), соціальна психологія. В останні роки з'явилися екологічна, експериментальна психологія, психогенетика, етнопсихологія та ін.

**Медицина психологія** - наука про психологічні аспекти професійної діяльності лікаря та інших медпрацівників, психіки хворого та його рідних, а також усієї системи лікувально-профілактичних і психотерапевтичних впливів, спрямованих на якнайшвидше одужання і відновлення працездатності хворого.

### **ЗАВДАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

1. Вивчення взаємодії психічних та соматичних процесів при виникненні і розвитку захворювань.
2. Вивчення закономірностей формування уяви про свою хворобу у пацієнта.
3. Формування адекватних особистісних установок, що пов'язані з лікуванням; використання компенсаторних та захисних механізмів особистості з лікувальною метою.
4. Вивчення психологічної дії методів і засобів лікування (медикаментів, лабораторних обстежень, хірургічних, терапевтичних та інших втручань) з метою забезпечення їх максимальної позитивної дії на фізичний та психічний стан пацієнта.
5. Вивчення динаміки психічних розладів у зв'язку з лікуванням.
6. Вивчення психологічних аспектів організації лікувального середовища (стаціонару, поліклініки, санаторію та ін.).

7. Вивчення стосунків хворих із рідними, медперсоналом та між собою.
8. Вивчення закономірностей психологічного впливу лікаря на хворого при виконанні діагностичної, лікувальної, профілактичної роботи, раціональної побудови взаємостосунків учасників лікувального процесу, попередження ятрогеній.
9. Розробка принципів та методів психологічного впливу у клініці.
10. Дидактико-психологічні аспекти навчання студентів у клініці.

Розрізняють загальну та спеціальну медичну психологію.

**Загальна** - вивчає основні закономірності психології хворої людини, стосунки лікаря з хворим, атмосферу лікувального закладу.

**Спеціальна** - вивчає аспекти лікувальної етики в лікувально-профілактичних установах при спілкуванні з конкретним хворим, психологічні особливості при різних захворюваннях, наприклад, при межових нервово-психічних розладах, серцево-судинних, інфекційних, онкологічних, гінекологічних, шлунково-кишкових та інших захворюваннях; у тих, хто має вади органів та систем, - сліпоту, глухоту, глухонімоту та ін., медико-психологічні аспекти суїцидології, трудової, військової та судової експертизи та ін.

Структура медичної психології містить: клінічну психологію, соматопсихологію, психодіагностику, патопсихологію, нейропсихологію, медичну деонтологію, психогігієну, психопрофілактику, психо-фармакологію, психотерапію, психічну реабілітацію.

**Патопсихологія** - наука про закономірності порушень психіки при різних захворюваннях (на відміну від психопатології або загальної психіатрії, які вивчають психічні захворювання та межові стани).

**Соматопсихологія** - вивчення впливу психологічних чинників на виникнення соматичних захворювань.

**Нейропсихологія** - вивчення змін психіки при локальних та дифузних ураженнях головного мозку.

**Психофізіологія** - вивчає нейрофізіологічні механізми психічних процесів.

**Етика** (у тому числі лікарська) - вчення про мораль, систему норм поведінки людей, суспільний обов'язок.

**Медична деонтологія** є складовою частиною лікарської етики. Це наука про професійну поведінку медпрацівника, систему взаємостосунків між лікарем та хворим протягом лікування, принципи поведінки медперсоналу, спрямовані на максимальне посилення успішності лікування, знищення можливих шкідливостей (ятрогеній) у медичній роботі.

Методи медичної психології (шляхи та прийоми наукового пізнання психічних явищ та їх закономірностей):

1. *Спостереження*: зовнішнє (спостереження зі сторони); внутрішнє (самоспостереження); вільне, включене, стороннє.
2. *Бесіда* - опитування: усне, письмове, вільне, стандартизоване.
3. *Експеримент*: тестування (тести-завдання, тести-опитування, проєктивні методики); природні та лабораторні експерименти.

Експериментальний метод полягає у спрямованому створенні умов для виділення фактора психіки, що вивчається, та реєстрації наслідків його дії. Експеримент буває констатуючим, формуючим (навчаючим) і виховним.

Експериментальні методики можуть бути груповими і індивідуальними, вербальними і дійовими, діагностичними і прогнозуючими.

До експериментальних відносять також ряд непсихологічних методик: електроенцефалографічне дослідження (ЕЕГ), проби на потовиділення, вивчення серцево-судинної діяльності (частота пульсу, показання АТ), електроопору шкіри, та ін.

Основним методом, що застосовується у клініці, є психодіагностичний. Мета психодіагностичного дослідження - встановлення психологічного діагнозу, тобто особливостей функціонування і рівня розвитку психічних процесів особистості, прогноз і розробка рекомендацій у відповідності з завданнями обстеження.

#### **ЕТАПИ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ:**

1. Формулювання завдання та розробка методики обстеження.

У бесіді з лікарем уточнюється мета експертизи, особливості анамнезу захворювання, лікування та його можливий вплив на психіку. Вивчаються матеріали історії хвороби, при відсутності даних, що цікавлять, збирається додатковий анамнез.

2. Бесіда з хворим.

Протягом бесіди і спостереження уточнюються завдання, встановлені клініцистами, і план дослідження: вибір методик, послідовність їх застосування.

Бесіда розпочинається з розпитування паспортних даних. Далі з'ясовується стан свідомості: орієнтування хворого в часі, місцевості і власній особі; орієнтовно визначається стан пам'яті, уваги (як добре він пам'ятає дати власного життя та загальновідомих історичних подій), культурний рівень хворого, його освіченість, ерудиція, коло інтересів, потреби. Визначаються особливості особи хворого до захворювання, оцінка змін самопочуття і працездатності протягом хвороби.

3. Виконання завдань за методиками.

Завдання пропонуються від простих до більш складних. Визначаються стан пам'яті, уваги, мислення. Пропонуються особистісні опитувальники. Кожній з методик обов'язково передують детальний інструктаж. Обов'язково слід перевірити, наскільки вірно хворий зрозумів інструкцію. Всі дослідження ретельно протоколюються.

Психологічні тести не є головними при оцінці індивідуальних особливостей психіки. Вони лише доповнюють дані клінічного обстеження пацієнта (ретельний збір анамнезу, бесіда, спостереження, результати клініко-лабораторних досліджень).

4. Аналіз отриманих при обстеженні даних, їх узагальнення.

5. Заключення, яке має відображати якісні особливості перебігу психічних процесів хворого, попередній діагноз.

### КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Дайте визначення поняття психології.
2. Що таке психіка і які її особливості у людини?
3. Основні етапи розвитку вчення про психіку.
4. Особливості розвитку вітчизняної медичної психології. Вклад у науку вітчизняних вчених.
5. У чому заключається рефлексорна концепція психічної діяльності та які існують етапи відображення?
6. Принципи динамічної локалізації психічних функцій.
7. Що таке теорія функціональних систем?
8. Що таке екіпотенціалізм і вузький локалізаціонізм?
9. Визначення та завдання медичної психології.
10. Що вивчають загальна та спеціальна медична психологія?
11. Які існують галузі медичної психології?
12. Що являється предметом вивчення загальної та спеціальної медичної психології?
13. Основні методи медичної психології.
14. Особливості етапів психодіагностики.

### ЗАНЯТТЯ №2

#### ПІЗНАВАЛЬНІ ПРОЦЕСИ В НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВІДЧУТТЯ ТА СПРИЙНЯТТЯ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити визначення та структуру відчуттів і сприйняття, що таке відображення, поняття аналізатора, вікові особливості чуттєвого пізнання. Ознайомити студентів з методиками дослідження сприйняття.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната, комп'ютерний клас, стаціонар психіатричного відділення.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці «Відчуття та сприйняття», комп'ютерна програма «Тести психологічних досліджень», атлас експериментально психологічних досліджень, грампозаписи, діагностичні завдання, тематичні хвори, електрифіковані стенди локалізації функцій і симптоми їх пошкодження в корі головного мозку; стенди провідних шляхів спинного мозку.

Уся інформація із зовнішнього та внутрішнього середовища потрапляє до людини внаслідок процесів відчуття та сприйняття. Відчуття і сприйняття є початковою ланкою, першим ступенем пізнавальної діяльності людини або ж етапом чуттєвого пізнання, живого споглядання реальної дійсності.

### **ВЧЕННЯ ПРО АНАЛІЗАТОРИ.**

Анатомо-фізіологічний апарат, спеціалізований для сприйняття подразників, І.П. Павлов назвав аналізатором. Фізіологічний механізм відчуття являє собою цілісну рефлекторну дугу, яка здійснює прямий та зворотний зв'язок між центральним і периферичним відділами аналізатора. Окрім аналізатора, рефлекторний апарат включає в себе виконуючий механізм, а саме: сукупність командних нейронів, мотонейронів і спеціалізовані нейрони-модулятори, що змінюють ступінь збудження нейронів.

У залежності від виду чутливості розрізняють зоровий, слуховий, нюховий, смаковий, дотиковий, руховий аналізатори.

*Аналізатор* - це складний функціонально єдиний нейронний механізм аналізу зовнішніх та внутрішніх подразників. Він розпочинається рецептором на периферії і закінчується у корі головного мозку. Коркові зони різних аналізаторів перекривають один одного: серед них розрізняють ядерну зону і розсіяні елементи в різних ділянках кори.

Аналізатор складається з 3-х частин:

1). *Периферичний відділ або рецептори* (органи чуття) - відповідає за трансформацію визначеного виду дії енергії у нервовий процес. Наприклад, для зорового аналізатора - це дія світлових променів на сітківку ока, на шар колбочок і паличок, клітини якого містять зоровий пурпур. Під впливом світла він надсилає специфічні імпульси біполярним клітинним другого шару сітківки, які, в свою чергу, вступають у контакт з клітинами третього шару сітківки - гангліозними клітинами, паростки яких складають зоровий нерв.

2). *Передаючий відділ* (провідні шляхи) - чуттєві нерви, по яких збудження передається до центрального відділу аналізатора (аферентні або центрострімки), і ті, що здійснюють зворотний зв'язок (еферентні або центробіжні), по яких імпульси із вищерозташованих центрів, особливо із кори великих півкуль головного мозку, передаються до нижніх рівней аналізатора, в тому числі до рецепторів, і регулюють їх активність. Для здорового аналізатора це - зоровий перехрест, який утворює зоровий нерв у порожнині черепа. Позади перехреста проходить зоровий канатик, волокна якого спрямовуються до первинних зорових центрів (латеральне колінчасте тіло, подушка зорового бугра - підкоркові зорові центри). Від латерального колінчастого тіла починається останній (центральний) нейрон зорового шляху, що йде у складі пучка Граціоле до кори головного мозку, до коркового центру зору, розміщеному у потиличній долі.

3). *Центральний відділ* - коркові проекційні зони окремих аналізаторів.

Кожний аналізатор розрізняє лише свій окремий вид подразників і потім поділяє його на окремі елементи.

Рефлекторні дуги безумовних рефлексів (харчовий, пасивно-оборонний та ін.) замикаються на рівні спинного мозкового стовбура, умовних - у корі головного мозку.



**Відчуття** - це психічний процес відображення окремих властивостей предметів або явищ при безпосередній їх дії на органи чуття.

Відчуття є початковим елементарним джерелом усіх наших знань про зовнішній та внутрішній світ, і є частиною сприйняття (рецепції) усієї інформації, яка сприймається рецепторами.

**Чутливість** - це здатність відчувати вплив на рецепторний апарат різних екзо- і ендогенних факторів.

#### КЛАСИФІКАЦІЯ ВІДЧУТТІВ

1. За наявністю або відсутністю безпосереднього контакту з подразником:

- *контактні* (смакові, больові, тактильні);
- *дистантні* (зорові, слухові, нюхові).

2. За місцем розташування рецепторів:

- екстероцепція;
- інтероцепція;
- пропріоцепція.

3. За часом виникнення в ході еволюції:

- *давня чуттєвість* (контактна, больова);
- *нова чуттєвість* (дистантна, зорова).

4. За видом аналізатора (по модальності подразника):

- зорові;
- слухові;
- нюхові;
- смакові;
- дотикові;
- статичні;
- кінестетичні;
- температурні;
- больові;
- *органічні* (спраги, нудоти, голоду);
- вібраційні.

Основні характеристики відчуттів: *якість, сила, тривалість*.

Відчуття залежать від внутрішніх умов, стану аналізатора, сукупності психічних факторів.

Усяке відчуття супроводжується тією чи іншою (позитивною або негативною) емоційною реакцією, що залежить від індивідуальних властивостей організму.

#### ЗАГАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІДЧУТТІВ:

**1. Пороги відчуттів:** нижній, верхній, поріг розрізнення.

*Нижній абсолютний поріг* (мінімальний) - та найменша величина подразника, яка здатна викликати ледь помітне відчуття.

*Верхній абсолютний поріг* (максимальний) - найбільша сила подразника, при якій ще виникає рівноцінне подразнику відчуття.

*Поріг розрізнення* (диференціальний) - та найменша зміна подразника, яка викликає лише помітну різницю у відчутті.

**2. Адаптація** - пристосування чутливості до постійно діючого подразника, що проявляється підвищенням чи зниженням порогів. Адаптація більш висока до нюхових, тактильних, світлових подразників, значно нижча - до больових сигналів.

3. **Взаємодія і сенсibilізація** - зміна чутливості однієї із систем аналізаторів під дією другої системи, що зумовлено корковими зв'язками між аналізаторами. Слабкі сигнали із будь-якої системи аналізаторів підвищують чутливість іншої системи, а сильні - знижують. Наприклад, відомо, що дитину, яка плаче, можна заспокоїти, якщо відволікати його увагу за допомогою сильнішого подразника. При яскравому освітленні звук відчувається голосніше. З іншого боку, деякі люди під час роботи вмикають радіо, що грає неголосно; при навчанні читання людей з поганим зором використовують неголосне цокання годинника. *Сенсibilізація* - підвищення чутливості в результаті взаємодії відчуттів.

4. **Контраст** (одночасний або послідовний) - зміна інтенсивності відчуттів під впливом попереднього або супровідного подразника. При одночасній дії двох подразників виникає одночасний контраст. Широко відомим є явище послідовного контрасту: після холодного слабкий тепловий сигнал здається гарячим, відчуття кислого підвищує чутливість до солодкого.

5. **Синестезія** - ірадіація відчуттів з одного аналізатора на інший зі збудженням невластивої даному аналізатору модальності відчуття. Наприклад, під впливом звуків можуть виникнути світлові відчуття, колір може викликати відчуття холоду. Деякі композитори (А.М. Скрябін, М.К. Чурльоніс), поети (А. Рембо) мали кольоровий слух. Поширена в наш час так звана світломузика базується на злитті музики та кольору для одержання більш сильного естетичного враження, відчуття неподільності, цілісності музики і кольору.

**Сприйняття** - психічний процес відображення у свідомості людини предметів та явищ в цілому, тобто в сукупності їх властивостей, при безпосередній дії на органи чуття. Сприйняття - це синтез комплексу наявних відчуттів з уявленнями.

#### КЛАСИФІКАЦІЯ СПРИЙНЯТТІВ:

1. У відповідності з формами існування матерії:

- *сприйняття простору;*
- *сприйняття часу;*
- *сприйняття руху.*

2. В залежності від аналізаторів, що беруть участь у сприйнятті:

- *зорові;*
- *слухові;*
- *дотикові;*
- *кінестетичі;*
- *нюхові;*
- *смакові.*

Різні види сприйняття рідко зустрічаються у чистому вигляді. Зазвичай, вони комбінуються, внаслідок чого виникають складні види сприйняття.

3. За складністю:

- *прості;*
- *складні.*

4. За ступенем залученості уваги та вольового зусилля (в залежності від ступеня цілеспрямованості діяльності особистості):

- *ненавмисне* (мимовільне);
- *навмисне* (довільне).

Сприйняття, як і відчуття, є осмисленим і активним процесом, результатом аналітико-синтетичної діяльності мозкових відділів аналізаторів. Будь-яке сприйняття має моторний компонент (дотик, рух очей): людина сприймає світ у діяльності, протягом праці, тим самим поглиблюючи і вдосконалюючи сприйняття. Протягом набуття досвіду сенсорний і руховий апарати з'єднуються у єдину систему (І.М. Сеченов).

### ЕТАПИ ЦІЛЕСПРЯМОВАНОГО СПРИЙНЯТТЯ:

1. Пошук об'єкта;
2. Виділення найбільш характерних його ознак;
3. Розпізнавання об'єкта (включення його до певної категорії речей і явищ); на цей процес завжди впливають властивості особистості.

### ВЛАСТИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ:

1. *Предметність* - усвідомлене виділення і співставлення отриманих із зовнішнього світу відомостей до світу взагалі.
2. *Цілісність* - здатність об'єднувати у ціле окремі елементи предмета протягом процесу сприйняття. Залежить від досвіду людини (системи набутих понять).
3. *Вибірковість* - перевага у виділенні одних предметів серед інших. Залежить від властивостей предмета («фігури» відносно «фону»), суб'єктивних установок, минулого досвіду.
4. *Осмисленість* - розуміння суті того, що ми сприймаємо, з позиції набутих знань, накопиченого досвіду. Це дає можливість підключити нові знання до системи сформульованих раніше.
5. *Активність* - здатність до стійкого, ефективного, планомірного, цілеспрямованого сприйняття («спостережливості»).

### ЗАКОНОМІРНОСТІ ВІДЧУТТІВ ТА СПРИЙНЯТТЯ У НОРМІ:

1. *Чуттєва жвавість* (відчуття реальності образів, що сприймаються);
2. *Екстрапроєкція* (проєкція образів на місце знаходження того, що сприймається);
3. *Відсутність* довільної зміни образів (сприйняття предметів як постійних за своєю формою, кольору і т.д.), - константність;
4. *Аперцепція* - система сприйняття, закладених у минулому досвіді людини, з якими постійно співвідносяться образи, що сприймаються.

### ТЕОРІЯ РЕФЛЕКТОРНОГО ВІДОБРАЖЕННЯ

(І.М. Сеченов, І.П. Павлов, А.А. Ухтомський)

Фізіологічною основою сприйняття є взаємодія різних систем аналізаторів чи окремих частин одного й того ж аналізатора, з утворенням на цій основі умовних рефлексів на комплексні подразники. Як наслідок, у людини виникає більш-менш складний образ предмета або явища в цілому. Відбувається не просте фотографічне відображення певного об'єкта, але й відображення його у динаміці (за допомогою процесів збудження та гальмування), у часі і в просторі, із розумінням змісту та певним емоційним ставленням до суб'єкта сприйняття (позитивним чи негативним, притягуючим чи відштовхуючим, викликаючим відчуття задоволення чи страху). Образи, що формуються протягом сприйняття, осмислюються, конкретизуються та узагальнюються із попереднім досвідом у вигляді знань та уявлень.

Однією з необхідних умов нормальної психічної діяльності людини є певний мінімум подразників, котрі надходять до мозку із органів чуття (І.М. Сеченов). Клінічно підтверджено, що людина, яка не отримує необхідної кількості подразників внаслідок патології органів чуття, засинає або ж заглиблюється у забуття і нічого не пам'ятає, що відбувається з нею. *Сенсорна ізоляція* (депривація) - обмеження кількості подразників на органи чуття (перебування людини в космосі, підводні види робіт та ін.). Інформаційний голод, пов'язаний з відключенням аналізаторних систем при сенсорній депривації, призводить до дезорганізації особистості.

*Ілюзії* - спотворене сприйняття реально існуючої дійсності. При цьому зміст сприйнятих образів не відповідає дійсності і має інший зміст.

### КЛАСИФІКАЦІЯ ІЛЮЗІЙ:

1. За етіологією:

- 1) *фізичні ілюзії* - виникають внаслідок прояву певних фізичних властивостей предметів та речовин (оптичних, електромагнітних, гравітаційних);
  - 2) *фізіологічні ілюзії* - обумовлені фізіологічними особливостями функціонування аналізатора (зорового, вестибулярного, дотикового та ін.);
  - 3) *психічні ілюзії* - виникають при афективно (афект - дуже сильна емоція) зміненій свідомості, появі застійної домінанти якихось певних уявлень, змінах деяких інших психічних функцій.
2. За аналізаторам: *зорові, слухові* та ін.
3. За складністю: *прості, складні (парейдолічні*, коли в звичайних силуетах людина вбачає фантастичні, частіше загрозливі, картини).

**Уявлення** - це образи предметів і явищ об'єктивного світу, які сприйняті раніше і безпосередньо не діють на органи чуття у даний момент, тобто, сліди відчуттів та сприймань, що мали місце у минулому. Уявлення - підсумок чуттєвого пізнання людиною світу, так званий чуттєвий досвід, основа прогнозу для пізнання та дії.

#### **ВІДМІННОСТІ УЯВЛЕНЬ ВІД СПРИЙНЯТТІВ:**

- мають узагальнюючий характер;
- недостатньо чуттєво яскраві;
- фрагментарні;
- індивідуальні та суб'єктивні;
- можуть змінюватися та зникати;
- залежать від пам'яті, домінуючого у розвитку аналізатора, особливостей сприйняття, характеру, інтелекту.

Уявлення не бувають ізольованими: протягом пізнавальної діяльності вони групуються, асоціюються.

**Асоціація** - це зв'язок між уявленнями, ґрунтований на минулому досвіді, коли одне з уявлень, сплинувши у свідомості, викликає за якимись ознаками (схожість, близькість, протиріччя та ін.) інше.

**Ейдетизм** - це здатність зеркально точно відтворити в уяві уже існуюче раніше сприйняття, що трапляється найчастіше у дитячому віці.

#### **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ:**

Уявлення - головний компонент дитячого сприйняття, уяви та фантазій. Дітям властива надзвичайна яскравість та образність уявлень (ейдетизм), тому їм важко відрізнити образи уявлень від безпосередньо сприйнятого.

У зв'язку з яскравістю уявлення, жвавістю фантазії, нестійкою увагою і недостатнім розвитком логічного мислення сприйняття дітей відрізняється від сприйняття дорослого:

- 1) поверховістю;
- 2) фрагментарністю;
- 3) яскравим емоційним забарвленням.

Уявлення відрізняються:

- 1) меншим узагальненням;
- 2) більшою конкретністю.

#### **РОЗВИТОК СПРИЙНЯТТЯ ДИТИНИ В ОНТОГЕНЕЗІ**

Новонароджений в зв'язку з недосконалістю своєї ЦНС бачить світ перевернутим (як у фотоапараті). Однак, з перших же днів свого життя він не лише спостерігає цей світ, але й відчуває його на дотик. Внаслідок цього виникають і удосконалюються зв'язки між зоровим, шкірним та м'язово-руховим аналізатором і формується звичайне для людини сприйняття навколишнього:

15 день - фіксує погляд на предметах, що рухаються;

8 тижнів - зупиняє погляд на нерухомих предметах;

3 місяці - повертає голову до того, хто говорить; розпочинаються кольорові сприйняття; виникає сприйняття як образ предмета; слідує очима за предметами, що рухаються;

1 рік - сприйняття простору обмежується рамками свого тіла. Сприйняття слова як цілісного звукового і смислового комплексу; розуміє просте речення, хоча не знає змісту складових слів;

1,5 року - відрізняє своє дзеркальне відображення від тіла;

2 роки - активно маніпулює словами у зв'язку з об'єктами і діями; добре сприймає прості геометричні форми;

3 роки - використовує уявлення «простору в просторі», починає диференціювати «праве- ліве»;

4-5 років - візуальне відображення складних форм ускладнене;

Після 6 років - дослідження форм предметів лише очима, розвиток просторового уявлення.

У зрілому та похилому віці відбувається зниження смакової, нюхової, больової та тактильної чутливості, залишаючись на межі нижнього показника норми. Знижується здатність до акомодатції із розвитком далекозорості, звужується поле зору. Знижується слух до рівня глухуватості, особливо - на розрізнення мови, мовлення. На пізніх етапах старості звужуються діапазони усіх сенсорних систем організму.

### ОСНОВНІ ВИДИ РОЗЛАДІВ ВІДЧУТТЯ І СПРИЙНЯТТЯ

1. *Гіперестезія* - підвищена чутливість до зовнішніх подразників.
2. *Гіпестезія* - знижена чутливість із підвищенням порога сприйняття. *Анестезія* - повна втрата чутливості.
3. *Парастезії* - неприємні багатомірні відчуття (печія, поколювання, стягування) на поверхні тіла, що виникають при органічному чи функціональному розладі нервових провідників (наприклад, судинної іннервації).
4. *Галюцинації* - хибні сприйняття без реального об'єкта, коли виникають чуттєві зорові, слухові та інші образи, причому у цей момент на органи відчуттів не діє відповідний їм подразник. Галюцинації не залежать від волі та свідомості людини і є продуктом хворого мозку (відносяться до так званих «продуктивних розладів психіки»).

### КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Що таке перший етап пізнавальної діяльності?
2. Що таке аналізатор? Загальна будова аналізатора.
3. У чому сутність вчення про аналізатори?
4. Дайте визначення «відчуття», наведіть приклади відчуття.
5. Як класифікують відчуття?
6. Які загальні якості відчуттів?
7. Що таке сприйняття, наведіть приклад сприйняття.
8. Класифікація сприйнятів.
9. Розкажіть про якості сприйняття.
10. Загальні закономірності відчуттів та сприйняття у нормі.
11. У чому зміст теорії рефлексорного відображення?
12. Що ви знаєте про сенсорну депривацію?
13. Визначення, класифікація, приклади ілюзій.
14. Що таке уявлення, яка його різниця від сприйняття?
15. Які особливості сприйняття у дитячому віці?
16. Особливості сприйняття людей похилого віку.
17. Які основні розлади існують у сприйняття?

## ЗАНЯТТЯ №3

### ПІЗНАВАЛЬНІ ПРОЦЕСИ. МИСЛЕННЯ ТА МОВА

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ** - 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ** - ознайомити студентів із структурою мислення в нормі, основними варіантами мислення, їх віковими особливостями, операціями мислення, видами мови, основними розладами мислення та методиками його дослідження.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната, комп'ютерний клас, стаціонар психіатричного відділення.

**ОСНАЩЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці структури і класифікації мислення. Атлас експериментально-психологічних досліджень. Записи на аудіокасеті. Діагностичні завдання. Тематичні хворі.

*Мислення* - процес опосередкованого узагальненого пізнання предметів та явищ матеріального світу, їх найбільш суттєвих властивостей та відносин. Це - друга і вища ступінь пізнання і засіб перетворення дійсності.

Мислення відображає дійсність опосередковано, тому що:

а) фізіологічно ґрунтується на діяльності кори головного мозку, яка в свою чергу здійснюється шляхом взаємодії 1-ї та 2-ї сигнальних систем;

б) завдяки мисленню людина пізнає не лише те, що може бути прямо і безпосередньо сприйняте органами відчуття, але й те, що приховане від прямого сприйняття, і те, що може бути сприйнятим якісно по-іншому за допомогою ряду операцій мислення внаслідок аналізу, порівняння, узагальнення;

в) процес та результат мислення дорослої людини завжди здійснюються за допомогою мовного відображення.

Матеріальною оболонкою думок, засобом обміну думками є мова із її граматичною, логічною будовою та словниковим запасом.

### **ОПЕРАЦІЇ МИСЛЕННЯ:**

1. **Аналіз** – здатність подумки роз'єднувати образ на складові частини, елементи, із виділенням тих чи інших його сторін, властивостей, зв'язків, стосунків.
2. **Синтез** - здатність до об'єднання подумки окремих елементів і частин, виділених аналізом, і створення цілісного образу.
3. **Порівняння** - знаходження тотожності та відмінності між об'єктами, спираючись на минулий досвід.
4. **Абстрагування** – здатність уявляти властивості об'єктів, відволікаючись від самих об'єктів чи від певних їх деталей, спрощуючи таким чином і схематизуючи дійсність.
5. **Узагальнення** - виділення загального, головного, характерного для певного кола явищ, із виключенням другорядного.
6. **Конкретизація** - перехід від абстракції та узагальнення до окремих предметів чи явищ дійсності.
7. **Класифікація** – здатність до групування об'єктів та явищ у класи.
8. **Систематизація** – здатність подумки розташовувати класи, предмети та явища у певній послідовності.

### **СКЛАДОВІ ЕЛЕМЕНТИ МИСЛЕННЯ:**

1. Поняття. 2. Судження. 3. Умовивід.

**Поняття** - узагальнене мовне відображення в думках найбільш суттєвих ознак предмета чи явища, певних зв'язків і відносин між

предметами і їх властивостями. Поняття поділяють на конкретні та абстрактні. Найбільш абстрактні поняття називають категоріями.

Найважливіша властивість понять та, що вони ґрунтуються не тільки на особистому досвіді, але й містять у собі досвід попередніх поколінь, закріплений за допомогою мови. Саме тому опанування мови сприяє засвоєнню знань, накопичених людством.

**Судження** - це думка, в якій стверджується чи заперечується щось стосовно чогось, тобто відображається тотожність чи відмінність між предметами чи явищами.

**Умовивід** - такий засіб мислення, внаслідок якого із деякого вихідного знання утворюється нове заключне знання, тобто висновок із одного чи декількох суджень (посилань). Розрізняють прості і складні умовиводи. Основні засоби умовиводів: індукція, дедукція, аналогія.

## **СХЕМА ПОСЛІДОВНОГО РІШЕННЯ МИСЛИТЕЛЬНИХ ЗАВДАНЬ:**

1. *Умови* (мотив) для виникнення процесу мислення - проблемні ситуації протягом процесі практичної діяльності. Джерелом та основою є відчуття, сприйняття, уявлення.

2. *Відповідь* - виникнення процесу мислення (задум). Прийоми мислення - аналіз, синтез, порівняння та ін., реалізуються методами індукції, дедукції, аналогій за законами формальної логіки - тотожності, виключення третього, достатніх основ.

Будуються різні гіпотези вирішення проблеми.

Конструктивні засоби рішення мислительного завдання не тільки дозволяють знайти відповідь швидше, але є і умовами розумового розвитку людини, і являють собою:

- пасивне використання алгоритму;
- цілеспрямована трансформація умови завдання;
- активне використання алгоритму;



- евристичні засоби рішення завдання.

Види мислення за ступенем новизни і оригінальності:

**Репродуктивне** – застосовуються шаблони думок із попереднього досвіду. Використовується для вирішення стереотипних завдань.

**Продуктивне** - творче мислення. Потреба в ньому виникає щоразу, коли людина стикається з необхідністю рішення нетривіальних задач, потрапляє у нові умови.

3. *Наслідок* - продукти мислення. Реалізуються у формі понять, суджень, умовиводів у вигляді внутрішньої мови, - що має відповідний зміст, але є згорнутою та граматично аморфною. Надалі думка кодується у словесні смислові символи.

4. *Перевірка правильності результатів мислення* - зовнішня (експресивна) мова, руховий акт (вчинок).

Методи мислення: індукція, дедукція, аналогія.

Якість мислення залежить від емоційно-вольових особливостей особи. Позитивні емоції, що виникають внаслідок глибокої зацікавленості, підвищують продуктивність, цілеспрямованність і швидкість мислення, однак можуть зменшити критичність і глибину. Енергетичним ресурсом процесу мислення є вольові функції людини: його бажання і прагнення до пізнання.

Мислення людини у нормі завжди має цілеспрямований характер, оскільки спрямоване на вирішення відповідної задачі, і є відповіддю на запитання, яке так чи інакше виникає у нашій свідомості. Чим більше є знань у людини, чим досконаліший досвід розумової діяльності, тим більше видно невирішених проблем, частіше виникають у свідомості мислительні задачі, що потребують вирішення. І навпаки, при нерозвиненому розумові, низькому рівні знань, питань не виникає.

Мислительні задачі можна вирішити різними способами, в залежності від стилю розумової діяльності і доступності змісту задачі. Спосіб «спроб

та помилок» є найменш продуктивним, оскільки не містить достатньо чіткого усвідомлення задачі, побудови та цілеспрямованої перевірки різних гіпотез. Зазвичай, він не призводить до накопичення досвіду і не створює умов для розумового розвитку людини.

### **ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИСЛЕННЯ:**

1. *Глибина* - уміння проникнути у сутність складних процесів і явищ об'єктивного світу, передбачити наступний розвиток подій, знайти правильні шляхи і потрібні рішення, не звертаючись за допомогою до інших.
2. *Самостійність* - здатність до залучення і використання особистих мислительних, вольових та інтелектуальних ресурсів для вирішення поставленого завдання, без запозичення (плагіату) чужих ідей.
3. *Критичність* - уміння об'єктивно оцінювати свої і чужі думки і дії.
4. *Гнучкість* - уміння змінювати встановлений план рішення задачі у відповідності зі змінами оточуючого середовища.
5. *Послідовність* - стрункність.
6. *Швидкість* - швидкість перебігу процесів мислення.
7. *Цілеспрямованість*.
8. *Продуктивність*.

### **ТИПИ І ВИДИ МИСЛЕННЯ:**

1. *Наочно-дійове* мислення характеризується рішенням завдань мислення безпосередньо в дії шляхом реального, фізичного перетворення ситуації, апробування якостей об'єктів. У дитини наочно-дійове мислення утворює першу ступінь розвитку мислення, у дорослого - співіснує із конкретно-образним і словесно-логічним мисленням.

2. *Конкретно-образне* мислення - це оперування існуючими в пам'яті тими образами предметів і явищ (уявленнями), які в минулому були у практичній діяльності людини, а також конкретними поняттями. За допомогою такого мислення найбільш повно відтворюються усі

різноманітні фактичні характеристики предмета, може бути зафіксовано одночасно декілька точок зору на предмет. Важливою особливістю конкретно-образного мислення є можливість встановлення незвичних «неймовірних» сполучень предметів і їх властивостей: у цій якості мислення практично не відрізняється від уяви (синонім - фантазія) - це процес створення образів предметів і явищ, ґрунтуючись на особистому досвіді. Уява може бути довільною і вільною, творчою і репродуктивною.

**3. Абстрактно-логічне** мислення - вища ступінь діяльності мислення, коли оперують поняттями судженнями, умовиводами та іншими відповідними категоріями. Таке мислення ґрунтується на особливостях другої сигнальної системи (мовних засобів) і є найбільш пізнім етапом історичного і онтогенетичного розвитку мислення.

**МОВА** - це система знаків спілкування людей із обміном думками, що опосередкована словом. Мова включає в себе процеси відображення і сприйняття дійсності з метою спілкування, регуляції, контролю особистої діяльності. Вона є засобом відображення самосвідомості, передаванням і зберіганням інформації в поколіннях (суспільного досвіду). Вона перебуває в тісному взаємозв'язку з мисленням, свідомістю, пам'яттю, емоціями тощо.

Розрізняють мову внутрішню, усну та письмову. Внутрішнє промовляння - «мова про себе», зберігає структуру зовнішньої мови, але не має фонації (промовляння звуків) і є типовим для рішення мислительних завдань у затруднених умовах. Письмова мова – це вербальне (словесне) узагальнення за допомогою письмових текстів. Усна мова – це вербальне відображення за допомогою мовних засобів, які сприймаються на слух.

В мові розрізняють фонетичну і змістову сторони.

## **ПОРУШЕННЯ МОВИ.**

**Афонія** - тимчасова втрата голосу на фоні функціонального порушення (перевтома, захисна реакція у хворих на істерію).

**Дизартрія** - порушення вимови деяких мовних звуків. Характерна змазаність, неясність, носовий набряк мови.

**Заїкання** - порушення плавності, чільності мови, яке багато хто з лікарів вважає своєрідною формою неврозу (логоневрозу), на користь чого свідчить велика залежність ступеня і стійкості заїкання від того, як ставиться хворий до свого дефекту.

**Афазія** - порушення сприйняття усної мови, читання, письма і т.п.

**Алексія** - порушення читання.

**Аграфія** - порушення письма.

При ураженні оптичної зони тім'яно-потиличної ділянки кори головного мозку утруднене розпізнавання букв (*літературна алексія*) або читання слів уголос (*вербальна алексія*). *Афазія моторна* - порушення самостійної мови при розумінні звертання до хворого мовою. Частіше виникає при ураженні задніх відділів нижньої лобної звивини лівої півкулі (у правшів): мова при цьому збіднена, словниковий запас обмежений і в деяких випадках зводиться лише до декількох складів: «та-та-та, да, ні», слів у називному відмінку («телеграфний стиль»). *Афазія сенсорна* - порушення розуміння мови, якою звертаються – «чує але не розуміє». Сполучається з порушенням самостійної мови.

*Логорея* - швидка, безупинна мова.

## **МІЖПІВКУЛЬНА АСИМЕТРІЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

У 1981 році Р. Сперрі отримав Нобелівську премію за вивчення функціональних відмінностей лівої і правої півкуль головного мозку. Кожна півкуля має свій особливий спосіб переробки інформації (мислення). З діяльністю лівої півкулі пов'язане абстрактно-логічне мислення, правої - конкретне просторово-образне. Функцією лівої гемісфери є оперування вербальним (словесним) матеріалом, знаками і

символами, забезпечуючими мовне спілкування, і виконання математичних операцій. Особливостями є: аналіз предметів і явищ, послідовність і окремість операцій. Функцією правої гемісфери є оперування невербальним матеріалом: сприйняття цілісних образів, їх запам'ятовування, сприйняття мелодій, інтонацій, орієнтування у просторі і положенні власного тіла, впізнавання осіб та ін. Особливостями є: цільність сприйняття, одночасне сприйняття та оцінка об'єкта, його «схвачування», здатність сприймати окремі предмети та явища, які взаємодіють одночасно у декількох «смыслових площинах». Ці два типи мислення безперервно взаємодіють, і вербальне мислення, а тому і свідомість людини, збагачуються включенням нових, раніше неупорядкованих елементів реальності.

Будь-яка інформація в першу чергу, швидше сприймається і оцінюється правою півкулею. Таким чином, до лівої півкулі може й не передаватися інформація, що активує мотиви, які є несприйнятливими для свідомості. Звідси започатковуються деякі підсвідомі стереотипи поведінки.

Моторна асиметрія півкуль мозку поділяє людство на тих у котрих домінує ліва півкуля (правші), права півкуля (лівші), і тих у котрих немає домінантної гемісфери (амбідекстри). Сучасна цивілізація спрямована на розвиток лівої півкулі, де розташовані «центри» мови і письма, та пригнічує розвиток правої півкулі людини. Спричинена функціональна недостатність «правопівкульного» засобу обробки інформації зменшує можливість адаптації та підвищує ризик виникнення різноманітної патології: недостатність образного мислення властива хворим із невротичними та психосоматичними розладами.

### **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ МИСЛЕННЯ:**

Із 2 до 4 років переважає наочно-дійове, з 4 до 7-8 років - конкретно-образне мислення, а з 8 до 16 років конкретне мислення витісняється більш

досконалим абстрактно-логічним. Однак ці межі є умовними і показують лише вікові переваги того чи іншого типу асоціацій. Захворювання та інші негативні чинники, у тому числі соціально-психологічні, можуть призвести до дисгармонії і затримки розумового розвитку. У деяких випадках у дітей спостерігається ранньо-віковий тип мислення, якому сприяють життєві ситуації. На особливості стереотипу мислення впливає і професійна підготовка.

У похилому та старечому віці відзначається сповільнення швидкості процесів мислення, їх інертність, загострення уваги на несуттєвих деталях, зниження творчих можливостей.

### **ПОРУШЕННЯ МИСЛЕННЯ:**

I. За темпом:

1. **Прискорення** (збільшення кількості асоціацій за одиницю часу).
2. **Сповільнення** (зменшення кількості асоціацій за одиницю часу).

II. За стрункiстю:

1. **Розірваність** (немає зв'язку між думками, реченнями).
2. **Беззв'язність** (немає зв'язку між словами).
3. **Інкогеренція** або «словесний салат» (немає зв'язку між складами).
4. **Вербігерація** (стереотипне повторення одних і тих самих слів чи словосполучень).
5. **Паралогічне мислення** (умовивід, який будується навпаки логічному).
6. **Амбітендентність мислення** (одночасне виникнення взаємовиключних ідей).
7. **Перерва або закоркування мислення** – «шперрунги».

III. За цілеспрямованістю:

1. **Резонерство** (безплідне мудрування).
2. **Патологічна деталізація** - («тупцювання» навколо неіснуючих обставин).

3. **Персеверація** («застрявання» на одній асоціації).
4. **Аутистичне мислення** (спрямоване лише на внутрішній світ хворого з ігноруванням зовнішніх подій).
5. **Символізм** (висновки, які будуються на випадкових асоціаціях).

IV. За продуктивністю:

1. **Нав'язливі ідеї** (думки, які виникають поза волею хворого і сприймаються ним як хворобливі).
2. **Надцінні ідеї** (переоцінка реальних фактів, з емоційним підпорядкуванням цим ідеям інших побутових думок).
3. **Марення** (неправильне судження, що не піддається корекції і зумовлене хворобою мозку).
4. **Неологізми** (виникнення незвичних слів, зрозумілих лише хворому).

### **ОСНОВНІ МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ МИСЛЕННЯ:**

1. **Узагальнення понять.** Пропонується назвати одним словом, узагальнюючим родовим поняттям, зображення або назви різних об'єктів. Завдання, пропоноване другій сигнальній системі: досліджується здатність до синтезу і відтворення асоціацій із минулого життєвого досвіду між меншим узагальнюючими позначеннями. Наприклад, назвати одним словом: поезія, музика, живопис, кіно.

2. **Ділення понять.** Пропонується назвати відомі хворому види тварин, рослин тощо. Досліджується логічний процес, протилежний до узагальнення понять. Задача передусім стосується діяльності другої сигнальної системи і потребує в першу чергу аналізу.

3. **Визначення і розмежування понять.** Пропонується визначити, що таке кішка, життя і т.ін., вказати різницю між дитиною та карликом, скупістю і ощадністю тощо. Досліджується складна аналітико-синтетична діяльність другої сигнальної системи з виділення суттєвих понять. Це ґрунтується на відокремленні загальних суттєвих ознак предметів і явищ,

відображенні суттєвих ознак у мовних реакціях. Завдання доступне дітям віком 7- 9 років.

**4. Виключення понять.** Пропонується виділити з групи предметів об'єднаних одним родовим поняттям предмет, який не стосується цього поняття. Задача потребує розрізнення корою мозку складних комплексних подразників щодо загальних і суттєвих ознаках у однорідних комплексах. Вони є основою класифікації предметів, так як у минулому життєвому досвіді саме вони отримали підтримку. Наприклад: береза, сосна, дерево, дуб, смерека (яке слово потрібно виключити, щоб залишилися тільки однорідні).

**5. Аналіз відношень понять.** Встановлюється здатність виявляти, узагальнювати відношення між поняттями. Виділення відношень забезпечується цілісністю коркового аналізу за провідної ролі другої сигнальної системи. Піддослідному пропонують вибрати у ряді відношень аналогічне до першого відношення даного ряду. Наприклад, до стимулу «бібліотека» (книга) піддослідний має вибрати відношення «ліс» (дерева), керуючись загальним поняттям ціле/частина.

**6. Розуміння переносного змісту прислів'я і метафори.** Прислів'я з фізіологічного погляду - складний словесний подразник, що містить дві основні ознаки прямого і переносного змісту. Друга ознака виділяється на основі першого за механізмом часового зв'язку (асоціації), що утворений минулим життєвим досвіді. Нерозуміння переносного змісту прислів'я зумовлене виснаженням або гальмуванням цього часового зв'язку. Трапляється, що нерозуміння переносного змісту прислів'я спричиняється гіпнотичним станом кори. В цьому випадку певна ознака подразника - переносний зміст прислів'я - викликає гальмівну дію, а менш суттєва ознака - прямий зміст - позитивну. Розуміння переносного змісту незнайомого прислів'я зумовлене абстрагуванням від прямого змісту завдяки відтворенню зв'язку життєвого досвіду між великими і малими



узагальнюючими словами. При нерозумінні переносного змісту прислів'я хворі підбирають вислови, які мають зовнішню подібність до прислів'я. Це свідчить про утруднення абстрактного мислення з фіксацією на другорядних елементах. При дослідженні розуміння метафор хворий відповідає, в якому значенні вживають ці вирази. Трактування висновків досліду подібне до трактування результатів з прислів'ям. Таким чином, порушення процесів відволікань і спілкування можуть пояснюватися: недостатнім запасом часових зв'язків, утворених у минулому життєвому досвіді (у хворих на олігофренію); стійкою втратою часового зв'язку (при ураженні коркових клітин у зв'язку з органічним захворюванням головного мозку); розладами сприйняття часового зв'язку на фоні розлитого гальмування у корі головного мозку (у хворих на шизофренію).

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ**

1. Дайте визначення мисленню як другому етапу пізнання.
2. Перелічіть і дайте визначення основним операціям мислення.
3. Що таке поняття? Наведіть приклад поняття.
4. Що таке судження? Наведіть приклад судження.
5. Що таке умовивід і яким він буває? Наведіть приклад.
6. Яка послідовність вирішення задач мислення?
7. Яке мислення називається продуктивним і репродуктивним?
8. Наведіть основні характеристики мислення. Від чого залежить якість мислення?
9. Яке мислення називається наочно-дійовим? Наведіть приклад.
10. Яке мислення називають конкретно-образним? Наведіть приклад.
11. Яке мислення називають абстрактно-логічним? Наведіть приклад.
12. Дайте характеристику мови та її основних порушень.
13. Як впливає міжпівкульна асиметрія на процес мислення.

14. Які існують вікові особливості мислення?
15. Перерахуйте основні порушення мислення.
16. Які ви знаєте методики дослідження мислення?

## **ЗАНЯТТЯ №4**

### **УВАГА, ПАМ'ЯТЬ, ІНТЕЛЕКТ.**

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити роль уваги, її місце та зв'язок з іншими психічними функціями, визначення пам'яті, види пам'яті. Визначення інтелекту, порушення пам'яті та інтелекту. Навчити студентів умінню визначити стан уваги за допомогою тестів, виявити порушення пам'яті за допомогою тестів, виявити рівень інтелектуального розвитку.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната, стаціонар психіатричного відділення.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці структури пам'яті, уваги; атлас експериментально-психологічних досліджень; комп'ютерні програми тестування інтелекту; навчальні тематичні відеоматеріали; тематичні хворі.

#### **УВАГА**

*Увага* - це спрямованість і зосередженість психічної діяльності людини на об'єкти та явища зовнішнього світу (зовнішньо спрямована увага), а також на думки, почуття і процеси, які діють всередині нього (всередину спрямована увага).

Увага характеризує узгодженість різних ділянок функціональної структури дії і визначає успішність виконання цієї дії (наприклад, швидкість і точність розв'язання завдання).

Розподіл уваги між двома і більше видами діяльності, швидке переключення її з однієї діяльності на іншу потребують багато спеціальностей, в тому числі лікарських: праця хірурга, лікаря швидкої допомоги, реаніматолога та ін.

### ***Якості уваги:***

- 1) спрямованість;
- 2) зосередженість;
- 3) активність;
- 4) стійкість;
- 5) відволікання;
- 6) розсіяність;
- 7) переключення;
- 8) обсяг.

***Зосередженість уваги*** - здатність концентруватися на сприйманні певного предмета чи явища (ступінь заглиблення у певну діяльність). Залежить від особливостей особистості, фізичного здоров'я та характеру діяльності, на яку спрямована увага. Чим більш складний, незвичайний матеріал та чим вища зацікавленість, тим вища зосередженість, аж до зникнення реакції на інші подразники, навіть на ті, які виходять із власного тіла.

За ступенем активності розрізняють мимовільну (пасивну) і довільну (активну) увагу. *Мимовільна увага* - це коли спрямованість і зосередженість уваги не зумовлені вольовим актом людини. Вона є найбільш простою і нав'язується об'єкту зовнішніми подіями. Фізіологічним проявом такої уваги є орієнтовна реакція. *Довільна (активна) увага* зумовлена вольовим актом і пов'язана із свідомо поставленою метою.

***Стійкість*** - це здатність довгий час концентрувати увагу на виконанні однієї будь-якої задачі, на певному матеріалі, об'єкті. Чим більш одноманітні дії, тим більше напруження уваги потребується. Стійкість уваги тим вища, чим менше моментів, які відволікають (больові відчуття, хвилювання). Має значення також ставлення до роботи, яка виконується,

значущість власне об'єкта уваги, емоційний стан людини, втомлюваність та ін.

**Відволікання** - це неможливість досить стійко зосередитись на сприйманні чого-небудь, коли сторонні сигнали відводять людину від виконання поставленої мети. Часто це спостерігається при втомленні, виснаженні нервової системи різного генезу, при домінуванні емоційно насичених думок ( у стані афекту). Наприклад, читаючи у стані втомлення, деякий час можна читати «механічно», не вникаючи в зміст прочитаного.

**Розсіяність уваги** - це тенденція до підвищеного відволікання, нестійкості уваги (неуважності).

**Переключення** - це вміння переміщувати увагу з одного об'єкта на інший. Залежить, як правило, від загального стану людини та від об'єкта його діяльності.

**Обсяг уваги** - це кількість об'єктів, які можуть бути охоплені увагою одночасно. Обсяг у різних людей різний. Звичне оточення підвищення обсягу уваги в роботі, незнайоме знижує його.

### **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УВАГИ**

Увага у дітей відрізняється високою цікавістю до нових, емоційно-насичених подразників, легким відволіканням та переважанням пасивної уваги. У зв'язку з цим маленькі діти часто складають враження неуважних, розсіяних, таких, що часто відволікаються, а зосереджуються лише при цікавій грі, що захоплює їх увагу. В дошкільному віці з'являється більш стійка увага при виконанні роботи, особливо при усвідомленні її значення, для отримання похвали, при очікуванні результату. Це одна з ознак готовності до шкільного навчання. Однак і в шкільному віці вчитель повинен привернути та утримати увагу організацією цікавої роботи, емоційною розповіддю, оскільки при виконанні нецікавого завдання школяр швидше відволікається.

Можна суттєво поліпшити розподіл уваги шляхом систематичних тренувань, що призведе до підвищення працездатності.

## **ПАМ'ЯТЬ**

*Пам'ять* - психічний процес відбиття, збереження та послідовного відтворення і впізнавання всього того, що раніше було сприйняте, пережите або зроблене, тобто відображення минулого досвіду людини. Якості або процеси пам'яті:

- 1) запам'ятовування та закріплення інформації - *фіксація*;
- 2) зберігання або утримування інформації - *ретенція*;
- 3) відтворення інформації - *репродукція*.

Пам'ять пов'язує минуле суб'єкта з його теперішнім та майбутнім і є пізнавальною функцією, яка лежить в основі розвитку та навчання. В різних формах вона зустрічається на всіх рівнях життя і включає не лише процеси збереження індивідуального досвіду, але й механізми передачі спадкової інформації.

## **НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПАМ'ЯТІ**

В основі фізіологічних механізмів пам'яті людини покладена система умовних рефлексів, утворення тимчасових зв'язків («слідів») в нервовій системі, детально вивчених школою І.П. Павлова. Загальновизнаною є хімічна теорія пам'яті, згідно якої імпульси, які надійшли з периферії до кори головного мозку, викликають в нервових клітинах зсуви їх хімічного складу, - РНК ніби шифрує, кодує інформацію і в подальшому є «місцем її зберігання». Розвиток пам'яті залежить від умов життя, виховання, навчання. Головну особливість пам'яті людини І.М.Сеченов бачить не в фотографічному відтворенні, не у «дзеркальності» відбиття, а у переробці сприйнятого, класифікації та сортуванні сприйнятих образів : «знання в розумовому складі у дорослого... розподілені не дарма, а в певній послідовності, як книги у бібліотеці».

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПАМ'ЯТІ

Міцні зв'язки, які дають можливість згадувати, утворюються у людини з 4-5 років. Дитяча пам'ять має переважно чуттєвий характер, вона невимушена і короткочасна. Переважає зорова та рухова пам'ять, але за мірою розвитку мови розвивається і слухова. В дошкільному віці переважає невимушене, механічне, образне і емоційне запам'ятовування. В молодшому шкільному віці збільшується питома вага змістовної пам'яті. В підлітковому віці розвивається логічне запам'ятовування, виділення суттєвого для запам'ятовування, збільшується кількість асоціацій, виробляються мнемонічні прийоми.

*Мнемоніка* - це наука про спеціальні прийоми запам'ятовування інформації, тобто штучно вигадані зв'язки - наприклад, для того, щоб запам'ятати послідовність кольорового спектру, існує наступна фраза: «Каждый охотник желает знать, где сидит фазан», де початкова літера послідовного розміщення кольорів спектру - червоний, помаранчевий, жовтий та ін. Мнемонічних прийомів існує багато.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ ПАМ'ЯТІ

**I. ПРОЦЕС ФІКСАЦІЇ** (або консолідації) - триває від декількох секунд до декількох годин. Пов'язаний із кодуванням інформації, що надходить до мозку, в молекулах РНК. В мозку людини кількість РНК постійно збільшується від народження до 40 років, в період між 40 і 60 роками - не змінюється, а потім постійно зменшується здебільшого за рахунок зменшення швидкості запам'ятовування і зниження можливості зосереджувати увагу і концентрувати її на певному об'єкті.

Пам'ять вибіркова. Міцність запам'ятовування залежить від:

- установки на міцність запам'ятовування (наприклад, на час
- запам'ятати назавжди, надовго або на короткий строк);
- спрямованості інтересів;
- емоційної значущості інформації, що сприймається;

- багаторазового повторення матеріалу, ритмічності заучування;
- фізичного і психічного здоров'я людини: запам'ятовування менш продуктивне при виснаженні нервової системи внаслідок перенесених захворювань, довготривалому фізичному або психічному перенапруженні;
- сили подразника та тривалості його дії, але до певних меж, тому що існує поріг фізіологічної витривалості аналізаторів: при надзвичайно сильному подразненні розвивається захисне гальмування і запам'ятовування погіршується.

Найбільше запам'ятовується те, що було пов'язане з досягненням поставленої мети. Запам'ятовування предметів і явищ, дій і вчинків, думок, почуттів, що сприймаються, може бути за ступенем активності невимушеним і вимушеним.

Види запам'ятовування:

1) за ступенем втягнення уваги та вольового зусилля:

- *вимушене*;
- *невимушене*.

*Невимушене запам'ятовування* пояснюється виникненням тимчасових зв'язків переважно на рівні першої сигнальної системи, тому воно менш міцне, а вимушене - на рівні другої сигнальної системи. Невимушене запам'ятовування відбувається ніби «само по собі», тобто запам'ятовується без певної мети. Цьому допомагають емоції, які спрощують події, що нагадуються (як позитивні, так і негативні). Основна роль належить *вимушеній* формі запам'ятовування, при якій засвоєння інформації починається і стимулюється волею, тобто здійснюється навмисне і має цілеспрямований характер;

2) за зв'язками, за умов яких здійснюється запам'ятовування:

- *асоціативне* (механічне);
- *змістовне* (логічне).



Шляхи запам'ятовування за зв'язками :

а) *за змежованістю*: предмети і явища запам'ятовуються у тій послідовності, в якій вони були сприйняті;

б) *за схожістю* (подібністю): якщо те, що сприймається, має деякі спільні ознаки з іншими предметами або явищами;

в) *за контрастом або протилежністю* з іншими предметами або явищами.

*Механічним* називається запам'ятовування непов'язаних між собою розділів матеріалу («зубрьожка»). Кількість одиниць матеріалу, що запам'ятовується одноразово, доволі стійка, не залежить від способів пред'явлення матеріалу (на слух або зір), і дорівнює семи (Дж. Міллер). «Зубрьожка» потребує багато сил і здійснюється без внутрішньої переробки інформації. Вона малопродуктивна і менш міцна; те, що затаврувалося механічно, згадувати важко.

Змістовне запам'ятовування в 24-26 разів швидше механічного і більш продуктивне, так як пов'язане з минулим досвідом і будується за принципом причинно-наслідкових відношень. Змістовна пам'ять допомагає розподілу інформації, яка сприйнята, за часом;

3) за участю аналізаторів:

- *слухова пам'ять*;
- *смакова*;
- *тактильна*;
- *нюхова*;
- *кінестетична*;
- *змішаний тип пам'яті*.

У різних людей найкраще запам'ятовування може здійснюватись по-різному: переважно через зоровий аналізатор або слуховий та ін. Частіше зустрічається змішаний тип пам'яті. Тому найбільш ефективним вважається запам'ятовування інформації через записування під диктовку.

Фактори, що сприяють ефективному запам'ятовуванню:

1. Визначення мети навчання (мотивація). Якщо мотивом є уникнення покарання, необхідність слідувати мотивам родичів і т. ін., результат буде незначний. Особливо успішною є позитивна мотивація із позитивним підкріпленням («мені слід запам'ятати цей матеріал, щоб стати хорошим спеціалістом, якого поважають, як мені цього і хотілось»).

2. Визначення способу запам'ятовування. Є різниця в тому, чи потребує викладач дослівного запам'ятовування чи запам'ятовування суті.

3. Індивідуальний чи колективний спосіб навчання. Найбільш ефективна комбінація індивідуального та колективного способів.

4. Найбільш інтенсивними повинні бути вольові зусилля в середині матеріалу, який запам'ятовують, оскільки більш легко засвоюється початок та кінець, і важче - середні частини навчального матеріалу (якщо вони однорідні, наприклад - вірш).

5. Заучування матеріалу підвищують за ступенями складності від менш до більш складних до розуміння.

6. Емоційна зацікавленість (інтерес).

7. Інтервали між повтореннями матеріалу: безперервне повторення, заучування аж до повного запам'ятовування неефективне і неекономне.

8. При невеликому обсязі матеріалу вчить його повністю (глобально), при великих обсягах кориснішим є комбіноване вчення (глобальне з парціальним). Найменш підходить навчання за частинами. Найбільш раціональним є спосіб, коли спочатку розділяють матеріал і намагаються запам'ятати його як єдине ціле при максимальному зосередженні та постійному розумінні зв'язків і відношень. Потім повторюють за частинами найбільш суттєві, важкі частини і ті, що мають значення, і, нарешті, повторюють весь матеріал в цілому.

9. Постійне створення логічних змістових зв'язків між окремими частинами заучування, з розумінням та усвідомленням цих взаємозв'язків.

10. Використання допоміжних матеріалів: конспектів, таблиць, схем, мнемонічних прийомів.

11. Одночасне застосування до дії усіх чи багатьох аналізаторів разом з мисленням, мовою.

12. Оптимальний темп сприйняття та розуміння засвоюваного: не читай наступне, поки не зрозумієш попереднє.

13. Оптимальний час: ранковий, пізній, післяобідній. Що стосується пори року, то в літній час працездатність здебільшого буває зниженою.

**II. ПРОЦЕС ЗБЕРІГАННЯ** - це здатність зберегти, втримати сприйняту інформацію. Кажучи про хорошу чи погану пам'ять, зазвичай мають на увазі здатність надійно втримати кількісно великий обсяг даних, понять, уявлень, визначень, досвіду і таке інше.

Типи зберігання - короткочасна і довготривала пам'ять. Для *короткочасної* властиве утримання інформації в пам'яті від кількох секунд і до 1-2 діб. Більш тривалий термін утримання інформації вважається довготривалою пам'яттю. Якщо інформація сприймається протягом 40-60 хвилин і більше, вона переходить у блоки *довготривалої* пам'яті. В довготривалу пам'ять надходить лише 28% інформації, що заучують. Тому чим більший обсяг матеріалу заучування, тим більший обсяг його надійно утримується в пам'яті, тобто поряд з конспектом необхідно користуватися підручником, в якому матеріал викладено більш детально.

*Оперативна пам'ять* - є ніби посередником між короткочасною та довготривалою пам'яттю, відбираючи інформацію з короткочасної пам'яті перед відсиленням у довготривалу. Оперативне запам'ятовування, як один із способів досягнення мети, дозволяє лікарю співставити виявлені у хворого симптоми і швидко зробити відповідні терапевтичні призначення.

Зберігання інформації - це не механічне перебування її в пам'яті у незмінному вигляді, але під впливом діяльності людини, її інтересів, переживань, наростаючого обсягу даних та знань воно неодмінно підлягає

реконструюванню. Тому, пам'ять - не тільки просте запам'ятовування, а процес творення, пов'язаний із мисленням.

Процес зберігання пов'язаний із процесом *забування* - зникнення з пам'яті слідів того, що запам'яталось. Перед тим, як піти з пам'яті, подія втрачає зв'язок з теперішнім. Частіше за все забувається другорядне, більш надійно, довше і повніше зберігається суттєве, основне. Забування, крім того, може бути викликане втомою, перенапругою і проходить нерівномірно.

Встановлено, що через 0.5 години після заучування в пам'яті залишається 60% сприйнятої інформації, через 1 день - 34%, через 3 дні - 25%, а через 30 днів - лише 21%. Забування найбільш інтенсивне в перші години та дні заучування (навчання), а потім уповільнюється і стає мало помітним.

**III. ПРОЦЕС ВІДТВОРЕННЯ** - це виділення із запасів пам'яті необхідної інформації, оживання в свідомості минулих почуттів, думок, поривань, сприйнятих раніше. При відтворенні затаврованого в пам'яті нерідко відбувається співставлення з тим, що сприймається в даний момент, і, у випадку знаходження подібності відбувається впізнавання - слабка форма відтворення, що полегшує запам'ятовування матеріалу.

Види відтворення - вимушене і довільне. *Довільне відтворення* виконується без спеціальної мети, виникає наче само по собі, ненавмисно, іноді внаслідок будь-яких асоціацій. *Вимушене відтворення* - носить спрямований, свідомий характер, і залежить воно від заданої задачі, зусиль волі, необхідності та потреби людини щось згадувати.

У стані втоми, фізичного та нервового виснаження здатність до відтворення знижується (забруднення відтворення - репродукційна гіпомнезія). Існують різні прийоми згадування, коли перебираються числа, дати, іноді за асоціацією, і потрібна інформація ніби проявляється в свідомості.

Типи пам'яті за перевагою сигнальних систем:

- образний;
- словеснологічний;
- середній.

Фізіологічною основою різниці між образною та словесно-логічною пам'яттю є особливості співвідношення сигнальних систем: перевага при запам'ятовуванні першої сигнальної системи формує образний тип пам'яті, перевага другої сигнальної системи дає в результаті словесно-логічну пам'ять. Найліпшим є середній тип пам'яті.

Наочно-образне запам'ятовування спрямоване на інформацію, що надходить через органи почуттів, тобто конкретні образи, що тісно зв'язані з емоціями. Цей тип найбільш притаманний дітям. Словесно-логічний тип пам'яті оснований на використанні словесних визначень, логічних зв'язків, затаврування та зберігання думки, визначеної словами. У осіб з урівноваженими сигнальними системами обидва види пам'яті розвинені приблизно однаково.

## ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ

**Гіпомнезія** - послаблення пам'яті. Зустрічається при астенічних станах різного генезу.

**Амнезія** - випадання із пам'яті подій, що відбуваються в будь-які відрізки часу внаслідок травматичного, інфекційного, судинного та інших уражень центральної нервової системи. Може торкатися лише однієї функції пам'яті.

**Парамнезії** - якісні порушення пам'яті, коли білі плями при відтворенні заповнюють фактами та діями, що не мали місця насправді (*конфабуляції*), чи що відбувалися, але не в той період, про який згадується (*псевдоремінісценції*), або взятими в борг із літературних джерел, біографій знайомих осіб тощо (*криптомнезії*).

Такі порушення пам'яті можуть спостерігатися у хворих на алкоголізм, старечі психози, при ураженні лобних долей головного мозку.

**Гіпермнезія** - підвищення функції пам'яті. Може спостерігатися у хворих в стані маніакального збудження при маніакально-депресивному психозі і деяких станах при шизофренії.

## ІНТЕЛЕКТ

**Інтелект** ( від лат. - *розуміння, досягнення*) - відносно стійка структура розумових здібностей індивіда.

Сучасні дослідники визначають інтелект як сукупність знань та життєвого досвіду, здатність до набуття нових знань (навчання) та творчого застосування їх на практиці.

Підставами інтелекту є: точність сприйняття, увага, пам'ять, мова, рівень волевих процесів, пізнавальної активності. Активною функцією інтелекту є мислення, яке здійснюється за законами логіки. Операції мислення - аналіз та синтез, роздум, висновки - є самостійними категоріями, але здійснюються на основі інтелекту, досвіду, знань.

Рівень розвитку інтелекту людини відображає міру його здатностей до оптимальної адаптації (соціальної, біологічної, геліогеофізичної) у навколишньому середовищі і залежить від генотипу, фізичної повноцінності центральної нервової системи, соціальних факторів.

Інтелект є динамічним утворенням. Доведено, що так званий «коефіцієнт інтелекту», перевага тих чи інших компонентів (переважний розвиток вербального, практичного, аналітичного чи художнього), що вимірюються тестами, може суттєво змінюватися в залежності від сукупності соціокультурних умов. Значущими виявилися: прибуток сім'ї, рівень освіти та професія батьків, можливість отримання освіти, рівень (кваліфікація) та матеріально-технічна база викладання, проживання в сільській чи міській місцевості і т.ін. Показники інтелекту варіюють в різні

періоди життя, у взаємозв'язку з конкретними соціальними вимогами, що пред'являються людині в різні роки життя. Коефіцієнт інтелекту, що вимірюється тестовими методиками, також залежить від рівня глютамінової кислоти в організмі (підвищення рівня знижує поріг збудження нервових клітин), глюкози (відповідає за енергопостачання кори головного мозку і пов'язана з виробленням нейротрансмітерів), кальцію, та ін.

Інтелект, здібності і характер складають ядро особистості.

### **РОЗЛАДИ ІНТЕЛЕКТУ**

1. **Інфантилізм** - універсальне чи часткове відставання фізичного та інтелектуального розвитку від вікового рівня. Проявляється в недостатній зрілості думок, дитячій наївності, яскравості і нестійкості емоцій, підвищеному їх впливі на мислення, іноді при довготривалих астенічних станах внаслідок інфекційних, соматичних захворювань.

2. **Олігофренія** - недорозвинення інтелекту внаслідок причин, які діяли внутрішньоутробно чи в ранньому дитинстві.

3. **Деменція** - набутий стійкий дефект інтелекту, що характеризується нездатністю набуття нових та втратою старих знань і навичок, зниженням пам'яті внаслідок різних захворювань головного мозку.

### **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕЛЕКТУ**

В дошкільному віці з'являються і розвиваються задатки - пізнавальні здібності. Їх розвиток відрізняється поступовістю з швидким зростанням та якісними стрибками в періоди вікових кризів. У віці немовляти про рівень психічного розвитку свідчить пізнавальна активність дитини.

Основні пізнавальні «стрибки»:

1) 1 рік - поява мови та складних рухів (самостійне ходіння та ін.);

2) близько 3 років - поява усвідомлення «Я», довготривалої пам'яті, посилення мовної і пізнавальної активності («дитячі запитання»), бажання досягти самостійності та оволодіння навичками само-обслуговування («я

сам»). З 4 до 6 років, коли ще малий запас знань, а процеси мислення розвинені недостатньо, немає навичок читання, писання, рахування, про інтелектуальне зростання свідчить розвиток уваги і пам'яті

3) 6-7 років - з'являється готовність до шкільного навчання: достатній розвиток навичок самообслуговування і поведінки в суспільстві, набуття готовності до читання, писання та рахування (підготовчі навички), деякий розвиток абстрактно-логічного мислення (вміння порівнювати, узагальнювати, робити висновки, класифікувати, утворювати поняття і т.д.). З віком розтягуються в часі кризи розвитку;

4) на початку пубертатного кризу - 11-12 років - різко зростає здатність до засвоєння великої кількості інформації дякуючи розвитку абстрактно-логічного мислення та змістової пам'яті;

5) кінець пубертатного кризу - близько 16 років - різко зростає здатність до самостійного, більш глибокого усвідомлення і прийняття рішень.

## **СПОСОБИ ДОСЛІДЖЕНЬ УВАГИ, ПАМ'ЯТІ, ІНТЕЛЕКТУ**

### **Методики для дослідження уваги:**

Час дослідження - 30 хв.

1. Послідовне і ускладнене віднімання чисел, перелік місяців та днів. Пропонують послідовно усно відняти від 100 непарне число, зазвичай 17 і 7, більш легке завдання - 13 чи 3. При оцінюванні результатів дослідження відмічають помилки в одиницях (розлади комбінаторики) та помилки в десятках (нестійкість уваги). Пропонують підрахувати цифри, перелічити місяці і дні тижня в прямому та зворотному порядку, пропускаючи кожна другу їх, четверту цифри, чи назву.

2. Відшукування чисел. Використовуються таблиці Шульте, які дозволяють провести дослідження психічного темпу, обсягу уваги. Звичайно використовується п'ять різних таблиць з написаними на них без певного порядку числами від 1 до 25. Необхідні секундомір та указка.



Пропонується відшукати на таблиці, називаючи та показуючи указкою, числа в порядку їх зростання від 1 до 25. Експериментатор слідкує за правильністю дій досліджуваного і відмічає час секундоміром.

Форма протоколу «Пошук чисел»:

Таблиці	Час – в секундах	Примітки
1.		
2...		

Нормальний результат складає від 30 до 50 секунд ( в середньому 40-42 сек.) на таблицю, в той час як, наприклад, при вираженому атеросклерозі головного мозку на одну таблицю потрібно 2-3 хвилини.

3. Коректурна проба і рахунок за Крепеліним. Досліджується стійкість, здатність до концентрації, виснаженість та переключення уваги. Виконується за допомогою спеціальних бланків з рядами букв чи стовпчиків цифр. Пропонується закреслити одну чи дві букви за вибором психолога, або на швидкість додавати цифри, записуючи під стовпчиком суму. Через кожні 30 чи 60 сек. Психолог робить помітки в тому місці таблиці, де в цей час знаходиться олівець хворого, а також реєструє час, витрачений на виконання завдання. Враховується кількість помилок за одиницю часу, темп виконання завдання, розподіл помилок за часом досліду. Вплив тренування на виконання цього тесту невеликий. Його можна застосувати повторно, використовувати для оцінювання змін стану під впливом ліків.

#### **Методики дослідження пам'яті:**

Час дослідження - 60 хвилин.

1. Проба на заучування 10 слів: тестується механічна слухова пам'ять. Обстежуваному 3 рази зачитують 10 слів, які не пов'язані за змістом між собою. Після кожного зачитування просять повторити усі слова у довільному порядку, відмічаючи в протоколі правильність відповідей. Через годину пропонують повторити слова, які запам'яталися (в інших

варіантах методики пропонують повторити ще раз через 24 години) і знову відмічають у протоколі. У нормі до третього повторення досліджуваний відтворює 9 або 10 слів.

Форма протоколу до методики «Заучування 10 слів»:

Слова	Кількість читань	Повторення через годину
1. Голка		
2. Роза		
3. Годинник		
4. Кішка		
5. Горе		
6. Пам'ять		
7. Вікно		
8. Книга		
9. Вино		
10. Пилка		

2. Заучування тексту. Зачитується текст з певною кількістю смислових одиниць. Вивчається короткочасна пам'ять та функції ретенції. При відтворенні враховується не тільки кількість, але й послідовність відтворених асоціацій. Здорові діти шкільного віку та дорослі після 2-3-кратного прочитування легко справляються із заучуванням. Різкі порушення запам'ятовування спостерігаються при органічних ураженнях головного мозку різного генезу.

3. Піктограма. Використовується для вивчення опосередкованого запам'ятовування, а також функцій мислення. Пацієнту дають чистий аркуш паперу, олівець і пропонують для запам'ятовування названих йому слів зробити нескладний малюнок, забороняючи при цьому використовувати буквені та числові знаки. Як правило, спочатку називають слова, що мають більш конкретний зміст, а потім, впевнившись, що досліджуваному доступне виконання завдання, переходять до

абстрактних понять. Завдання, зазвичай, складаються із 10-24 слів, наприклад: веселе свято, обман; дружба; важка праця; сумніви; темна ніч; смачний обід; ворожість; дівчині холодно; мрія; достаток; хвороба; думка; теплий вечір; розлука; щастя; голодна дитина.

#### Форма протоколу «Піктограма»:

Задані вислови. Малюнок. Пояснення хворого. Відтворення.

... ..

Після виконання завдання протокол з малюнками відкладають, проводять інші дослідження, а через годину пропонують за малюнком пригадати названі слова. В залежності від того, який символ був використаний досліджуваним для запам'ятовування слова, можна робити висновки не лише про опосередковане запам'ятовування, але й про характер асоціацій. Здорові люди, зазвичай, швидко малюють придумані образи, лаконічно, адекватно і часто стереотипно символізують запропоноване слово. Такі малюнки, як правило, можна «прочитати», навіть незнаючи запропонованих слів. Хворі з інтелектуальною недостатністю органічного генезу і олігофренією легкого ступеня простіше знаходять образи для запам'ятовування слів конкретного змісту (веселе свято, смачний обід тощо), але мають труднощі при позначенні абстрактних слів («сумніви», «думка» тощо). Малюнки таких хворих вирізняються конкретністю, відсутністю умовності. У хворих на епілепсію зміст малюнків має яскраво виражений егоцентричний характер. У піктограмах хворих на шизофренію часто відсутній предметний зміст, псевдоабстрактні (стрілки, математичні знаки і таке інше), парадоксальні, часто повторюються, а відтворювані за ними слова часто не відповідають похідним.

4. Повторення чисел в прямому та зворотному порядку. Досліджується оперативна пам'ять. Пацієнту зачитуються двозначні числа з послідовним наростанням їх величини, спочатку в прямому, потім в

зворотному порядку. Правильне відтворення характеризує об'єм оперативної пам'яті. В нормі її значення складає 7-2 елементи.

5. Відтворення текстів. Досліджується здатність до мимовільного та вільного смислового запам'ятовування текстів та ретенція. Матеріал для дослідження - набір коротких (від 50 до 100 слів), різних за складністю творів. Досліджуваному пропонується прочитати вголос твір (без інструкції до запам'ятовування), а потім відтворити його - мимовільне запам'ятовування. При вивченні здатності до вільного запам'ятовування пропонується прочитати та запам'ятати коротенький художній твір. Оцінюється повнота відтворення, темп мови, особливості побудови фраз, словниковий запас, лаконічність чи надмірна детальність переказу, розуміння пацієнтом змісту твору. Інформативною є також повнота віддаленого (через 1 годину) відтворення.

#### **Методики дослідження інтелекту:**

Психологічні тести для оцінки інтелектуального розвитку включають субтести для дослідження передумов інтелекту, якими виступають: точність сприйняття, увага, пам'ять, моторика, пізнавальна активність.

1. Встановлення відповідності запасу знань досліджуваного і рівня освіти, відповідності його життєвого досвіду до віку, характеру трудової діяльності. Для цього пропонують ряд запитань, які обов'язково повинні співвідноситись із освітою, і з передбачуваним рівнем розвитку інтелекту: якщо не враховувати цього, то подальший контакт з хворим може порушитися, особливо у випадку, коли у хворого з вищою освітою лікар починає запитувати елементарні відомості, або ж при відсутності у досліджуваного достатньої підготовки, пропонує занадто складні запитання. У подальшому відповідно до наявного розумового багажу застосовуються тести для перевірки здібності до синтезу і аналізу.

2. Складання малюнків із відрізків. Пропонують у вихідному порядку щодо складності скласти 6 малюнків, розрізаних на частини. Перші три

малюнки розрізані на чотири, а наступні - на більшу кількість частин. Перший і четвертий малюнки однакові, але розрізані по-різному. Для повторних досліджень необхідно мати декілька аналогічних наборів. Досліджуваному пропонуються відрізки малюнка без певного порядку, перевернуті і складені без зразка. Враховується не лише час, затрачений на виконання роботи і кінцевий результат, але обов'язково і особливості виконання завдання. Правильне виконання його вимагає спочатку аналізу запропонованого досліджуваному матеріалу, а потім послідовного, планомірного складання малюнка. Суттєву роль при цьому надають виділенню опорних сигнальних деталей малюнка. При інтелектуальній недостатності такий аналіз відсутній, і хворі намагаються скласти малюнок, прикладаючи довільно один відрізок до іншого методом проб і помилок, що свідчить про відсутність у хворого певного плану. Може бути порушене критичне мислення, коли неправильно складені відрізки досліджуваній залишає на місці.

3. Розуміння розповідей - це одна із найбільш традиційних методик. Результати дослідження свідчать про усвідомлення сюжету розповіді і про стан пам'яті досліджуваного. Застосовуються спеціально підібрані розповіді, найчастіше повчального характеру. Досліджуваному пропонують переказати розповідь (усно, письмово). При цьому звертають увагу на характер переказу (словниковий запас, можлива наявність парафазій, темп мови, особливості побудови фрази, лаконічність чи навпаки, надмірна деталізація). Суттєве значення має з'ясування того, наскільки досліджуваному доступний відкритий зміст розповіді: чи пов'язує він його з навколишньою дійсністю, чи доступна йому гумористична сторона розповіді. Розуміння прихованого, переносного значення розповіді часто буває затруднене при інтелектуальній недостатності, хоча переказ при цьому дуже близький до заданого тексту. Для виявлення резонерства і патологічних розмірковувань успішно використовують розповіді

«Колумбове яйце», «Проблем Евер'є» та ін. Необхідно завчасно приготувати серію текстів різного ступеня складності. Для дослідження можна використати і тексти з пропущеними словами (проба Еббінгауза). Читаючи цей текст, досліджуваний повинен вставити слова, яких бракує, згідно зі змістом розповіді і нерідко познайомившись з наступними фразами. При цьому можливе виявлення порушення критичності мислення: досліджуваний добирає випадкові слова, іноді по асоціації з близько розташованими до невиваючого, а безглузді помилки, які він допускає, не виправляє іноді навіть після зауваження дослідника.

4. Тест на виключення понять (вивчення рівня узагальнення, відволікання, здатності виділити суттєві ознаки предметів і явищ).

5. Виділення суттєвих ознак. Досліджується датність відокремлювати суттєві ознаки предметів чи явищ від несуттєвих, другорядних. Окрім цього, наявність ряду завдань, схожих за характером виконання, дозволяє робити висновки про послідовність розмірковувань досліджуваного. Використовують спеціальні бланки чи пропонують досліджуваному усні завдання: САД (рослини, садівник, собака, паркан, земля); РІЧКА ( берег, риба, рибалка, баговиння, вода); КУБ (кути, креслення, бік, камінь, дерево); ДІЛЕННЯ (клас, ділене, олівець, ділити, папір); ЧИТАННЯ (глава, книга, малюнки, печатка, слово); ГРА (карти, гравці, штрафи, покарання, правила).

6. Розуміння переносного значення прислів'я і метафор.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Що таке увага?
2. Перерахуйте і дайте характеристику основним якостям уваги.
3. Яку увагу називають активною і яку пасивною?
4. Визначення і властивості пам'яті.
5. Розповісти про нейродинамічні механізми пам'яті.
6. Які особливості пам'яті і уваги властиві дітям?
7. Особливості і класифікація процесів фіксації.
8. Від чого залежить міцність запам'ятовування?
9. Які фактори здатні підвищувати міцність фіксації?
10. Розкажіть про особливості процесу зберігання інформації.
11. Що таке оперативна пам'ять і забування?
12. Що таке відтворення і яким воно буває?
13. Які ви знаєте типи пам'яті за перевагою сигнальних систем?
14. Розкажіть про основні порушення пам'яті.
15. Що таке інтелект?
16. Основні передумови і фактори, що впливають на розвиток інтелекту.
17. Коротка характеристика основних розладів інтелекту.
18. Вікові особливості інтелекту.
19. Опишіть найрозповсюдженіші методики дослідження пам'яті, уваги, інтелекту.

## ЗАНЯТТЯ № 5

### ЕМОЦІЇ І ПОЧУТТЯ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**НАВЧАЛЬНА МЕТА:** ознайомити студентів зі структурою емоцій в нормі, видами почуттів, а також найважливішими видами їх розладів.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці класифікації емоцій, атлас експериментально-психологічного дослідження, тематичні хвори, аудіо-запис мови хворих із ейфорією і депресією

*Емоції* - суб'єктивний стан людини і тварини, що виникає внаслідок впливу зовнішніх чи внутрішніх подразників і виявляється у формі безпосередніх переживань (задоволення чи незадоволення, радість, страх, гнів тощо).

Емоції відіграють важливу роль у навчанні (набутті індивідуального життєвого досвіду). Виконуючи роль негативного чи позитивного підкріплення, вони сприяють виробленню біологічно активних форм поведінки і усуненню реакцій, що втратили своє біологічне значення. Таким чином, емоції є засобом підвищення пристосувальних можливостей організму, а також одним із головних механізмів внутрішньої регуляції психічної діяльності і поведінки, що спрямовані на задоволення потреб організму.

Емоції людини соціально детерміновані. На них, як і на поведінку людини, впливають норми моралі і права певної суспільно-економічної формації. Тому вищі форми емоцій виникають на підставі *соціальних* (моральних) та *духовних* (естетичних, інтелектуальних) потреб.



## ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ ЕМОЦІЙ

1. *Периферійна теорія* (У. Джеймс, Н. Ланге, 1884-1885): емоції є наслідком змін діяльності внутрішніх органів і скелетної мускулатури у відповідь на певні стимули. Ця теорія може бути використана для пояснення емоцій сомато-вегетативного генезу, проте не може пояснити походження вищих емоцій, особливо соціального задоволення.

2. *Центральна або таламічна теорія* (У. Кенон, І.Бурда, 1927-1928): саме в таламусі під впливом надходження туди аферентної імпульсації формуються емоційні збудження, наслідком чого є ефektorні реакції на периферії, властиві для тієї чи іншої емоції.

3. *Теорія Пейтса* (1937 р.): головна роль у формуванні емоцій належить лімбічним структурам мозку. Емоційні збудження, що виникають у гіпокампі, розповсюджуються до мамілярних тіл, далі через таламусу поясну звивину (рецептивне поле емоційних переживань – «коло Пейса»). Розповсюдження емоційного збудження далі на кору великих півкуль створює емоційне забарвлення психічних процесів.

4. П. Маклейн (1958) : визначив лімбічні структури мозку як вісцеральний мозок, і пов'язав формування емоцій з регуляцією роботи внутрішніх органів. Він вважав, що для прояву емоцій дія неокортексту не обов'язкова.

5. *Активаційна теорія* Д. Лінделі (1951): зовнішні і внутрішні сенсорні стимули активують ретикулярну формацію стовбура мозку, яка надсилає імпульси в гіпоталамус, таламус і кору головного мозку, викликаючи активацію цих структур і появу емоцій тієї чи іншої ознаки.

6. *Біологічна теорія* (1949 р., П.К. Анохін): емоції виникають протягом еволюції як засіб поліпшення адаптації живих істот до умов існування. Ця властивість живої матерії виявилась корисною для виживання, дозволяючи живим істотам швидко і більш економно реагувати на зовнішні впливи, внутрішні потреби і їх задоволення. Емоції

дозволяють оцінювати вплив на організм різноманітних, особливо пошкоджуючих чинників, виконуючи майже миттєву інтеграцію усіх функцій організму, внаслідок чого визначається корисність чи шкідливість діючого чинника. Виконуючи роль своєрідного пеленгу, емоції дозволяють організмові виробити відповідну реакцію, часто навіть раніше ніж виявлена локалізація впливу.

Згідно теорії функціональних систем (П.К. Анохін) емоції є компонентом усіх стадій організації поведінки людини різного ступеня складності і цілеспрямованості. Вираженість емоцій у кожного індивідуальна і залежить від біологічного і соціального значення вчинку, ступеня його автоматизму (усвідомлення-неусвідомлення і навичок), наявності перешкод для досягнення мети та ін.

Виникненню будь-якої потреби завжди передує емоція незадоволення, що посилюється при кожній невдалій спробі задоволення потреби, якщо результат вчинку не досяг поставленої мети.

Біологічне значення негативних емоцій у цьому випадку полягає в тому, що вони спонукають організм до подолання перешкод, що заважають задоволенню потреб. Задоволення потреб спричинює виникнення позитивної емоції (задоволення, радості та ін.). Позитивні емоції виконують функцію «нагороди» за успіхи в діяльності, спрямованій на задоволення наявних проблем людини, а також дозволяють організмові швидко оцінити задоволення потреб. Вони пов'язані з механізмами сенсорного насичення, широко наведеними у процесах задоволення статевих, питтєвих, харчових та інших потреб.

7. *Інформаційна теорія* (П.В. Симонов, 1966): емоційний стан організму зумовлюється, з одного боку, негативними емоціями, що супроводжують вихідні потреби організму, а з іншого - можливістю прогнозування позитивних емоцій при задоволенні цих потреб. Протягом навчання і багаторазового задоволення однотипних потреб людина набуває

здатності для досягнення мети керуватися не лише негативними емоціями, але й уявленнями про ті позитивні емоції, які очікуються при задоволенні потреб, тобто досвід дозволяє передбачити позитивні емоції.

### **НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЕМОЦІЙ**

Емоції виникають за рахунок первинної активації емоційних структур мозку. Збудження одних структур викликає появу позитивних емоцій, які організм намагається посилити, подовжити, повторити. Активація інших структур супроводжується негативними емоціями, які організм намагається ліквідувати чи ослабити.

Гіпоталамічні центри і ретикулярна формація стовбура мозку чинять на кору висхідні активізуючі впливи, що підтверджується генералізованою десинхронізацією ЕЕГ. Ці впливи реалізуються через широку систему зв'язків гіпоталамуса з лімбічними системами через медіальний жмуток переднього мозку і зв'язок із ретикулярною формацією середнього мозку. Коли при формуванні емоційної реакції відбувається об'єднання корково-підкоркових структур, завдяки циклічним взаємозв'язкам, збудження здатне циркулювати різноманітними шляхами. Це призводить до значного посилення емоцій і може надавати їм зтяжнього чи навіть патологічно-хронічного (застійного) характеру.

Морфологічною основою таких циклічних взаємодій можуть слугувати два кола лімбічної системи: структури амігдалярного кола забезпечують емоційне супроводження харчових і захисних інстинктивних реакцій (страх, біль), а структури септального кола пов'язані переважно із статевими реакціями.

У формуванні емоцій беруть участь філогенетично давня кора, пошкодження чи видалення якої різко посилює чи знижує емоційну реактивність, а також неокортекс. Підкоркові емоційні центри чинять на кору великих півкуль висхідні активізуючі впливи. Коркові нейрони, в свою чергу, обробляючи інформацію, що надходить до них із

внутрішнього і навколишнього середовища, обумовлюють включення емоцій до цілісних поведінкових актів.

При вживленні в мозок електродів з метою вивчення морфологічної структури емоцій, стимуляція перетинки мозку викликає яскраво вираженні позитивні емоції (ейфорія, почуття задоволення і насолодження з елементами статевого збудження). Подразнення мигдаликів викликає почуття страху і люті. Стимуляція середнього мозку призводить до виникнення дискомфорту, гніву, статевого збудження з елементами напруження. Схожі стани виникають і при подразненні переднього і заднього відділів гіпоталамуса.

В основі фізіологічних механізмів вищих емоцій лежать стійкі системи зв'язків у корі, в утворенні яких вирішальну роль відіграє друга сигнальна система. Співвідношення нейромедіаторів у структурах мозку в значній мірі визначають ступінь емоційної реактивності при задоволенні біологічних і соціальних потреб організму. Доведена участь окремих олігопептидів - ангіотензин II, брадикінін та інші - в механізмах формування емоційних збуджень. Широко відомо, що емоція страху пов'язана з адреналіном, а серотонін і мелатонін називають пептидами доброго настрою.

### **СОМАТОВЕГЕТАТИВНИЙ ПРОЯВ ЕМОЦІЙ**

При гніві і страхові переважають симпатичні реакції, у той час як приємні емоції супроводжуються парасимпатичною активністю. Участь тих чи інших відділів ЦНС у емоційному збудженні визначається різним вихідним нейрогуморальним станом організму. Периферичні складові емоцій розділяють на вільно керовані (діяльність серця, гладкої мускулатури судин кишечника, бронхів, залоз внутрішньої секреції).

Довільними зусиллями людина здатна заблокувати вихід емоційного збудження. Проте при цьому «емоційна домінанта» залишається в ЦНС і розповсюджується на гладко-м'язові органи. При довготривалих емоціях

або при повторних емоційних впливах негативного характеру збудження мозкових структур може перейти у стаціонарну форму - особливо при конфліктних ситуаціях, наявності значних і довготривалих перешкод задоволенню провідних потреб. Зазвичай у стаціонарну форму переходять емоції негативного спрямування, що здатні до сумачії.

### **ЗОВНІШНІ ПРОЯВИ ЕМОЦІЙ**

Сильні емоції пов'язані зі зміною кровообігу: в стані страху, гніву людина блідне, тому що кров відтікає від зовнішніх покривів шкіри. Від сорому чи збентеження людина червоніє, кров приливає до обличчя. Страх посилює потовиділення, серце починає посилено битися, чи, навпаки, «завмирає». При гніві і радості збільшується частота дихання. Емоції проявляються і в виражених рухах: міміці (виражені рухи обличчя) і пантоміміці (виражені рухи усього тіла - поза, жести), а також у так званій вокальній (голосовій) міміці (інтонація, виражені паузи, підвищення чи зниження голосу, смислові наголоси). Для вираження найбільш складних і глибоких емоцій людство створило мистецтво: музику, живопис, скульптуру, поезію. Твори мистецтва, відображаючи великі почуття художників, письменників, композиторів, завжди бентежать, викликають у людей відповідні емоційні реакції.

### **КЛАСИФІКАЦІЯ ЕМОЦІЙ**

#### **I. За філогенетичним розвитком (чи по складності)**

1. *Протопатичні* або нижчі емоції - підкоркові, таламічні, філогенетично більш стародавні, елементарні (задоволення почуття голоду, спраги, статевих відчуттів). Пов'язані з інстинктами, первісними потягами та їх задоволенням.

2. *Епікритичні* чи вищі («почуття») є корковими, притаманними лише людям, філогенетично більш молодими: виникають на протязі соціального життя, суспільних відносин, трудової діяльності. До них відносяться почуття інтелектуальні (цікавості, почуття нового, тощо),

моралі (товариськість, патріотизм, почуття обов'язку, совісті), естетичні (почуття прекрасного).

Звичайно у людини вищі емоції переважають над нижчими і мають вирішальну роль у житті.

**II. За суб'єктивним тоном** (сприймаються як суб'єктивно приємні, неприємні чи нейтральні):

1. **Позитивні** (задоволення, радість, впевненість, захоплення, гордість, довіра, симпатія, повага, кохання, вдячність, ніжність, зворушення, самовдоволення, зловтіха, почуття задоволеної помсти, спокійна совість, почуття полегшення, задоволення собою, безпеки).

2. **Негативні** (незадоволення, горе, туга, печаль, відчай, смуток, тривога, боязнь, страх, жалість, переляк, образа, співчуття, прикрість, гнів, обурення, ненависть, неприязнь, заздрість, злоба, злість, нудьга, ревності, жах, невпевненість, недовіра, сором, розгубленість, ярість, відраза, зневага, розчарованість, сором і небажання каяття, докори сумління, нетерплячість, гіркота).

3. **Нейтральні** (цікавість, здивування, подив, байдужість, спокійно-споглядальний настрій).

Особова і суспільна оцінка як позитивних, так і негативних емоцій не завжди співпадають. Такі емоції як докори сумління, відчуття сорому сприймаються людиною як неприємні, іноді навіть тяжкі стани, але з суспільної точки зору вони корисні, необхідні і, отже, позитивні, оскільки сприяють моральному зростанню особистості. Так само і емоції ненависті, гніву, відрази отримують позитивну оцінку, якщо спрямовані на антисуспільні явища.

**III. За впливом на тонус організму і життєдіяльність:**

1. **Стенічні** (підвищують тонус організму - від грецького «*stenos*» - сила).

2. **Астенічні** (знижують тонус організму «*astenos*» - слабкість).

Деякі емоції можуть виявитися як в стенічній, так і в астенічній формі, в залежності від типу нервової системи і вольових якостей людини. Наприклад, горе може викликати безпорадний, пригнічений стан, людина ніби ціпеніє, а у іншої людини горе може виявлятися в бурхливій реакції. Страх може паралізувати одну людину, послабити її духовні сили, а у іншої - мобілізує фізичні і розумові сили, робить її кмітливою і винахідливою, дії - швидкими і точними. Бурхлива радість - емоція стенічна, оскільки вона викликає у людей приплив сил і потяг до діяльності. Радість тиха і спокійна звичайно розслаблює. Вольова людина завжди намагається володіти своїми емоціями, особливо якщо вона усвідомлює їх негативне значення для суспільства.

#### **IV. За механізмами виникнення:**

Емоції можуть виникати як на основі внутрішніх потреб (ендогенний шлях), так і внаслідок зовнішніх подразників чи пізнавання суб'єктом певних подразнень зовнішнього середовища (екзогенний шлях), тобто на основі механізмів пам'яті. Зовнішні впливи можуть суттєво змінювати емоції, які виникли ендогенно.

1. **Реактивні** - виникають в якості реакції на зовнішній стимул. Наприклад, почуття радості, як реакція на приємну звістку, почуття туги чи відчаю при звістці про трагічну для людини подію.

2. **Вітальні** - переживання, пов'язані зі зміною біотонусу організму, функціонування систем, які беруть участь у реалізації емоційних реакцій.

#### **V. За силою і тривалістю:**

1. **Настрій** - це відносно слабкий емоційний стан, що захоплює на деякий час всю особистість і відображається на діяльності, поведінці людини. Настрій може бути довготривалим, стійким, продовжуватись днями, тижнями, місяцями і захоплювати цілий період життя людини. Він може бути стенічним або астенічним, реактивним чи вітальним, радісним чи сумним, гнівним чи добродушним і викликатися різними обставинами,

а також фізичним самопочуттям. Причини настрою часто не усвідомлюються, і у людини виникає думка про його безпричинність. Негативний настрій можна і потрібно скеровувати зусиллям волі.

2. **Афект** - це короткочасна, бурхливо протікаюча емоційна реакція на зразок «емоційного вибуху». Звичайно супроводжується рухливим перезбудженням, але може, навпаки, викликати заціпеніння руху і загальмованість мови (відчай, страх).

а) *фізіологічний афект*: викликається сильними подразниками (словами, поведінкою інших людей, деякими обставинами), частіше у представників неурівноваженого типу нервової системи з переважанням процесів збудження. Часто афективні реакції є наслідком недостатньої вихованості людини, слабкої волі, невміння контролювати свою поведінку.

б) *патологічний афект*: виникає на ґрунті органічної патології головного мозку: це бурхлива емоція, що поєднується з сутінковим розладом свідомості і супроводжується агресивними, руйнівними діями. Виникає у відповідь на будь-який зовнішньо незначний чинник. В подальшому афективні події амнезуються.

3. **Пристрасть** - сильне, стійке і глибоке почуття, яке захоплює всю людину і підкоряє собі основну спрямованість її думок і дій. Зумовлена певними інтересами, діяльністю і за спрямованістю може бути позитивною чи негативною (пристрасть до театру, музики, спорту, науки, збагачення, азартних ігор на гроші, до вживання алкогольних напоїв).

**Стресові стани** (від англ. «*стрес*» - напруга). Виникають у важких ситуаціях, при фізичних і розумових перевантаженнях, необхідності приймати швидкі і відповідальні рішення тощо. Вони властиві для різної людської діяльності: трудової, учбової, ігрової, спортивної, у взаємодосунках між людьми, у різних моральних конфліктних ситуаціях. Стреси призводять до фізичних змін і порушень поведінки.



Фізіологічні зміни при стресах: прискорення серцебиття і дихання, підвищення артеріального тиску. При сильному стресі змінюється поведінка у вигляді загальної реакції збудження різного ступеня вираженості, дезорганізації поведінки (неупорядковані, некоординовані рухи, незв'язна мова), спостерігаються розгубленість, важкість переключення уваги. Можуть виникнути загальна загальмованість, пасивність, зміни у поведінці. Можливі помилки сприйняття, пам'яті, уваги, мислення. Це - своєрідний адаптований захист організму від надмірних подразників.

При слабкому стресі подібних порушень не спостерігається, а навпаки, виникає загальна фізична зібраність і організованість, активація діяльності, ясність і чіткість думок, винахідливість. До повторних стресів людина поступово звикає, пристосовується (адаптується), швидше - представники сильного типу нервової системи.

У повсякденному житті Г. Сельє розрізняє два типи стресу - *еустрес*, який пов'язаний із бажаним ефектом і здійснює мобілізуючу дію на поведінку, і *дистрес* - пов'язаний із небажаним ефектом і який справляє негативний, шкідливий вплив.

**Стресори** - це чинники, які викликають стан стресу і є пусковим сигналом для нього. Існують *фізіологічні* (фізичне перевантаження, висока і низька температура, больові стимули, затруднення дихання та ін.) і *психологічні* стресори, які несуть сигнальне значення загрози, небезпеки, образи, інформаційного перевантаження та ін. Велика роль в адаптації до стресу належить психічним якостям особистості: сильний і цільний характер, воля, минулий досвід, знання, загальна фізична і розумова тренуваність, моральні якості, почуття обов'язку, відповідальності, здатність свідомо перетворювати стресову ситуацію, що допомагають запобігти дезорганізації.

**Фрустрація** (від латинського «*frustracio*» - обман, порушення планів) - одна із форм стресу: це емоційний стан переживання невдачі, яка виникла внаслідок нездоланої перешкоди на шляху задоволення будь-яких потреб. Фрустрація призводить до зміни настрою і поведінки людини. Розрізняють *фрустратор* - причину, ситуацію яка привела до такого стану, і *фрустраційну реакцію*. Фрустрація супроводжується гамою негативних емоцій: гнівом, подразливістю, відчуттям провини і т.ін. Найбільш частими реакціями людини на фрустрацію є агресія, депресія.

*Фруструюча ситуація* - та, при якій з одного боку є виражена мотивація до задоволення потреб, а з іншого боку - перешкоди, які чинять опір цьому досягненню.

*Фрустраційна толерантність* - стійкість людини до фрустраторів, в основі яких стоїть здатність людини до адекватної оцінки фрустраційної ситуації і передбачення виходу з неї.

## **ВИДИ ПОЧУТТІВ**

Вищі емоції (почуття) виникають при задоволенні або незадоволенні духовних потреб і мають яскраво виражений суспільний характер, що свідчить про відношення людини як суспільної істоти до різних сторін і явищ життя.

*Моральні почуття*. Зміст і направленість почуттів визначаються світоглядом, правилом поведінки і естетичними оцінками - оцінка людиною своїх вчинків (самооцінка), пов'язана з переживаннями почуття совісті. Коли людина, виходячи із почуття обов'язку, усвідомлює правоту своїх вчинків, то вона переживає стан спокійної совісті - велике моральне задоволення і радість, які дають людині силу і впевненість у правоті своїх дій.

*Інтелектуальні почуття* пов'язані з розумовою, пізнавальною активністю людини, постійно супроводжують її і виражають ставлення

людини до своїх думок, процесу і наслідків інтелектуальної діяльності (сумнів, подив, задоволення, впевненість).

Почуття подиву виникає тоді, коли людина зустрічається з новим, незвичайним, невідомим. Властивість дивуватись - це стимул пізнавальної діяльності і він бере участь у формуванні позитивної мотивації до навчання. Відчуття сумніву виникає при невідповідності гіпотез і пропозицій з деякими фактами і розуміннями. Це - необхідна умова успішної пізнавальної діяльності, оскільки спонукає до старанної перевірки отриманих даних. Відчуття впевненості народжується від усвідомлення істинності і переконливості фактів, припущень, гіпотез, які виникли внаслідок всебічної їх перевірки. Результативна робота викликає відчуття задоволення.

Велике місце у житті людини займають *естетичні почуття* (краси, захоплення прекрасним), джерелом яких є твори мистецтв, музика, живопис, скульптура, художня проза і поезія, а також твори архітектури і досягнення в області технічних споруд. Глибокі естетичні переживання ми відчуваємо при спогляданні природи.

### **РОЗВИТОК ЕМОЦІЙ І ПОЧУТТІВ В ОНТОГЕНЕЗІ**

1. У новонароджених переважають інстинктивні емоції, передусім - інстинкт самозбереження (включається харчовий).

2. Етап органічного відчуття. Основою його являється переробка інформації від ентеро- та інтерорецепторів і виникнення нестійких образних уявлень при дійсності із переживаннями задоволення-незадоволення, приємного-неприємного і ін. Із цих відчуттів формується ставлення дитини до близьких.

3. Розвиток епікритичних емоцій з 3-4 до 13-14 років. Зв'язок емоцій з органічними потребами переважає ще тривалий час.

4. З 10-12 років емоції мають самостійне психічне значення. Триває удосконалення епікритичних емоцій, в емоційних реакціях переважає коркова корекція органічних потреб і потягів.

5. Формування вищих людських емоцій, повний розвиток яких досягається до 20-22 років. До цього періоду відчуття стають підвладні розуму, коригуються інтелектуальною діяльністю. В цей період можливе подавлення зовнішніх проявів емоцій, мімічних реакцій і виражених рухів.

### **РОЗЛАДИ ЕМОЦІЙ**

Розлади емоцій проявляються в їх ослабленні, посиленні і збоченні.

*Апатія* - ослаблення емоцій, проявляється байдужістю до навколишнього і свого положення, супроводжується різким падінням рухово-вольової активності.

*Депресія* - патологічне пригнічений, меланхолічний, болісно-нудний настрій з посиленням астеничних і негативних емоцій, проявляється безвихіддю, смутком, глибоким сумом, може виражатись відчуттям тяжкості в грудній клітці («передсерцева туга»). Притаманні сповільнення мислення, з відчуттям провини, небажанням жити. До терапевтів такі хворі часто звертаються зі скаргами на розлад сну, зниження ваги, втрату апетиту, запори, порушення ритму серцебиття і дихання, головні болі, порушення функції шлунково-кишкового, серцево-судинного трактів та ін. - в таких випадках говорять про соматизовану депресію.

*Тривога* - переживання неясної, невизначеної небезпеки. Характеризується неприємними відчуттями неспокою, напруження, нервозності, відчуттям небезпеки, неясної загрози у супроводі гормональної і вегетативної активації. Може проявлятися як інстинктивна реакція на адекватну даній емоції ситуацію (ситуативна тривожність), яка має спрямованість на майбутнє і містить мобілізуючий компонент. Емоційний розлад визначається у випадку тривожності як властивості темпераменту з постійною тенденцією оцінювати об'єктивно небезпечні

предмети і явища як загрозливі. Породжує, як наслідок, нестачу впевненості у собі, подразливість, поступливість, зниження самопочуття, почуття вини. Незначний рівень тривожності може сприяти успішній діяльності, тоді як високий рівень знижує її ефективність, призводить до дезорганізації поведінки і стресових захворювань.

**Страх** - переживання безпосередньої, конкретної загрози для себе.

**Фобії** - нав'язливі страхи, які людина не може перебороти, незважаючи на таке бажання.

**Дисфорія** - напад незадоволення собою і навколишнім на фоні зниженого настрою з відтінком подразливості, злості, часто агресивності.

**Ейфорія** - патологічно підвищений, веселий, благодушний настрій, зазвичай, з відсутністю достатньої самокритичної помилки.

### **ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙ**

1. Огляд хворого. Звертають увагу на вираз обличчя, особливості мови. На шкірі хворого можуть бути рубці - сліди депресивних або афективних спроб самогубства (в ділянці серця, ліктьових вен, шиї).

2. Бесіда: Розпитують про настрій хворого. Мають значення міміка і пантоміміка (швидка, повільна, скупа та ін.) під час огляду і бесіди. Підводячи підсумки, оцінюють ступінь емоційно-моторної врівноваженості. Додаткові дані можна отримати в бесіді з рідними хворого, співробітниками, іншими хворими цієї палати.

3. Тестові методи:

а) Дослідження самооцінки за Дембо - Рубінштейн. На прямій, символізуючій будь-яку властивість усіх людей (здоров'я, розум, характер, щастя і т. ін), пропонують крапкою визначити своє місце і дати мовне пояснення, при цьому фіксуються рівень самооцінки, пояснення і особливості емоційних реакцій.

б) Існує декілька непрямих методів вивчення емоційної діяльності: асоціативний експеримент, тест Розенцвейга, метод Роршаха, дослідження тривожності, та ін.

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ**

1. Дайте визначення емоцій. Які особливості емоцій у людини на відміну від тварин?
2. Які існують ранні теорії походження емоцій?
3. Вклад в дослідження емоцій П.К. Анохіна; В.П. Симонова.
4. Нейрофізіологічна основа емоцій.
5. Як проявляються емоції на соматовегетативному рівні.
6. Класифікація емоцій за складністю і суб'єктивним тоном.
7. Що таке стенічні і астенічні емоції?
8. Які емоції називаються реактивними і вітальними?
9. Дайте визначення і приведіть приклади настрою, афекту, потягу.
10. Чим розрізняються фізіологічний і патологічний афекти?
11. Що таке стрес і який він буває?
12. Характеристика фрустрації.
13. Особливість формування емоцій і почуттів в онтогенезі?
14. Які ви знаєте розлади емоцій?
15. Як досліджувати емоції?

## ЗАНЯТТЯ № 6

### ЕФЕКТОРНО-ВОЛЬОВА СФЕРА

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомити студентів із психологічною структурою ефекторно-вольової сфери, поняттями волі і вольового процесу, вольовими якостями особистості, етапами розвитку і виховання їх у дітей, а також найважливішими розладами ефекторно-вольової сфери.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці і класифікації цілеспрямованої діяльності, вольових розладів, тематичні хворі, тематичний відеоматеріал.

*Ефекторно-вольова сфера* - складна психічна функція, яка направлена на здійснення цілеспрямованої діяльності людини у залежності від окремих мотивів і зумовлена внутрішніми потребами та вимогами навколишнього середовища. Вона складається із двох компонентів: ефекторного або рухового (прості і складні рухи, дії і вчинки) та вольового.

*Воля* - здатність людини до свідомого і цілеспрямованого регулювання своєї діяльності і вчинків, пов'язаних із подоланням труднощів і перешкод. Подолання перешкод і труднощів потребує так званого вольового зусилля - особливого стану нервово-психічного напруження, яке мобілізує фізичні, інтелектуальні і моральні сили людини.

*Потреба*, яка проявляється у потязі до чого-небудь, визначає *спонукаючий мотив*, мотивацію усіх видів активності людини. Це - об'єктивна необхідність, яку відчуває людина з метою збереження себе як живої системи, самовідтворення та забезпечення різних видів активності.

Складні види діяльності відповідають не одному, а декільком одночасно діючим мотивам, які можуть взаємодіяти і утворювати розгалужену систему мотивації вчинків. Мотиви можуть бути свідомими і несвідомими.

## **КЛАСИФІКАЦІЯ ПОТРЕБ І ЕФЕКТОРНО-ВОЛЬОВИХ ПРОЯВІВ:**

### **1. Біологічні або інстинктивні (нижчі) потреби:**

- а) *харчування* (потреба у їжі, воді та ін.);
- б) *розмноження* (материнський та батьківський інстинкт та ін.);
- в) *самозбереження* (збереження цілісності організму і т.ін.).

### **2. Соціальні (вищі) потреби:**

- а) *моральні* (емоційного резонансу - співчуття, потреба працювати, допомагати людям, належати до групи, займати в ній певне місце та наслідувати її норми - ієрархічна, тощо);
- б) *естетичні* (потреба сприйняття прекрасного, творчості, гармонійних взаємостосунків із природою, людьми і т. ін.);
- в) *інтелектуальні* (потреба в пізнанні нового - винахідницька, розв'язання невирішених проблем і завдань, мотивація до навчання і т. ін.).

### **3. Ефекторно-вольові прояви:**

- а) інстинктивні рушійні акти;
- б) довільні (вольові) прості і складні дії та вчинки;
- в) автоматизовані дії.

*Біологічні* (інстинктивні, нижчі) потреби ґрунтуються на інстинктах (потреба в їжі і т. ін.). Протягом формування особистості людини (починаючи з дитячого віку) під дією виховання і навчання задоволення біологічних потреб набуває соціально припустимих і свідомих форм.

*Соціальні* (вищі) потреби виникають під час виховання потягу особистості до самовдосконалення, зайняття певного місця у суспільстві, до праці, професійної підготовки, формування моральних установок та



світогляду, до поваги з боку оточуючих та інших етичних, естетичних й інтелектуальних потреб.

**Інстинкт** - це складний ланцюговий безумовний рефлекс, що спрямований на задоволення біологічних потреб організму (харчування, статевих, самозбереження). Він є основою виникнення простих та складних невимушених (інстинктивних) рухів.

**Довільні дії** - свідомі цілеспрямовані вольові дії, основані на минулому досвіді і спрямовані на пристосування людини до навколишнього середовища, на досягнення свідомо поставленої мети.

**Автоматизовані дії** - прості і складні рухові акти, довільні за походженням, які протягом тренування набувають автоматизованого, не контрольованого розумом характеру.

**Навички** - це автоматизовані фрагменти свідомої діяльності, котрі набуті шляхом частого повторення будь-яких дій. Формування навичок призводить до скорочення зайвих рухів і напруження, об'єднання цілого ряду частих дій в одне ціле. Навички формуються у тренуваннях - за цілеспрямованого, багаторазового повторення дії з метою її вдосконалення. На фоні набутих навичок дії стають більш свідомими - це вже вольові вчинки. У підлітковому віці і в період зрілості відповідно до накопичення знань, появи нових інтересів і потреб вольові дії ускладнюються і вдосконалюються. Усі складні вольові акти проходять спочатку шлях простих, і в них є елемент автоматизації (заучена протягом життєвого досвіду дія).

Ефективність, точність і соціальна адекватність здійснення потреб (мотивація поведінки) і ефektorно-вольових актів залежать від:

- 1) інших психічних функцій - ступенів відчуття і сприйняття, пам'яті, уваги, мислення, регуляції емоцій;
- 2) загального стану організму;
- 3) моральних і ідеологічних установок;

4) зовнішніх факторів (природних, виробничих, побутових);

5) соціальних вимог.

Для їх оптимальної реалізації необхідна гармонійна взаємодія організму і особистості з середовищем. При стресах, втомленні, астенизації внаслідок соматичних і психічних захворювань можуть виникати різні зміни задоволення потреб поведінки у межах фізіологічної норми, а також грубі патологічні розлади потягів і ефекторно-вольової сфери.

### **ПОНЯТТЯ ПРО ВОЛЮ**

Вольова активність притаманна лише людині, котра, як активна істота, не лише сприймає навколишній світ і деяким чином відноситься до нього, але й реагує на нього, сприяючи і перебудовуючи його зі своєю метою.

Воля виражається у тому, наскільки людина здатна долати перешкоди і труднощі, керувати своєю поведінкою, підкорювати свою діяльність відповідним завданням на шляху до мети. Воля виробляється за умов досягнення не тільки далекої і перспективної мети, але й малої близької мети. Для дитини прояв волі і у маленькій справі є доброю школою вольових вчинків. Першокласник, свідомо відмовившись від спокуси дивитися дитячий мультфільм, виконуючи незакінчені уроки, тренує тим самим волю. Воля проявляється у всіх видах діяльності людини: праця неможлива без вольового зусилля, усвідомлення мети, уміння долати об'єктивні перешкоди, втому. Навчання вимагає вольового зосередження, наполегливого переслідування мети, уміння стримувати себе.

### **ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВОЛЬОВИХ ДІЙ**

Вольовий акт - це вимушена дія. І.М. Сеченов теоретично обґрунтував рефлекторну природу всіх вимушених дій людини, які є відображенням зовнішніх впливів. І.П. Павлов експериментально довів і розширив поняття фізіологічних механізмів вольових дій.

У передній частині кори головного мозку знаходиться рушійна зона, відповідальна за рухи, а у задній частині - зони, що забезпечують прямий зв'язок із зовнішнім середовищем. Ці зони являють собою коркові кінці аналізаторів. Ближче до передньої частини кори головного мозку відбувається організація рухових актів (забезпечується їх точність і координація, відбувається об'єднання окремих рухових актів у складну систему цілеспрямованої поведінки).

Вимушені рухи є результатом дії складних систем нервових зв'язків між клітинами зазначених зон. Рушійні ділянки кори можуть активізуватися по-різному: як зовнішніми подразниками, так і сигналами від внутрішніх органів.

Складні рухи являють собою сукупність складних комбінацій рефлексів, і теж мають умовнорефлекторний характер і зумовлені зовнішніми впливами.

Вирішальну роль у організації і регуляції вольового акту відіграє друга сигнальна система. Осмислення і формування мети і варіантів її здійснення, оцінка наслідків - усе відбувається у смислово-мовній формі. Слово (сказане до інших, або те, що є внутрішньою мовою людини, котра приймає рішення самостійно) є «пусковим сигналом» для вольової дії, воно ж спрямовує і регулює процес вольового акту.

Воля проявляється в умінні не тільки досягти мети, а й утриматися від будь-чого. Згідно із вченням І.П. Павлова, небажані рухи гальмуються імпульсами, котрі йдуть від другої сигнальної системи.

### **ЕТАПИ ВОЛЬОВОГО ПРОЦЕСУ:**

*І. Підготовчий етап (здебільшого подумки):*

- 1) спонукання, розуміння мети і бажання досягти її;
- 2) усвідомлення ряду можливостей досягти мети;
- 3) боротьба мотивів і вибір;
- 4) прийняття одного із можливих рішень;

## II. Виконавчий етап:

- 1) виконання прийнятого рішення;
- 2) самооцінка виконавчої дії.

## Підготовчий етап.

Кожна дія людини здійснюється чомусь (мотив) і для чогось (мета). Будь-яка вольова дія, оскільки вона є цілеспрямованою, завжди починається із встановлення і більшою чи меншою мірою усвідомлення мети дії. Мета - це те, чого людина намагається досягти за допомогою дії.

Це включає:

а) усвідомлення значення мети; усвідомлюючи, що поставлена мета має не лише власне, а й велике суспільне значення, людина стає здібною до подолання значних труднощів;

б) усвідомлення досяжності мети: постановка цілей, котрих не можна досягти, виробляє звичку не доводити розпочату справу до кінця.

З іншого боку, легкодоступні цілі не розвивають волі, не виробляють уміння боротися із труднощами, долати перешкоди. Мета повинна бути доступною, але потребувати значних зусиль для її досягнення. Лише такі цілі розвивають дійсно вольову поведінку.

Мета залежить від світогляду людини, її життєвих установок, інтересів, особливостей особистості. Таким чином, вольова дія завжди здійснюється зовнішнім впливом. Але труднощі психічного життя людини, труднощі зовнішніх впливів, які можуть бути віддаленими та другорядними, часто не допомагають усвідомити об'єктивні причини тих чи інших вольових дій. Це й створює ілюзію свободи волі, незалежності людських вчинків від зовнішніх втручань.

Досягнення мети іноді не потребує особливих зусиль але частіше пов'язане із подоланням труднощів та перешкод, які бувають:

а) зовнішніми - це об'єктивні, незалежні від людини перешкоди (протидія інших людей, природні перешкоди);

б) внутрішніми - залежать від самої людини (небажання робити те, що потрібно, наявність протилежних бажань, пасивність, поганий настрій, звичка діяти необдуманно, лінощі, відчуття страху, відчуття хибного самолюбства та ін.).

Для правильної оцінки вольової дії необхідно знати і мотиви, які призвели до встановлення даної мети, спонукали людину до дії.

Сукупність бажань, зусиль, цілей, що мають характер мотиваційної діяльності, створюють *мотиваційну сферу*. Вона є різною у різних людей і залежить від культури, рівня інтелекту, віку та ін.

Мотиви бувають *нижчого* (егоїстичні бажання) та *вищого* рівня (суспільного порядку, відчуття повинності). Підготовчий етап вольового акту набуває різного характеру при наявності внутрішніх чи зовнішніх перешкод у досягненні мети. При внутрішніх перешкодах (страх, лінощі, втома, небажання діяти) виникає боротьба мотивів, які бувають:

а) одного рівня (однакове бажання піти ввечері до цирку або ж театру чи після закінчення школи придбати у однаковому ступені професію водія і монтажника);

б) різного рівня (піти у кіно чи робити домашнє завдання). Боротьба мотивів другого рівня потребує усвідомлення рівня цих мотивів та бажання вибрати мотиви вищого рівня. У вольовій дії часто боротьба мотивів відбувається між почуттям обов'язку і протилежними йому бажаннями. Воля виявляється в умінні спонукати себе зробити те, що диктує почуття обов'язку, відкинувши протилежне бажання. В разі вибору, - чи робити те, що потрібно, чи те, що забажається, - потрібно вибирати мотив - слід вибирати мотив «потрібно». Важливо наголосити, що у людини із морально високою волею внутрішня боротьба при виконанні

обов'язку виключається: усвідомлення суспільної необхідності дії виключає можливість діяти всупереч обов'язку.

При наявності лише внутрішніх перешкод боротьба мотивів відсутня, і підготовчий етап вольової дії закінчується обмірковуванням методів досягнення мети, вибору конкретних засобів дії, найбільш прийнятних для даної ситуації.

Боротьба різних мотивів закінчується усвідомленням найважливішого з них і виникненням бажання, що веде до пошуку засобів і встановлення плану дії. Підготовчий етап вольової дії закінчується прийняттям рішення діяти згідно плану.

### **Виконавчий етап.**

Вольовою є лише та людина, яка впроваджує свої рішення в життя. Той, хто ставить за мету найвищі цілі, але не завершує дії, є людиною безвольовою.

Вольовий акт вважається здійсненим лише в двох випадках:

- а) у формі зовнішньої дії (зовнішній вольовий акт; вольовий вчинок);
- б) у формі утримання від внутрішньої дії (внутрішній вольовий вчинок).

При зміні обставин, коли виникають нові умови і виконання раніше прийнятого рішення стає неоптимальним, необхідна свідомо відмова від прийнятого рішення та спланованої дії і прийняття нового рішення. Інакше це буде не проявлення волі, а беззмістовна впертість.

Результатом вольової дії є досягнення мети. Закінчується вольова дія самооцінкою: людина оцінює вибрані нею способи досягнення мети, витрачені зусилля і робить відповідні висновки на майбутнє.

**Самооцінка** - це оцінка особою самої себе, своїх можливостей, якостей та місця серед інших людей. Являючись ядром особистості, самооцінка є важливим регулятором поведінки. Від неї залежать

взаємостосунки людини з оточуючими, її критичність, вибагливість до себе, ставлення до успіхів та невдач - це впливає на ефективність розвитку особистості.

**Рівень домагання** - це ступінь важливості мети, цілей, котрі людина ставить перед собою. Переживання успіху, що виникає внаслідок досягнення рівня домагань, призводить до заміщення «рівня домагань» більш важким, чи навпаки, легким завданням. Люди, які володіють реалістичним рівнем домагань, відрізняються впевненістю у своїх силах, наполегливістю у досягненні мети, великою продуктивністю, критичністю в оцінці досягнутого.

Неадекватність самооцінки (занижена чи завищена) може призвести до край нерелістичних (завищених чи занижених) домагань. У поведінці це проявляється у виборі надто легких або важких цілей, у підвищеній тривожності, невпевненості у своїх силах, тенденціях уникати ситуації змагання, некритичності при оцінюванні досягнутого, помилковості прогнозу та ін. Часто така невідповідність є головним пусковим чинником психосоматичних захворювань.

### **ВОЛЬОВІ ЯКОСТІ ОСОБИСТОСТІ:**

- 1) цілеспрямованість;
- 2) самостійність;
- 3) наполегливість;
- 4) витримка;
- 5) хоробрість;
- 6) мужність;
- 7) дисциплінованість.

**Цілеспрямованість** - це підпорядкування поведінки стійкій життєвій меті, готовність та рішучість віддати усі сили і вміння для її досягнення, планомірне, неухильне її досягнення. Із цієї перспективної мети виходять

окремі підпорядковані цілі як необхідні складові на шляху досягнення основної мети; усе зайве, непотрібне відкидається.

**Самостійність** - підпорядкування поведінки власним поглядам та переконанням, протистояння примусу до дій, котрі не співпадають із переконаннями. Однак, самостійна людина не відкидає будь-яку чужу думку, але свідомо розглядає сторонні поради і вказівки, оцінює їх, і, якщо вони розумні, приймає. **Негативізм** (від лат. «него» - заперечую) - заперечлива якість волі: відторгнення будь-якої іншої думки тільки тому, що вона стороння; немотивована протидія всьому, що йде від інших людей. Самостійний - весь час свідомо готовий розглядати сторонні поради і вказівки, оцінювати їх, і якщо вони розумні - прийняти їх. Негативіст не володіє самостійністю волі, намагаючись за будь-яку ціну діяти всупереч поглядам і переконанням, що не є власними.

**Навіюваність (сугестивність)** - заперечлива якість волі, протилежна до негативізму. Навіюваний легко піддається сторонньому впливу, не вміє критично ставитись до сторонніх порад та протистояти їм у разі необхідності, приймає будь-які сторонні поради, навіть завідомо невірні. Навіюваність та негативізм - показники слабкої волі, оскільки в обох випадках людина не може підпорядкувати свої дії здоровому глуздові, сліпо сприймає чи відкидає сторонні впливи.

**Рішучість** - це здатність своєчасно приймати обгрунтовані, стійкі рішення і без вагань переходити до їх впровадження. Особливо вона необхідна у важких ситуаціях, при виборі однієї можливості із декількох, і там, де дія пов'язана із деяким ризиком. Своєчасно прийняти рішення - означає прийняти рішення у потрібний момент, коли цього потребують обставини. Рішуча людина не поспішає із прийняттям рішення, якщо обставини дозволяють не поспішати: це дає можливість краще розібратися в ситуації, правильно оцінити її, зібрати додаткові дані та прийняти рішення. Однак, у разі необхідності вона швидко може зорієнтуватися у



ситуації й негайно прийняти найбільш розумне рішення. Наслідком обґрунтованості рішень являється їх стійкість. Нерішучі люди навпаки - або квапляться із прийняттям рішення, не встигнувши його обміркувати, або запізняються своєчасно прийняти його. Нерішучий, невпевнений у правильності прийнятого рішення постійно переглядає, відкладає, відмінює його. Необхідною ознакою рішучості є енергійний перехід до виконання рішення. Нерішучий - навіть прийнявши остаточне рішення, не може заставити себе приступити до його виконання, використовуючи будь-яку можливість відкласти свою дію, переконуючи себе у тому, що із виконанням рішення можна зачекати. Рішучість передбачає здатність швидко затримати або навіть зупинити виконання прийнятого рішення, якщо того потребують нові обставини. Джерела різних видів нерішучості в учнів різноманітні: це може бути відповідальність, непередбачувані наслідки, втрата віри у свої сили та можливості на підставі раніше пережитих невдач або внаслідок недостатнього досвіду.

**Наполегливість** - це здатність доводити до кінця прийняте рішення, досягати поставленої мети, переборювати перешкоди на шляху до неї: при невдачах наполегливий не втрачає духу, він стає рішучим у досягненні наміченого та веде пошук нових шляхів і засобів. Наполегливість особливо проявляється при складній, важкій, нудній роботі. Схожою, але заперечною якістю володіє впертість. Якщо наполеглива людина намагається досягти мети, позитивний характер якої зрозумілий, то впертий переслідує нерозумні цілі, часто розуміє свою неправоту, але продовжує відстоювати помилкову точку зору, керуючись бажанням будь-якою ціною наполягти на своєму. Впертість лише маскує слабку волю, оскільки вперта людина неспроможна перебороти себе, відмовитися від дій, помилковість котрих часто розуміє сама.

**Витримка** - здатність контролювати свою поведінку. Це вміння утримуватися від дій, котрі усвідомлюються як непотрібні чи шкідливі у

даних умовах, зберігати спокій та розсудливість у важких ситуаціях. Витриманий, витривалий, терплячий здатний у разі потреби стійко перенести втрати, біль, стримувати задоволення своїх потреб (голод, спрагу, потребу відпочинку та ін.).

Протилежна заперечна якість - *імпульсивність* (від лат. «*імпульс*» - поштовх) - схильність діяти за першим покликом, постійно, необмірковуючи своїх вчинків. Мужність і та сміливість - готовність йти до досягнення мети, незважаючи на небезпеку для життя чи власного благополуччя, переборювати негаразди, страждання, втрати. Спільною для цих двох якостей є готовність до виконання небезпечних дій.

*Мужність* - більш складне поняття, що передбачає наявність не лише сміливості, але й наполегливості, витримки навіть за смертельної небезпеки; впевненості у собі, у правоті своєї справи (наприклад, мужність воїнів, що віддали своє життя заради Батьківщини). Мужність може проявлятися у наполегливій праці. Протилежна, заперечна якість - *боязкість*: страх за себе, своє життя керує діями несміливої людини, яка внаслідок цього може легко зрадити своєму обов'язкові.

*Дисциплінованість* - це свідоме підпорядкування своєї поведінки суспільним правилам. Проявляється у тому, що людина без натиску визнає для себе обов'язковим виконувати правила суспільного життя, і не лише виконує їх, а й слідкує за дотриманням цих правил іншими. Дисциплінованість - не кайдани волі; навпаки, дотримування правил, виконання розпоряджень розвивають волю людини, привчають її долати зовнішні та внутрішні перешкоди на шляху до мети, долати своє «не хочу» заради «треба». Звичайно мова йде не про дисципліну, збудовану на переляку і сліпій покорі, а про свідому дисципліну, коли людина, скоряючись їй, розуміє необхідність такого підкорення.

Високий рівень професійної майстерності лікаря визначають такі вольові якості як терпіння, витримка, сміливість, наполегливість,

критичність, оперативність, дисциплінованість, оптимізм. Тільки лікар, здатний самостійно аналізувати, діяти спокійно, рішуче і впевнено (але без зайвої самовпененості), викликає симпатію у хворого. Ці вольові якості, у поєднанні з високим інтелектуальним розвитком і почуттям обов'язку, складають «професіограму» лікаря.

### **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВОЛІ.**

Для періоду раннього дитинства характерна інфантильно-гедоністична мотивація: дитина не передбачає наслідків свого вчинку, прагне до негайного задоволення потреби і отримання насолоди. За вікового періоду від 7 до 11 років переважає егоцентрично-утилітарна мотивація діяльності. При цьому з'являється здатність відмовляти собі у задоволенні дрібних, миттєвих бажань заради задоволення егоїстичних потреб у майбутньому. У дітей 12-15 років і старших переважає альтруїстичний рівень мотивації. Щоправда, часто зустрічається псевдоальтруїзм, при якому альтруїстичний зміст діяльності поєднується із досягненням корисливих цілей. При справжньому альтруїзмі людина отримує глибоке задоволення від своєї високоморальної поведінки і не може діяти інакше.

Воля як психічна функція розвивається пізно, остаточно формуючись приблизно до 20 років, тому виявлення розладів волі більшістю пояснюється віковим етапом формування психіки дитини.

### **РОЗВИТОК І ФОРМУВАННЯ ВОЛІ**

Формування вольових особливостей розпочинається з оволодіння дитиною вільними рухами у маніпуляціях із іграшками і доступними речами. Власне вольова поведінка виховується при виконанні дитиною елементарних дій, пов'язаних із подоланням перешкод і таких, які диктуються необхідністю (коли доводиться робити не те, чого бажається, а те, що треба). Велике значення мають систематичні вимоги дорослих, які уміло ставлять дитину перед необхідністю долати різні посильні

перешкоди і труднощі: починаючи з простих навичок (акуратність, самообслуговування та ін.), виконання найпростіших трудових доручень, коли дитина робить щось для себе і для інших, у колективних іграх, коли доводиться підкорятися колективові, правилам гри, стримувати безпосередні потяги.

Вольова діяльність школяра розвивається під впливом навчання, коли виробляються вміння:

- 1) керувати своєю психічною діяльністю;
- 2) робити розумові зусилля для оволодіння знаннями, запам'ятовувати потрібний, але часом важкий і малоцікавий матеріал;
- 3) обов'язково закінчувати роботу, доводячи її до кінця;
- 4) керувати своєю поведінкою: виконувати те, що вимагається, що не завжди співпадає з тим, чого хочеться.

Воля виховується у процесі подолання труднощів, тому прагнення окремих батьків прибрати усі труднощі з життєвого шляху дитини не сприяє розвитку волі, умінню долати їх. Виховання відповідальності, обов'язку - важлива умова виховання волі. Розвиток волі може відіграти позитивну роль у компенсації різноманітних дефектів, патологічних ускладнень розвитку. Іноді завдяки величезній волі до життя хворий може подолати біль, слабкість, страждання і надати вирішальну допомогу медикам у лікуванні.

## **РОЗЛАДИ ЕФЕКТОРНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ.**

1. **Розлади ціленаправленої діяльності** - можуть виражатись у формі її послаблення, посилення чи збочення:

*Гіпербулія* - значне підвищення активності, що проявляється у прожектерстві, рухомості, незвичної для конкретної людини. Так, хворі з маніакальним синдромом багато рухаються, ходять без необхідності від одних знайомих до інших, знайомляться на вулиці і розповідають про свої проекти, винаходи, тощо, не доводячи справу до кінця, беруться за іншу.

Хворим на параною притаманна цілеспрямованість гіпербулії: вони заздалегідь обмірковують план, як знищити своїх ворогів, і протягом довгого часу намагаються здійснити його. Гіпербулія супроводжується бурхливими проявами, жестикуляцією, мімікою.

**Гіпобулія** - зниження бажань та спонукань до діяльності: хворі завжди в'ялі, рухова активність у них проявляється мало, увага послаблена. Гіпобулія може бути одним із перших симптомів захворювання, виникає також внаслідок виснаження нервової системи і при деяких соматичних розладах.

**Абулія** - відсутність спонукань до діяльності, проявляється у нездатності прийняти рішення і виконати необхідну дію, хоч необхідність її усвідомлюється. Загальмовані й мовні реакції. В деяких випадках немає захисних рефлексів.

**Ступор** - повна нерухомість, зниження усіх видів чутливості, відсутність мови. Розрізняють декілька форм ступору: депресивний, психогенний, кататонічний та ін.

**Нав'язливі рухи** (тіки, гіперкінези, дії, ритуали) - дії і рухи, які виникають мимовільно і наперекір бажанням, та критично оцінюються хворими як непотрібні і несвоєчасні, тобто хворобливі. Хворий намагається стримати їх, але це не завжди вдається.

**Апраксія** - втрата набутих рухових навичок, порушення цілеспрямованої діяльності при збереженні елементарних рухів, що складають її. Хворий втрачає здатність використовувати предмети за призначенням.

**Імпульсивні дії** - проявляються у нездоланому прагненні реалізувати певні імпульсні потяги. До них належать прагнення до бродяжництва (дромоманія), крадіжки без корисних цілей (клептоманія), підпалів (піроманія). Найчастіше зустрічаються у осіб із психопатичними рисами характеру.

**2. Розлади потягів.** Тут розглянемо порушення у сфері найнижчих потягів (інстинктів) - самозбереження, харчування, статевого. Клінічно вони виявляються у послабленні, посиленні та збоченні спроб задоволення інстинктивних потреб.

Посилення інстинкту харчування - *поліфагія*, *полідінсія* та ін., послаблення - *анорексія*; збочення - прагнення поїдати неїстівне.

Підвищення статевого потягу - *гіперсексуальність*, зниження - *гіпосексуальність*, збочення (перверзії) - *мазохізм* (бажання відчувати фізичний біль або моральне приниження від сексуального партнера), *садизм* (сексуальне задоволення досягається шляхом нанесення партнеру фізичного болю), *гомосексуалізм* (сексуальний потяг до осіб своєї статі), *зоофілія* (сексуальний потяг до тварин) та ін. Як вважав В.М. Бехтерев, ці порушення виникають рефлекторно, коли той чи інший процес є умовним сигналом до безумовного сексуального рефлексу.

Посилення інстинкту самозбереження - *агресивність* (активнозахисна форма), або це може бути «втеча в хворобу» із розвитком іпохондричної особистості (пасивно-захисна форма); зниження інстинкту самозбереження проявляється у формі суїциду чи саморуйнівної поведінки. *Суїцид* - навмисні дії, що напружені на добровільне позбавлення себе життя, які призводять до смерті.

Збочення інстинкту самозбереження - самопошкодження, самотортури.

*Самодеструктивна поведінка* - різноманітні форми поведінки людини, метою яких не є добровільна смерть, але які призводять до соціальної, психологічної і фізичної дезадаптації, деградації особи. Результатом є навмисне чи ненавмисне нанесення шкоди своєму психічному і фізичному здоров'ю, включно до смерті. Його різновиди: алкоголізм, наркоманії, токсикоманії, а також невиправданий ризик, асоціальна поведінка, заперечення факту своєї хвороби та відповідна до

цього поведінка при наявності життєво небезпечної соматичної патології тощо.

## **МЕТОДИ ВИВЧЕННЯ ВОЛІ**

Бесіду з хворим необхідно проводити за схемою збирання анамнезу життя і захворювання. У клініці при дослідженні рухового компонента ефекторно-вольової сфери звертають увагу на вираз обличчя, позу, положення у ліжку, характер рухів (скупі, повільні, розмашисті, швидкі), інтонацію голосу, швидкість зворотних реакцій на питання, що задаються. Звертають увагу на здатність виконувати певні дії з предметами (запалити сірник, показати, як користуватися ключем, розкрити і закрити портфель, забити цвях). Визначаючи психопатологічний діагноз, лікар прагне з'ясувати: чи може хворий виконувати безоб'єктивні дії (стрибати, свистіти) і аутокінетичні рухи (стиснути кулак, висунути язик), чи може він повторити запропоновані йому рухи. Звертають увагу і на залежність успішного виконання дії від складності запропонованого завдання. Серед тестових методик використовують тест самооцінки Дембо-Рубінштейна.

Враховують бажання хворого співпрацювати з медперсоналом для прискорення свого одужання, чи охоче виконує хворий інструкції та призначення лікаря, а також активність його у відділенні, ступінь залучення до трудових процесів. Оцінюється адекватність зворотних реакцій під час бесіди, поведінка, соціокультурні інтереси та установки, захоплення, прагнення, плани, методи досягнення мети. Визначається характер потреб, цілей, мотивацій діяльності досліджуваного. Враховується здатність до зосередження у процесі досягнення мети, вегетативні реакції на емоційно значущі подразники, зауваження, реакція на непогодження із хворим у важливих для нього питань, заперечення.

Ряд вольових порушень, наприклад сексуальні перверзії, цілком зрозуміти, виявити та вивчити непросто, що утруднює і відповідну експертно-діагностичну оцінку.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Дайте визначення понять «ефекторно-вольова сфера» та «воля».
2. Як класифікують потреби?
3. Які бувають ефекторні прояви? Наведіть приклад навмисної дії, простої чи складної автоматизованої дії.
4. Дайте характеристику інстинкту та інстинктивних потреб.
5. Що таке навички?
6. Які фізіологічні основи вольової дії?
7. Перерахуйте етапи вольового процесу. Особливості підготовчого етапу.
8. Що таке боротьба мотивів?
9. Розкажіть про виконавчий етап вольового акту.
10. Які виділяють вольові якості особистості? Охарактеризуйте кожен з вольових якостей.
11. Розкажіть про значення для особистості правильних самооцінок і рівня бажань.
12. Які існують вікові особливості вольових процесів?
13. Найважливіші шляхи та умови виховання волі у дітей.
14. У чому проявляються негативізм, навіюваність та впертість?
15. Які ви знаєте порушення цілеспрямованої діяльності?
16. Які ви знаєте порушення потягів?
17. Як дослідити рухово-вольову сферу?



## ЗАНЯТТЯ № 7

### СВІДОМІ І ПІДСВІДОМІ ПСИХІЧНІ ПРОЦЕСИ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 4 академічні години.

**НАВЧАЛЬНА МЕТА:** вивчити структуру і властивості свідомості, фізіологічну основу свідомих і підсвідомих процесів. Ознайомити студентів з основними фізіологічними і патологічними змінами свідомості та методами її дослідження.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбова кімната, кабінет електроенцефалографії.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці класифікації властивостей свідомості і розладів свідомості, малюнки хворих, що перенесли делірій і онейроїд, записи ЕЕГ, набір інструментів для дослідження безумовних рефлексів, атлас патопсихологічного дослідження хворих. Тематичні хворі.

Свідомість людини є найвищим рівнем психіки, розвиток якої пройшов низку етапів: інстинкти, навички, інтелектуальна поведінка. Психіка виникла протягом еволюції із появою відчуттів як елементарної форми психічного відображення, і таким чином підвищила здатність організму людини виживати у боротьбі за самозбереження.

Свідомість є інтегруючим рівнем психіки, результатом суспільно-історичних умов формування людини у трудовій діяльності при постійному спілкуванні (за допомогою мови) з іншими людьми.

*Свідомість* - це функція головного мозку людини, що полягає у відображенні об'єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього середовища, процесів, що відбуваються у ньому, своїх дій, у передбаченні

та прогнозуванні їх наслідків, а також у регулюванні взаємозв'язків людини із природою і соціальною дійсністю.

Свідомість забезпечує цілеспрямовуючу функцію діяльності людини. Тобто, до функції свідомості належить формування мети діяльності: складаються та оцінюються мотиви, приймаються вольові рішення, враховується хід виконання дій та вносяться необхідні корективи.

### СТРУКТУРА СВІДОМОСТІ

Людська свідомість містить в собі сукупність знань про оточуючий нас світ. До структури свідомості, таким чином, входять найважливіші пізнавальні процеси: відчуття, сприйняття, пам'ять, уява і мислення.

Дві складові частини свідомості (пізнання суб'єкта і об'єкта):

- 1) **самосвідомість** - усвідомлення свого «Я» - аутопсихічне орієнтування;
- 2) **усвідомлення навколишнього світу** («не-Я») - аллопсихічне орієнтування у місці, часі, просторі, оточуючих особах, предметах і явищах.

### ВЛАСТИВОСТІ СВІДОМОСТІ:

1. **Об'єм** - певна кількість зв'язків чи переживань, що виникають під впливом різних подразників і знаходяться у свідомості у нинішній час, тобто це широта обсягу свідомістю навколишньої ситуації та власних переживань.
2. **Зміст** - значення асоціацій, що виникають під впливом різних подразників і певний час знаходяться у свідомості (зміст думок, переживань та ін.).
3. **Неперервність** - поєднання переживань минулого, теперішнього і майбутнього.
4. **Ясність** - наявність чіткого і послідовного сприйняття навколишнього і правильної орієнтації у ньому (усвідомлення навколишнього середовища, місця, часу та ін.), наявність

самосвідомості зі збереженням пам'яті на минуле і теперішнє, активної уваги та мислення (тобто можливість утворювати зв'язки між наявними подразниками та минулим досвідом), адекватності емоцій і поведінки, збереження здатності усвідомлювати свої дії і керувати ними.

Ясність свідомості відповідає сучасному терміну «рівень бадьорості». Рівень бадьорості має добові коливання: сягає максимуму між 10 і 16 годинами, потім знижується на 2-3 години (у 16-18 годин) і незначно підвищується між 19-22 годинами, не досягаючи початкового рівня. Цю закономірність добових коливань рівня бадьорості необхідно враховувати при розподілі добового навантаження, оскільки вони супроводжуються змінами багатьох сторін психічної діяльності (уваги, пам'яті, осмислення, швидкості і точності рухових реакцій, та ін.).

Поняття «свідомість» стосується як окремої людини, так і суспільства (індивідуальна і суспільна свідомість). До суспільної свідомості, як відображення суспільного буття, входять політичні, філософські, релігійні, правові, художньо-естетичні погляди, морально-етичні норми, наукові знання.

Обов'язковою умовою формування і виявлення усіх вище згаданих якостей свідомості є мова.

Психіатри, перед якими постійно виникає питання щодо збереження чи порушення свідомості у хворого, під свідомістю розуміють оцінку здатності усвідомлювати місце знаходження, час, навколишні обставини, стан та поведінку власної особи, що наявні у психіці.

Найнижчий рівень психіки утворює підсвідоме.

*Підсвідоме* - це сукупність психічних процесів і станів, які зумовлені впливами (стимулами), що не усвідомлюються людиною. Підсвідоме являє собою форму відображення свідомості, при якій втрачається повнота орієнтування у часі і місці дії, порушується мовне регулювання поведінки,

неможливий цілеспрямований контроль людиною своїх дій і оцінка їх наслідків. До підсвідомого відносять психічні явища, що виникають у сні, зворотні реакції на субпорогові подразники; рухи, які в минулому були свідомими, але завдяки повторенню стали автоматизованими і тому більше неусвідомленими; деякі спонукання до діяльності, коли відсутнє усвідомлення мети. До підсвідомого відносять і деякі патологічні феномени: марення, галюцинації. Підсвідоме - це настільки ж специфічний психічний прояв, притаманний людині, як і свідомість; воно детерміноване суспільними умовами існування і виступає як часткове, недостатньо адекватне відображення світу мозком людини.

### **НЕЙРО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СВІДОМИХ І ПІДСВІДОМИХ ПРОЦЕСІВ**

Фізіологічною основою ясної свідомості, за І.П. Павловим, є оптимальна активність на даний момент певної ділянки кори великих півкуль мозку, що переміщується по її поверхні, із негативною індукцією по периферії. Повний об'єм ясної свідомості забезпечується лише об'єднаним функціонуванням усіх відділів головного мозку.

Уся інформація, що потрапляє до мозку, спочатку аналізується на підсвідомому рівні, за участю невеликого об'єму нервових елементів кори і підкоркової ділянки, достатнього для даної ситуації. У цьому випадку виникають рефлекторні автоматизовані реакції, максимально енергетично «економні» і швидкі. На підсвідомому рівні здійснюються усі інстинктивні реакції (самозбереження - напад, втеча чи заціпеніння, харчова, продовження роду), автоматизовані дії на зразок добре засвоєних професійних і побутових навичок та ін., а також так звані помилки на слові, ляпсуси, психологічні захисні механізми особи. Ми здатні охопити ясною свідомістю лише маленьку частину усього об'єму інформації з навколишнього світу, несвідомо ми реагуємо та відзначаємо значно більше ніж усвідомлюємо. Об'єм нашої свідомості обмежений здатністю зберігати

сліди максимум семи одиниць інформації у будь-який момент часу. – «Ми формуємо звички і тим самим звільняємо себе для того, щоб помічати інші речі» (Дж. Міллер). За даними деяких авторів, не менш ніж 70% наших життєвих процесів здійснюється підсвідомо.

До сфери свідомості інформація підключається за необхідності не автоматичної (шаблонної), гнучкої, різнобічної, творчої зворотної реакції. У цьому випадку до дії залучається велика маса нейронів кори і підкоркової ділянки, виникає загальна зворотна реакція активації, і реакція на сигнал стає усвідомленою.

Між свідомими і підсвідомими процесами існує динамічна рухома рівновага, яка визначається характером взаємовідносин суб'єкта із дійсністю, його життєвим досвідом, історичним досвідом людства, а також станом ЦНС. Чим вищий рівень морально-етичних та інтелектуальних властивостей особи, її суспільної свідомості, тим більш свідома її поведінка.

Окрім підсвідомого та свідомого рівнів психічних процесів, П.В. Сімонов виділяє також *надсвідомий*, який проявляється на початкових етапах творчості, що не контролюється свідомістю і волею, і називається творчою інтуїцією.

### **ДЕЯКІ ЯВИЩА ПІДСВІДОМОГО**

Найбільш поширеними проявами підсвідомого є сон і сновидіння. СОН - періодичний функціональний стан мозку і усього організму, зі своїми специфічними якісними особливостями діяльності нервової системи. Сон характеризується неповним зупиненням свідомої діяльності і зниженням активної взаємодії із навколишнім середовищем.

Сон є циклічним. За фізіологічними проявами він поділяється на дві фази - повільну і швидку (парадоксальну). Кожен цикл складається з окремих стадій повільного і швидкого сну. Тривалість одного циклу 1,5-2 години. За ніч може спостерігатися до 3-5 циклів.

У період «швидкого» сну виникають сновидіння. Функціями швидкого сну є: підвищення готовності індивіда взаємодіяти із невіршеною проблемою; відновлення почуття власної компетентності; зникнення почуття безпорадності; тренування механізму пошукової активності. Фактично швидкий сон підвищує стійкість організму до стресів. У маленьких дітей сновидіння виконують функцію безпосереднього реагування, символічного задоволення незадоволених потреб під час відпочинку від сну. У дорослих у сновидіннях відбувається пошук шляхів взаємного примирення потреб, які визначають соціальну поведінку, із тими, які суперечать їм і тому витіснені зі свідомості.

Під час «повільного» сну здійснюються відновні обмінні (анаболічні) процеси у різних тканинах організму, впорядковується інформація, отримана у денний період, та її організація за ступенем значущості. Усувається інформаційне перевантаження, в оперативній пам'яті залишається лише інформація, необхідна для успішної наступної діяльності. Повільний сон ще виконує функцію емоційної розрядки: так, під час дельтасну трапляються напади сноходіння та жахи, які сприяють зменшенню психічного напруження у стані поза сном.

В зарубіжній психології, зокрема, у психоаналізі З. Фрейда, стверджується конфліктність свідомих і підсвідомих процесів. Свідоме життя стає повністю залежним від автономної ділянки підсвідомості, де знаходяться «витіснені свідомістю, несумісні з нею ідеї та уявлення», передусім пов'язані зі статевим інстинктом. Підсвідоме домінування сексуального інстинкту, затримка його проявлення сукупне з «інстинктом руйнування, агресії» психоаналітики вважають його основним джерелом усіх складних проявів психіки, соціальної поведінки та різних видів патології.

Наступники психоаналізу, неофрейдисти (Е. Фромм та ін.) обмежують роль біологічного першоджерела в людині і визнають механізми

соціального порядку. Підсвідоме наповнюється новим змістом: місце нереалізованих сексуальних потягів займає потяг до влади внаслідок переживання комплексу меншовартості (А. Адлер), колективна підсвідомість, яка виражається в міфології, релігійній символіці, мистецтві і спадкове (К. Юнг), неможливість досягти гармонії в соціальній структурі суспільства і викликане цим почуття самотності (Е. Фромм). Переважна частина з них стверджує, що сучасна цивілізація чинить перепони успішній реалізації інстинктів. Значною заслугою прихильників психоаналізу є те, що вони вперше звернули увагу людини на проблеми підсвідомого, впливу інстинктивних потреб на поведінку особистості.

Великий внесок у вивчення підсвідомих психічних процесів у структурі цілісної психічної діяльності був зроблений вітчизняними вченими: І.М. Сеченовим, І.П. Павловим, Д.Н. Узнадзе, В.М. Мясищевим, Г.В. Гершуні, В.Є. Рожновим, Д.І. Дубровським, О.Т. Соколовою та іншими. Також числі зроблений значний науковий внесок у вивчення підсвідомих *захисних психологічних механізмів* особистості. Початок їх вивченню поклав З. Фрейд, який визначав їх як засоби вирішення конфлікту між свідомістю та підсвідомістю і спрямування енергії лібідо у соціально прийнятні форми діяльності, захист від внутрішніх і зовнішніх конфліктів, компроміс між конфліктними імпульсами з усуненням внутрішнього напруження. З позицій неофрейдизму, захисні механізми - це звичні форми поведінки, котрим людина навчилася з дитинства, але процес їх засвоєння та реалізації залишається незмінним. Вони можуть виконувати як конструктивно-адаптивну роль для особи, сприяти її розвитку, так і деструктивну роль, сприяючи стагнації і деградації особистості.

Досліджені захисні механізми витіснення, раціоналізації, проєкції, переносу, гіперкомпенсації, сублимації, регресії, опору, ідентифікації та інші.

**Витіснення** - забезпечує усунення неприйнятних потягів, почуттів, бажань і думок із свідомості у підсвідоме. Те, що було витіснене, не руйнується: при послабленні механізму пригнічення воно частково сягає рівня свідомості і викликає почуття тривоги та інші захисні реакції (специфічні сновидіння, раціоналізацію, проекцію тощо). Воно відображається у рисах особистості, у системі переконань і цінностей, у невротичних, психосоматичних і психотичних симптомах. Проявляється у вузьконаправленому забуванні, запізненнях, ігноруванні очевидних фактів, хвороб та ін.

**Раціоналізація** - один з найбільш загальних механізмів установалення почуття власної гідності та ліквідації почуття провини. Забезпечує раціональне («розумне») пояснення вчинків, справжні мотиви яких лишаються неосмисленими. Це - неусвідомлене прагнення до самовиправдання, пошук причин і мотивів своїх вчинків у зовнішньому середовищі, звинувачення, наприклад навколишніх у своїй хворобі, у своїх невдачах та ін.

**Проекція** - засіб захисту, при якому власні неусвідомлені риси, потяги і мотиви (агресивні, несхвальні - ненависть, страх, нечесність) приписуються іншим, ніби проєктуються на них. Людина при цьому відчуває себе невинною і жертвою іншого. Механізм проекції часто буває причиною упередженого і ворожого ставлення до інших осіб, на яких проєктуються власні негативні тенденції, і легко призводить до розвитку взаємного відчуження.

**Заміщення (перенос)** - механізм, при якому недосяжна (неприйнятна) мета (емоція, об'єкт, наприклад людина) заміщується підсвідомо більш прийнятними і досяжними. Так забезпечується замісне задоволення підсвідомого потягу до будь-чого чи будь-кого, почуття переноситься з актуального об'єкта на його замішувач. Особливо часто переносяться з однієї особи на іншу почуття та відношення (любові, ненависті).



Наприклад, почуття ворожості до батьків чи до дітей може бути настільки інтенсивним, що свідомо воно несприйнятне, а соціально аморальне, і тоді переноситься на іншу людину і тим самим оберігає особу від усвідомлення даного факту.

При фобії відбувається підсвідомий перенос страху від прихованого початкового внутрішнього джерела на інший, зовнішній і усвідомлений.

**Гіперкомпенсація** - прагнення досягнення успіху у тій області, яка досі була найбільш важкою: фізично слабкий за допомогою інтенсивних тренувань прагне стати сильним в будь-якому виді спорту, боязкий і несміливий - маскується під напускною розкутістю і грубістю; брехливий - прагне впевнити оточуючих і навіть сам впевнений у своїй виключній чесності тощо.

**Сублімація** - механізм трансформації і спрямування енергії інстинктивних, неприйнятних на теперішній час імпульсів і потреб на соціально-сприйнятливую мету (мистецтво, літературу, релігію, науку, спорт і т.ін.).

**Регресія** - захисне повернення у поведінці на той рівень розвитку, де особа нездатна реалістично і конструктивно вирішувати проблеми (так званий «вихід назовні латентної інфантильної реактивності»): регрес навичок охайності (енурез, енкопрез), самообслуговування (неохайність, втрата навичок користування столовими приборами), рухів («поза ембріона», порушення статички тіла, істеричні астазія-абазія), мови (невизначна мова, відмова від мови - *мутизм* – повний, або вибірковий - лише з особами, що здатні викликати психотравмуючі переживання). Спостерігається при неврозах і психозах.

**Онір** - підсвідома відмова (опозиція) пригадувати травмуючі події, неприйнятні комплекси і тим самим усвідомлювати їх. Так уникаються спомини, які можуть викликати тривогу та інші неприємні емоції.

**Ідентифікація** - забезпечує досягнення внутрішнього психічного заспокоєння шляхом співставлення (ідентифікації) себе з будь-ким (мати, ідентифікуючи себе зі своєю дитиною, говорить замість «вона, йому» - «ми, нам»); бажання, щоб діти досягли у житті того, до чого прагнув, але не досяг сам). Формами ідентифікації є **емпатія** (здатність до проєкції себе у ситуацію та почуття інших, здатність відчутти і розуміти стан іншої людини), *реакції підліткової ідентифікації* - прагнення максимально бути схожим на лідера групи чи естрадного кумира. Лікарі нерідко свідомо звертаються до прямої чи побічної ідентифікації пацієнта з іншими, одужуючим чи вже одужавшим пацієнтом.

Д.Н. Узнадзе до медико-психологічної термінології увів поняття «*Установка особи*»: це специфічний стан, що виникає і фіксується при перебуванні людини в ситуації задоволення певної потреби, і що виражається у підсвідомому прагненні до дії, яка може задовольнити цю потребу. Описана «установка на хворобу», яку сам пацієнт не усвідомлює, що приносить йому певну вигоду по каналах підсвідомих захисних механізмів особи, і яку завжди необхідно враховувати при лікуванні хронічних захворювань.

### **ФІЗІОЛОГІЧНІ ВАРІАНТИ ЗМІНЕНОЇ СВІДОМОСТІ**

1. Свідомість при втомі, сонливості - зниження ясності і бідність змісту свідомості (до свідомості доходять лише сильні подразники), нечіткість сприйняття, затруднення в зосередженні уваги, можливі дезорієнтація у навколишньому, недосить послідовне мислення, нівелювання афекту.

2. Стан сну зі снобаченнями - виключення усвідомлення оточуючого і порушення самосвідомості, поява переважно зорових образів чи безладних яскравих уявлень, які визначають зміст свідомості. Емоційні переживання і думки (елементи змісту свідомості) відповідають змістові зорових образів. Відбувається інтенсивна підсвідома діяльність по відновленню і регуляції

функцій соматичних тканин і клітин, психосоматичної стабілізації, захисту особистості від невирішених конфліктів (аналіз, синтез, уточнення і виділення певних факторів). У цей же час відбувається відбір і збереження у пам'яті важливої інформації (перехід її з короткочасної у довготривалу).

Зменшення кількості інформації з віком, що поступає і потребує впорядкування, зумовлює зниження потреби у тривалому сні.

3. Афективно-звужена свідомість виникає у відповідь на тривалу подію, коли домінуюча яскрава емоція гальмує не пов'язані з нею психічні процеси, і нав'язує той чи інший стереотипний спосіб «аварійного» вирішення ситуації (застигання, втеча, агресія). При цьому об'єм свідомості звужується, зміст заповнюють обставини і нав'язані ними дії, які спровокували афект. Можливі викривлене сприйняття навколишнього, невірна оцінка того, що відбувається.

#### **ЕТАПИ ФОРМУВАННЯ СВІДОМОСТІ (Г.К. Ушаков):**

1. До 1 року - стан поза сном: характеризується першими реакціями на навколишній світ і змінами внутрішнього стану організму;
2. Від 1 року до 3 років - предметна свідомість: характеризується здатністю дитини розрізняти предмети навколишнього світу;
3. Від 3 до 9 років - індивідуальна свідомість: характеризується виділенням себе з об'єктів зовнішнього світу, перед усім виділенням свого «Я» з об'єктів неживої природи, потім навколишніх осіб, розуміння значення понять «я», «вони» і т.ін.;
4. Від 9 до 16 років - колективна свідомість: характеризується формуванням взаємостосунків між особистістю і колективом сім'ї, школи;
5. Від 16 до 22 років - рефлексивна, вища суспільна, соціальна свідомість: усвідомлення своєї соціальної ролі у суспільстві.

## РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ

У клінічній практиці порушення свідомості поділяють на 2 основні групи: кількісні (непсихотичні чи «прості», за типом виключення свідомості) і якісні розлади свідомості (психотичні чи «складні» - синдроми, до яких входять симптоми сенсорних, рухових, смислових та інших розладів).

### Непсихотичні розлади:

**Непритомність** - раптове короткочасне повне виключення свідомості, що виникає внаслідок раптової анемії мозку.

**Оглушеність** - неповне виключення свідомості внаслідок підвищення порога збудливості, до свідомості доходять лише значні за силою подразники. Навколишнє сприймається нечітко, знижені пам'ять та увага, загальмовані рухові та емоційні реакції.

**Сопор** - глибоке виключення свідомості з втратою орієнтування у навколишньому і власній особистості, нерухомістю, елементарна зворотна реакція виникає на значні за силою подразники (больові). Збережені безумовні рефлекси (зіниць, корнеальні, ковтальні та ін.).

**Кома** - цілковите виключення свідомості з втратою орієнтування, реакцій на подразники, пригніченням безумовних рефлексів, порушенням життєво-важливих функцій внутрішніх органів (дихання, серцево-судинної діяльності та ін.).

### Психотичні розлади:

**Деперсоналізація і дереалізація** - порушення самосвідомості (втрата почуття «Я», відчуження почуттів, думок, рухів, роздвоєння особистості, іноді з порушенням «схеми тіла») чи усвідомлення навколишнього світу (нечітке сприйняття і усвідомлення з відчуттям його змінення, нереальності, відчуженості оточуючих предметів та речей, порушенням просторово-часових співвідношень, іноді є симптоми «вже баченого» чи

«ніколи небаченого»). Ці порушення можуть зустрічатися окремо чи поєднуватися одне з одним.

**Делірій** - потьмарення свідомості із дезорієнтуванням у навколишньому та збереженням орієнтування у власній особі. Зміст свідомості заповнений яскравими жахливими галюцинаціями та ілюзіями, переважно зоровими, що супроводжуються страхом, тривогою і вираженим руховим збудженням (хворий бере участь у подіях, які переживає після виходу з делірію). Більшість спогадів про пережите зберігається.

**Онейроїд** - сноподібне потьмарення свідомості із частковим дезорієнтуванням у навколишньому і власній особі, при якому реальність дивовижно переплетена з фантастичними яскравими чуттєвими переважно зоровими галюцинаціями та ілюзіями із відчуттям власної участі у маренні. Зміст переживань мало відбивається на поведінці хворих. Частіше спостерігається пасивність, загальмованість, іноді - незначне рухове збудження. В майбутньому більшість переживань амнезується.

**Аменція** - глибоке потьмарення свідомості із повним всебічним дезорієнтуванням у поєднанні з безладністю мислення, окремими галюцинаціями і маренням, почуттям розгубленості і безпорадності, хаотичним руховим збудженням у межах ліжка, що часом змінюється на загальмованість. Усе пережите у майбутньому амнезується.

**Примеркові стани свідомості** - стани хворобливо звуженої свідомості з присутністю у змісті певних переживань (частіше з минулого досвіду, представлені маренням), з дезорієнтуванням у оточенні, наявністю певних галюцинацій, напруженого афекту і зовнішньо впорядкованої чи неупорядкованої поведінки (іноді агресивної), зумовленої хворобливими переживаннями. У майбутньому спостерігається повна або часткова амнезія.

В залежності від переважання тих чи інших симптомів розділяють різновиди присмеркового стану свідомості: *транс* (син. - амбулаторний автоматизм), *сомнамбулізм*, *фугиформні реакції*, *патологічний афект*, *істеричну присмеркову свідомість* (наприклад, пуерилізм, псевдодеменція).

## МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СВІДОМОСТІ

Вірність усвідомлення хворими власного «Я» визначається під час розмови, коли хворому у прямій чи сторонній формі задаються запитання, що дозволяють впевнитися, чи вірно хворий називає свої паспортні дані (стать, вік, число, місяць та місце народження, прізвище, ім'я та по-батькові), повідомляє свої біографічні дані, характеристику своїх професійних, характерологічних та інших особливостей.

Про ступінь усвідомлення навколишнього світу, орієнтування в місці, часі, оточуючих особах можна дізнатися, зокрема, за допомогою запитань, котр година, день тижня, місяць і рік, у якому закладі перебуває хворий, з ким розмовляє, хто його оточує.

При вивченні ступеня ясності свідомості враховують легкість і швидкість сприйняття хворим запитань лікаря, розуміння змісту найпростіших чи більш складних запитань, швидкість, силу і ступінь виявлення зворотних мовних, емоційних і поведінкових реакцій. Використовують прийоми загальносоматичного, неврологічного дослідження: стан безумовних рефлексів, загальний стан, дані ехоЕГ, РЕГ тощо.

Цілеспрямовано задаючи питання, дізнаються, наскільки послідовно хворий викладає пережиті події, наскільки розповідь відповідає тому, що відбулося в дійсності (враховуючи дані суб'єктивного та об'єктивного анамнезу). Для оцінки самосвідомості можуть бути використані експериментально-психологічні тести, зокрема, методика самооцінки

Дембо-Рубінштейн, що дозволяє отримати уявлення про те, як хворий оцінює стан свого здоров'я, розумовий розвиток, характер, щастя.

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ**

1. Визначення поняття «свідомість».
2. Структура свідомості. Що таке самосвідомість і свідомість навколишнього предметного світу?
3. Властивості свідомості. Що таке об'єм, зміст, неперервність свідомості?
4. Що таке ясність свідомості? Критерії ясної свідомості.
5. Нейрофізіологічна основа підсвідомих і свідомих процесів.
6. Дайте характеристику сну і його фаз.
7. Проблема підсвідомого у зарубіжній психології.
8. Розкажіть про психологічні захисні механізми особи.
9. Як змінюється свідомість під час сну зі снобаченнями?
10. Як змінюється свідомість при утомі, сонливості?
11. Що таке афективно-звужена свідомість?
12. Як розвивається свідомість дитини?
13. Які існують непсихотичні розлади свідомості?
14. Які бувають психотичні розлади свідомості?
15. Методи дослідження свідомості.

## ЗАНЯТТЯ №8

### ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ І МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОСОБИСТОСТІ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 4 академічні години.

**НАВЧАЛЬНА МЕТА:** вивчити структуру особистості і її індивідуально-психологічні особливості (темперамент, характер), вплив біологічних та соціальних факторів у людей різних вікових груп. Ознайомити студентів із методами психологічної діагностики і основними аномаліями особистості.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната, комп'ютерний зал.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці класифікацій темпераментів, акцентуацій особистості і психопатій, атлас патопсихологічної діагностики, особистісні опитувальники ММРІ, Айзенка, ПДО, комп'ютерні тести психодіагностики особистості, тематичні хвори, тематичний відеоматеріал.

**Особистість** - це індивід, який володіє свідомістю і самосвідомістю, індивідуально-психологічними особливостями, активно пізнає і перетворює навколишній світ відповідно до своїх вимог.

Розрізняють поняття «людина» і «особа». *Людина* - поняття природно-суспільне, це відкрита саморегулююча система з підсистемами від молекулярно-генетичного до соціально-психологічного рівня, і в той же час - це підсистема більш складно організованих систем природи і суспільства.



*Особа* - поняття соціальне, оскільки воно пов'язане не з фізичним буттям людини, а з його конкретними суспільнопсихологічними властивостями.

Процес формування особистості починається з народження індивіда, є складним, суперечливим і продовжується протягом усього життя. Лише серед людей, в умовах нормального розвитку організму, індивід стає особистістю. Це відбувається в міру засвоєння соціального досвіду в усіх його проявах: засобів і знарядь виробництва, духовної культури, засобів чуттєвого пізнання, абстрактного мислення і т. ін.

Фактори, які впливають на формування особистості: природно-географічне середовище, навчання, виховання, самовиховання, активна трудова діяльність, взаєстосунки з іншими людьми, задатки.

### **ВІКОВІ ПЕРІОДИ І КРИЗИ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ**

Кожен стабільний період розвитку особистості характеризується:

1) показниками соціального розвитку (форми взаємовідносин з навколишнім світом);

2) показниками провідної діяльності - ПД (той тип діяльності, який найбільш плідно впливає на розвиток особистості у даний період);

3) показниками основного психічного новоутворення - ПН (виникнення нових якостей і властивостей особистості). Перехід від одного стабільного періоду до іншого відбувається через кризу.

У дитячому віці особистість тільки починає формуватися, але основні риси характеру проявляються досить чітко (доброта, жадоба, лінь). Психічні функції нестійкі, залежать від задоволення біологічних потреб. Виражений егоцентризм.

1. Період від народження до 1 року: ПД - емоційне спілкування з дорослими. ПН - початок формування усіх психічних процесів: моторного, сенсомоторики, пам'яті, уваги, сприйняття і т.ін. Криза першого року

життя - початок формування усіх психічних функцій, їх хаотичність, нестійкість, залежність від біологічних потреб та їх задоволення.

2. 1-3 роки: ПД- предметно-маніпулятивна. Виникнення у дитини «Я» і «САМ». Криза трьох років - підвищена рухова активність, самостійність, вередливість і т.ін.

3. 3-7 років: ПД - гра. ПН - підготованість до навчання в школі. Криза семи років - емоційна нестійкість, наслідування поведінки дорослих, боротьба за лідерство і незалежність у дитячому віці.

У підлітковому віці риси особистості обумовлені статевим дозріванням з різкими ендокринними і вегетативними коливаннями, фізичним дискомфортом. Формуються вольові якості, прагнення до самостійності і незалежності від старших, підвищена збудливість, нестійкість, імпульсивність вчинків, демонстративність, прагнення до групування, сенситивність (підвищена чутливість) в емоційній сфері.

4. 7-13 років: ПД - навчальна. ПН - здатність до абстрактного мислення, проявляються вольові якості. Пубертатна криза (12-15 років) - ендокринна перебудова, статевий метаморфоз, прагнення до самовизначення, інтерес до протилежної статі, та ін.

5. 13-18 років: ПД - навчальна. ПН - особистість.

6. Найбільш тривалий період розвитку особистості - зрілість, досягнення найвищого духовного, інтелектуального і фізичного рівня.

Для зрілої особистості характерні:

- розвинуте почуття відповідальності;
- потреба в піклуванні про інших людей;
- здатність до активної участі в житті суспільства і ефективного використання своїх знань і здібностей;
- здатність до психологічної близькості з іншою людиною;
- здатність до конструктивного вирішення різних життєвих проблем на шляху до найбільш повної реалізації.

7. Клімактерична криза (45-55 років) - в'янення соматичних і психічних функцій, психічна неурівноваженість, вразливість, страх за майбутнє та ін.

8. Для пізнього віку властиве зниження працездатності та інтенсивності накопичення нових знань, зміна спрямованості інтересу до праці, побуту і т.ін., звуження кола інтересів. Загострюються риси характеру, знижується якість пам'яті, виникає консерватизм і побічне мислення, підвищується вразливість і підсилюється інстинкт самозбереження. Ступінь змін особистості у людей похилого віку має суто індивідуальний характер і зумовлений рівнем інтелектуального розвитку, видами трудової діяльності, мікросоціальним середовищем і багатьма іншими факторами.

### **ВЛАСТИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ**

1. **Стійкість**, яка дозволяє передбачати поведінку даної особистості в тій чи іншій ситуації.

2. **Єдність особи** як тісний взаємозв'язок усіх психічних властивостей і процесів.

3. **Активність** - прагнення вийти за особисті межі, розширити сферу своєї діяльності (трудової, соціальної), пізнати і змінити навколишній світ, змінити особисту природу (самовиховання).

### **СТРУКТУРА ОСОБИСТОСТІ**

Кожна конкретна особистість має індивідуальну функціонуючу структуру властивостей. Окремі властивості особистості (або риси особи) нестійкі і підлягають змінам під впливом умов життя, виховання, хвороби і т. ін.

Отже, завжди мають на увазі динамічну структуру особистості. У складній структурі особистості виділяють 3 головні сторони:

#### **I. СПРЯМОВАНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ**

**Спрямованість особистості** - це стійка система усвідомлених цілей або мотивів, які свідомо досягаються особою в активній діяльності. Базується на потребах, інтересах, переконаннях, ідеалах, світоглядах, які є факторами спрямованості особистості.

**Потребування** - становище потреби, необхідність в об'єктах (у будь-чому) для існування і розвитку, який виражає залежність індивіда від об'єктивних умов його існування. Розрізняють біологічні (органічні), особисті (психологічні) і надособисті (суспільні) потреби. Потреби складають внутрішню основу особистості. Зовнішні вияви потреб у діях і вчинках складають риси характеру. На основі потреб виникає потяг здійснити волевиявлення, вчинок.

**Цікавість** - це бажання активно пізнати будь-яке явище, цілеспрямована увага до конкретного предмета.

**Ідеал** - це висока мета свідомих активних прагнень особистості (моральна, естетична та ін.).

**Переконання** - це усвідомлена потреба особистості діяти у співвідношенні зі своєю системою цінностей. Сукупність переконань виступає як світогляд людини.

**Світогляд** - це цілісна система поглядів на природу, суспільство і особисту сутність.

Якості спрямованості (К.К.Платонов): рівень, широта, інтенсивність, стійкість, дієвість.

**Рівень** - це суспільна значимість, яка залежить від того, в якій мірі прагнення людини співпадають із суспільними ідеалами. Ця якість пов'язана з моральним обличчям та ідейністю особистості.

**Широта** - вказує на різновид цілей, які людина ставить перед собою.

**Інтенсивність** - показник ступеня усвідомлення, активності і формуванні спонукань, які лежать в основі спрямованості особи.

*Стійкість спрямованості* - це її стійкість у часі, ступінь опору відволікаючим діям. Пов'язана з вольовою якістю людини.

*Дієвість* - ступінь реалізації цілей у практичній діяльності.

Спрямованість особи зовні на оточуючих людей, предмети і події називається *екстравертованістю*. Спрямованість на себе називається *інтравертованістю*. Більшість людей поєднують в собі обидва варіанти з деяким переважанням спрямованості зовні або усередину.

*Типовий екстраверт* компанійський, товариський, має багато друзів, комунікабельний, не любить займатися самотійно. Прагне до яскравих вражень, ризику. Діє під впливом моменту, імпульсивний. Надає перевагу діям, схильний до агресії, буває нестриманим, ненадійним у спілкуванні через поверхневі контакти (стосунки). Екстраверти успішно працюють у напружених, стресових умовах, добре переносять негативні зовнішні впливи, болі, екстремальні температури, зовнішні шуми, схильні до високої швидкості виконання завдань, навіть коли збільшується кількість помилок. Погано працюють в умовах монотонії. Краще запам'ятовують важливий матеріал і легше добувають його з пам'яті. Екстравертованість особи знаходиться в прямій залежності від сили і рухливості нервових процесів і є одним із показників стресостійкості людини.

*Типовий інтраверт* - скромний, схильний до самотності, більше читає книги ніж спілкується з людьми. Близький лише з деякими друзями. Свої дії планує заздалегідь, не імпульсивний. Не любить сильних впливів, серйозний, хоче спокійного, упорядкованого життя. Контролює свої емоції, не агресивний, інколи песимістичний, великого значення надає моральним та естетичним нормам. Інтраверти добре працюють у спокійних, монотонних умовах, краще виконують завдання на уважність, надають великого значення точності і безпомилковості, що призводить до зниження швидкості роботи; мають більш високі показники довгочасної пам'яті. У інтравертів низькі сенсорні (чуттєві) і больові пороги, а тому у

них погана переносимість больових дій і сильнодіючих факторів зовнішнього середовища. Інтраверсія пов'язується з проявленням слабкості нервової системи і більш низькою стресоздатністю ніж екстраверсія.

## **II. МОЖЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ**

**Можливості людини** - психологічні передумови успішності її діяльності (задатки, здібності, схильності):

*Задатки* - це природжені, неспецифічні анатомо-фізіологічні особливості нервової системи і мозку, які складають природну основу розвитку здібностей.

*Здібність* - це індивідуально-психологічні особливості людини, які забезпечують успіх у її діяльності, легкість і швидкість оволодіння нею. Формуються на основі задатків. Розрізняють загальні здібності (добре розвинені пам'ять, мислення, уява), окремі (добре розвинений музичний слух, окомір) і спеціальні (до будь-якого одного виду діяльності), а також елементарні (окомір, уява, аналітичне мислення) та складні (здатність до загальнолюдських видів праці: до ігр, праці, догляду, естетичної діяльності, до ремесла і професійної діяльності).

Розвитку здібностей сприяють знання. Чим вони більш широкі і глибші, тим більше можливостей для творчого підходу до праці.

Рівні розвитку здібностей: дар, талант, геніальність.

*Дар* - сукупність загальних, спеціальних та окремих здібностей, які забезпечують успішну діяльність людини у деякій сфері.

*Талант* - висока ступінь дару, успішно реалізована людиною у якійсь сфері.

*Геніальність* - вища ступінь дару, яка дозволяє зробити дещо принципово нове у тій або іншій сфері діяльності.

**Схильність** - це вибіркова направленість людини на окремий вид діяльності, якою вона займається. Базується на стійких потребах у тій чи іншій діяльності.

### **III. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ ОСОБИ (темперамент, характер).**

**Темперамент** - це природжені динамічні особливості психічних процесів індивіду (інтенсивність, швидкість, темп, ритм).

Темперамент відносно стійкий і мало змінюється під впливом середовища протягом життя. Родоначальники вчення про темперамент - Гіпократ (V ст. до н.е.) та Гален (II ст. до н.е.). Вони створили гуморальну теорію темпераменту, за якою в залежності від співвідношення і превалювання різних «соків» у організмі (кров, слиз, жовч, чорна жовч) виділили 4 основних типи темпераменту: сангвінік, холерик, флегматик і меланхолік.

У своєму вченні про вплив ЦНС на динамічні особливості поведінки І.П. Павлов порівнював темперамент з типом вищої нервової діяльності. Він виділив 4 типових поєднання основних властивостей нервової системи - сили, рухливості і врівноваженості збудливого і гальмівного процесів, які є основою індивідуальних різниць нервової діяльності.

1. **Сангвінік** - рухливий, сильний, врівноважений тип («живий»). відрізняється високою психічною активністю, енергійністю, високою працездатністю, швидкістю та жвавістю рухів, різноманітною багатою мімікою. Намагається часто змінювати враження, багато спілкується, емоції здебільшого позитивні, легко і швидко переживає невдачі.

2. **Холерик** - рухливий, сильний, нерівноважений тип («нестримний»). Характеризується високим рівнем психічної активності, енергійністю дій різкістю рухів, нетерпимістю, різкими змінами настрою.

3. **Флегматик** - інертний, сильний, врівноважений тип («спокійний»). Наділений низьким рівнем психічної активності, повільністю в рухах, невиразною мімікою, утрудненням переключення з одного виду діяльності на інший і адаптації до нової обстановки, переважанням рівного, спокійного настрою.

4. **Меланхолік** - слабкий тип («слабкий»). Має низький рівень психічної активності, загальмовані рухи, стриману моторику і мову, швидко втомлюється. Спостерігається висока емоційна сенситивність, переважають негативні емоції.

Крім темпераменту, І.П.Павлов виділяв природжені чисто людські типи особистості в залежності від превалювання першої чи другої сигнальної системи.

**Художній тип** (правопівкульний, превалює розвиток першої сигнальної системи): відрізняється образним сприйняттям світу, синтетичним мисленням, емоційністю. Для **мислительного** типу (лівопівкульний, превалює розвиток другої сигнальної системи) характерним є аналітичний тип мислення, поміркованість почуттів. Набагато частіше (у 80% випадків) зустрічається **середній** (проміжний) тип особистості з урівноваженою діяльністю сигнальних систем.

**Характер** - це сукупність незмінних індивідуальних психічних особливостей особи, які складаються і проявляються в діяльності і спілкуванні, передбачає типові для неї способи поведінки, ставлення до себе і інших.

Фізіологічною основою характеру є сукупність виявлень типу ВНД і складних незмінних систем часових зв'язків, напрацьованих протягом життєвого досвіду. На характер впливає темперамент. Характер формується під впливом соціального виховання з дитячих років і протягом всього життя. Характер кожної людини залежить від її суспільно-історичної поведінки (певним суспільно-історичним ладом, в якому живе



людина, - соціальним середовищем або макросередовищем) і індивідуального середовища (мікросередовище - сім'я, самовиховання). Характер проявляється в системі ставлень людини до сучасності.

### **ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ХАРАКТЕРУ:**

Єдиної класифікації характеру немає, і ми розглядаємо його за найтипівішими показниками:

1. Ставлення до суспільства (до інших людей) - вміння спілкуватись, замкнутість, колективізм, індивідуалізм, альтруїзм, гуманність, жорстокість, чесність, брехливість, людиноненависть, тактовність, безпринципність, грубість, щедрість, жадібність і т.ін.

2. Ставлення до праці і речей - трудолюбивість, лень, акуратність, почуття нового, консерватизм, недобросовісність, і т.ін.

3. Ставлення до самого себе - цинічність, самозакоханість, егоїзм, скромність, висококультірність, почуття свого «Я» і т.ін.

Параметр порушення критичності до самого себе і до своїх дій є одним із найважливіших критеріїв діагностики психічного здоров'я пацієнта. У пацієнтів із розладами психіки порушення критики може проявлятися у бездумності і неосмисленості поведінки, відсутності розуміння свого стану, тяжкості стану болючості переживань, у відсутності стимулу в оцінці поведінки людини.

4. Прояв вольових якостей - цілеспрямованість, відхілення від поставленої мети, самостійність, схильність до лідерства, мужність, витримка, дисциплінованість, боязнь і т.ін.

Виразними ознаками характеру є дії (свідомі і обдумані), особливості мови, зовнішній вигляд людини, а також її здібності.

Нормальна особистість із гармонійно збалансованими якостями характеру виявляє високий ступінь адаптації до різних умов соціального середовища і адекватної поведінки в них.

### **РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ**

Неблагоприємні умови соціального характеру (неправильне виховання за типом безнадзорності, «попелюшки» або «кумиру сім'ї», «мімозне виховання» і т. ін.), а також спадково-біологічні особливості можуть допомагати формуванню паталогічного характеру, що базується на певному дефіциті гальмівного або збудливого процесів. Такі люди важко, особливо у підлітковому віці, адаптуються у колективі, їх поведінка часто дезадаптивно наносить шкоду успішній реалізації людини.

**Психопатія** (хвороба Ганнушкіна) - це дисгармонійний стан особи, стійка патологія характеру, здебільшого його емоційно-вольової складової, що заважає пристосуванню до повсякденного життя. Центральним і характерним фактором є схильність до незвичної поведінки, різкі зміни настрою без відповідних до того причин, що призводить до порушення соціальних контактів і накладає відбиток на все життя психопата.

**Акцентуїтована особистість** - це межовий варіант норми, коли пригнічення або помітна надмірна перевага окремих рис характеру призводить до вразливості особистості по відношенню до певних психотравмуючих ситуацій при гарній витривалості до інших. Сформувавшись у підлітковому періоді, акцентуації характеру людини з часом стираються, компенсуються.

На основі різноманітних класифікацій (К. Леонгард, П.Б. Ганнушкін, А.Б. Личко) виділяють наступні типи акцентуацій характеру:

1. *Циклоїдний* - зміна фаз з гарного на поганий настрій, які мають різний час тривалості.
2. *Гіпертимний* - постійно піднесений настрій, підвищена психічна активність з жадібністю діяльності і з тенденцією не доводити справу до кінця.
3. *Лабільний* - різка зміна настрою в залежності від ситуації.
4. *Астенічний* - швидке втомлення, роздратування, схильність до депресій і іпохондрії.

5. *Сенситивний* - підвищена вразливість, боязнь, загострене відчуття особистої неповноцінності.

6. *Психастенічний* - підвищена тривога, підозрілість, нерішучість, схильність до самоаналізу, до постійних сумнівів і міркувань, тенденція до нав'язливих, ритуальних дій.

7. *Шизоїдний* - відгородженість, відчуження, інтраверсія, емоційна холодність, відсутність хвилювання про інших, труднощі у встановленні емоційних контактів, відсутність інтуїції в процесі спілкування.

8. *Епілептоїдний* - схильність до злісно нудьгуючого настрою, що проявляється у вигляді люті та гніву (інколи з елементами жорстокості), конфліктність, скрупульозна педантичність.

9. *Застраваючий (параноїдальний)* - підвищена підозрілість і марна образливість, стійкість негативних емоцій, прагнення до домінування, не рахуючись з поглядами інших і, як наслідок, підвищена конфліктність.

10. *Демонстративний (істероїдний)* - виражена тенденція до витіснення неприємних суб'єктові факторів і подій, до брехливості, фантазування і перевтілення, які використовуються для привернення до себе уваги, авантюристичність, марнославство, «утеча в хворобу» при незадоволеній потребі в зізнанні.

11. *Дістимний* - перевага зниженого настрою, схильність до депресії, зосередженість на похмурому та сумному боці життя.

12. *Нестійкий* - схильність легко піддаватися впливу оточуючих, постійний пошук нових вражень, компаній, вміння легко встановлювати контакти, які мають легковажний характер.

13. *Конформний* - надмірна підпорядкованість і залежність від думки інших людей, відсутність критичності і ініціативності, схильність до консерватизму.

Найчастіше зустрічаються змішані форми акцентуації характеру ніж «чисті» типи (істеро-збудливий, нестійко параноїдальний і т. ін.) - тобто проміжні типи.

## **МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ**

Процес самопізнання, самовивчення особистості являє собою невід'ємну частину самовдосконалення і особистого зростання. Це дуже складний процес, який лежить за межами свідомості. Слід пам'ятати, що самопізнання людини здійснюється лише через об'єктивне пізнання іншої людини.

1. Спостереження і бесіда: вивчення біографії, індивідуальна клінічна розмова, аналіз суб'єктивних і об'єктивних анамнестичних даних тощо. В процесі спостереження і бесіди аналізуються особливості біографії хворого, його ставлення до власного характеру: особливості поведінки хворого, його інтонація найчастіше є більш об'єктивним критерієм ніж слова.

2. Експериментальні методи: моделювання певних видів діяльності, ситуацій, деякі апаратурні методики, які вивчають і формують експерименти, психогенетичні методи, що вивчають поведінку особистості в групах і колективах людей різного віку і професій.

3. Індивідуальні опитувальники та інші методи, що базуються на оцінці і самооцінці (ММРІ, опитувальники Кеттелла, Айзенка, ПДО та ін.).

Кожна з методик являє собою стандартизовану анкету, яка складається із речень (питань), з якими досліджуваний може погодитись чи не погодитись. Питання формулюють так, щоб відповідаючи на них, досліджуваний повідомляв експериментаторові про своє самопочуття, про типові форми поведінки у різних ситуаціях, оцінював свою особистість з різних позицій, висвітлюючи особливості своїх взаєностосунків з оточуючими і т. ін. Біографічні опитувальники призначені для виявлення анамнезу життя досліджуваного (наприклад, схема опитування хворого або

написання історії хвороби), з'ясування рівня і характеру формування, переваги професійних інтересів.

Тест Кеттелла ґрунтується на визначенні обстежуваним своїх особливостей, виходячи з висунутих йому протилежних понять: хвальковитий - скромний, самовпевнений - невпевнений та ін.

Тест ММРІ (Міннесотський багатоаспектний індивідуальний опитувальник) містить 562 питання, з яких досліджуваний складає 2 групи: ті питання, які мають і які не мають відношення до особливостей його особи. Тест дає можливість виявити у досліджуваного ледве помітні відхилення у структурі особистості (профілі) за шкалами іпохондрії, істерії, депресії, психопатії, мужності - жіночності, та ін.

Опитувальник Айзенка має за мету діагностувати екстравертованість, інтравертованість, нейтротизм і тип ВНД.

4. Проективні методики: досліджуваний свідомо або несвідомо проектує свої думки, почуття, домінуючі потреби і стани на зовнішні об'єкти (тест Роршаха, тест завершення незакінчених речень, ТАТ, психодрама, тест малювання людини, будинку, неіснуючої тварини, тест Люшера, фрустраційний тест Розенцвейга та ін.).

Тест Роршаха має 10 стандартних таблиць із парами плям вигаданих обрисів. Досліджуваний повинен описати, на що схожі ці плями. Враховується рівень адекватності, оригінальності відповіді, її якість і зміст. Визначають ступінь реалістичності сприйняття дійсності, емоційне ставлення до навколишнього світу, тенденції до занепокоєння, тривожності, ступінь екстра- і інтраверсії, тощо у відповідності зі схемами аналізу.

ТАТ (тематичний аперцепційний тест) складається з 29 картин з певними зображеннями і однієї білої карти, яку дають досліджуваному, щоб він на ній уявив будь-яку картину. Потрібно скласти невеличку розповідь за кожною картиною, де повинна бути пояснена не тільки

зображену сцену, а й що її зумовило, яке її закінчення (наприклад, жінка, яка плаче перед нещільно закритими дверима; молодий чоловік і літня жінка, котрі, як видно із виразів облич та поз, щойно закінчили неприємну розмову та ін.). У даному випадку досліджуваний мимоволі буде зображати героїв розповіді у відповідності зі своїми думками і почуттями.

Тест Розенцвейга має 24 малюнки. На кожному з них зображено людину, яка перебуває у фрустраційній ситуації (фрустрація - зрив, переживання невдачі). Наприклад, один із співрозмовників заявляє: «Він – брехун». У кожному із випадків досліджуваний повинен написати відповідь, яка першою фразою прийшла йому в голову у той момент, коли він перебував у стані фрустрації. На основі аналізу відповідей досліджуваного роблять висновок про ступінь його соціального пристосування.

5. Аналіз документів, узагальнення незалежних характеристик. Позитивною стороною експериментально-психологічних і соціально-психологічних методик є можливість одержання уніфікованих стандартизованих даних, які доступні кількісному аналізу і статистичній обробці. Негативною стороною є деяке звуження опису особистості, недооцінювання якісного аналізу і індивідуальних рис. Оптимальним є поєднання всіх вищенаведених методів дослідження особистості.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Дайте визначення поняття «особистість». Від яких чинників залежить формування особистості?
2. Розкажіть про вікові періоди в кризах розвитку особистості.
3. Які властивості притаманні особистості?
4. Що таке спрямованість особистості і які якості її характеризують?
5. Що таке інтерес, ідеал, переконання, світосприйняття особистості?
6. Яких людей називають екстравертами та інтравертами?
7. Охарактеризуйте основні можливості особистості і фактори, від яких вона залежить.
8. Що таке зріла особистість, в чому її основні відмінності?
9. Характеристика і класифікація темпераменту.
10. Наведіть класифікацію типів особистості в залежності від переваги сигнальних систем.
11. Що таке характер?
12. Перерахуйте основні риси характеру.
13. Дайте визначення психопатії. У чому полягає відмінність між нормальними та психопатичними особистостями?
14. Загальна характеристика і класифікація акцентуйованих особистостей.
15. За допомогою яких методів досліджують особистість?
16. Значення спостереження, бесіди і біографічних методик у дослідженні особистості.
17. Характеристика проєктивних методик дослідження особистості.

## ЗАНЯТТЯ № 9

### ВЗАЄМОДІЯ СОМИ ТА ПСИХІКИ У ЗДОРОВОМУ І ХВОРОМУ ОРГАНІЗМІ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**НАВЧАЛЬНА МЕТА:** ознайомити студентів з теоріями сучасної психосоматики, проблемою неврозів. Вивчити психосоматичні механізми стресу та принципи профілактики стресових захворювань.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбова кімната.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** тематичні хворі, комп'ютерні тестові методики психодіагностики стресу.

*Психосоматика* - це напрям сучасної медицини, який вивчає вплив психічних, у першу чергу особистісних чинників, на виникнення деяких соматичних захворювань, психологічні механізми перебігу хвороб, зв'язки між характером психічного стресового чинника та ураженням певних органів і систем.

У зарубіжній психології та психіатрії під психосоматикою розуміють передусім вивчення походження соматичних захворювань із позицій психоаналізу. Скарги соматичного спрямування за З.Фрейдом ототожнюються з символічною мовою внутрішніх органів, що відображає лібідонозні тенденції («статеву» домінанту), витіснені комплекси. Пригнічення таких неприємних підсвідомих потягів ще більш загострює їх і створює ланцюг шкідливих впливів на організм. Згідно з останніми поглядами зарубіжної психології, усі захворювання людини є психосоматичними.



Дані експертів ВООЗ свідчать, що приблизно 50% стаціонарних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією.

Засновники теорії сучасної психосоматики вважають її як універсальний принцип медицини, обґрунтовуючи тезу про неподільність організму. «Психосоматика є точкою зору, яку можна застосувати до всіх аспектів медицини та хірургії» (Вейс, Енгліш). «Під психосоматичною медициною розуміють лікування розладів, порушень адаптації і, відповідно, вивчення організму, навколишнього середовища та взаємодії між ними» (Б.Франкл). Комітет експертів ВООЗ із психосоматики своїми завданнями зазначає наступне: «... індивідуум - це складна динамічна система, що знаходиться у стані нестійкої рівноваги і реагує на усі зміни як в навколишньому середовищі, так і всередині самої системи. А при захворюванні, тобто при порушенні гомеостазу, порушуються і багаточисельні аспекти всієї системи. Згадуючи психологічні чи фізіологічні процеси, мають на увазі різний підхід до одного і того ж явища. Саме ж явище неподільне. Отже, у цьому значенні немає ні соматогенної, ні психогенні хвороби, а є просто хвороба».

### **ПСИХОСОМАТИЧНІ ВЗАЄМОДІЇ У ЗДОРОВОМУ ОРГАНІЗМІ**

Нормальний взаємовплив психіки і соми найчастіше проявляється за емоційних реакцій, наприклад, при радості, гніві, страхові. Коли людина дуже збентежена, про це свідчить «мова органів»: ми говоримо: «стиснулось серце», «підійшов клубок до горла», «він зблід ..., почервонів..., позеленів від гніву», «від цього у нього звернувся шлунок», «на серці лежить камінь», «аж дихання перехватило», «гора із плечей упала», «волосся стало дибки», «затремтів від страху», і т.д. Ці вирази змальовують соматичні зміни, відповідні до вираженої емоційної реакції: «Внутрішня мова емоцій - це функція органів» (Е.К. Краснушкін).

Вегетативна нервова система, що виступає посередником між центральною нервовою системою і внутрішніми органами, регулятором

усіх життєвих процесів в організмі, «провідником» емоційних станів як у нормі, так і при патології, є «органом вираження афекту». Вісцеровегетативні реакції виникають протягом адаптації у відповідь на слабкі, здавалось би, емоційні стимули, що відповідають навіть надзвичайно тонким інтелектуальним процесам.

Трапляються психосоматичні зрушення і без емоційного компонента. Згідно з теорією І.П. Павлова, психосоматичні реакції можуть виникати за участю першої сигнальної системи, як у прикладі зі зловмисниками, що проходилися з лимонами перед духовим оркестром до тих пір, доки музиканти не припинили гру внаслідок надмірної салівації. Вихідний стимул може бути опосередкований і другою сигнальною системою: наприклад, усний опис лимона повторно викликає уявлення про нього, і відповідну до цього соматичну відповідь.

Фізіологічні зворотні реакції на психічні (пізнавальні, емоційні, інтелектуально-сміслові, вольові) процеси відбуваються безперервно і у різних фізіологічних системах: серцево-судинній (зміни серцебиття і артеріального тиску, звуження і розширення судин, внаслідок чого людина стає блідою або червоніє); дихальній (прискорення чи уповільнення, затримка дихання); травній (посилення чи уповільнення моторики шлунка і кишечника, нудота, блювання, посилення чи припинення виділення слини); статевій (ерекція, люмбрікація та ін.); м'язовій (тремтіння, збудження, ступор та ін.).

Термін «*психосоматика*» вживається в багатьох значеннях. За М. Блейлером, психосоматичні стани поділяють на три типи.

1. ***Психосоматози*** (справжні психосоматичні захворювання) - це хвороби, в етіології яких особливо важливу роль відіграють психологічні чинники і лікування яких має бути спрямоване передусім на їх усунення та корекцію (психотерапія і психофармакотерапія). Найчастіше до цієї групи відносять гіпертонічну хворобу, пептичну виразку, бронхіальну астму,

виразковий коліт, нейродерміт, неспецифічний хронічний поліартрит, інфаркт міокарда, мігрень. Психологічні та поведінкові чинники відіграють важливу роль у виникненні і динаміці й інших захворювань (ендокринних, інфекційних, злоякісних): вони змінюють неспецифічну резистентність організму, але при цьому не являються першопричиною у виникненні захворювання.

**2. Функціональні психосоматичні розлади** - це порушення функцій внутрішніх органів та систем, виникнення і розвиток яких суттєво пов'язані з нервово-психічними чинниками, потерпанням від гострої чи хронічної психологічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості. Вони менш виражені і стійкі. У деяких випадках їх відносять до так званих системних неврозів (застаріле визначення): функціональні кардіальні реакції, заїкання, енурез, невротичні тіки, блювота, діарея, сексуальні порушення, тощо.

**3. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування** (вживається у більш широкому, непрямому змісті). Порушення здоров'я у цих випадках зумовлюється відповідними особливостями поведінки людини, що витікають із певних рис особистості і її переживань. Сюди відносять схильність до травм, ожиріння, алкоголізму, токсикоманій та ін. Наприклад, Буреш узагальнив досвід більш як 70 дослідників і прийшов до висновку, що люди, які схильні до виробничого та побутового травматизму, не володіють такими рисами характеру як дисциплінованість, відповідальність, точність, пунктуальність, ретельність і ін.

Ідея цілісності організму, проблема зв'язку його із навколишнім середовищем здавна розробляється вітчизняною медициною. Е.О. Мухін, М.Я. Мудров, Г.А. Захар'їн, С.П. Боткін, О.Я. Кожевніков, В.М. Бехтерев, А.Г. Іванов-Смоленський, П. Анохін, Д.Н. Узнадзе, О.О. Ухтомський, В.Б. Захаржевський та багато інших видатних вчених із різних позицій

дослідили шляхи «патогенного» впливу чинників навколишнього середовища. І.М. Сеченов заклав основи рефлекторної теорії; І.П. Павлов розробив метод вивчення зв'язків організму із навколишнім середовищем, розвинув ідею нервізму, показав, яким чином центральна нервова система та її найвищий відділ - кора головного мозку «тримає під своїм контролем усі явища, які відбуваються в організмі». Теорія нервізму створила підґрунтя для вивчення ролі різноманітних умов життя у виникненні та розвитку невrogenних захворювань.

Як відбувається трансформація нервових розладів при захворюванні внутрішніх органів, перетворення функціональних розладів їх роботи у патологічні? Різноманітні шкідливі чинники, що є стресовими для конкретного організму, викликають перенапруження коркових адаптаційних процесів у корі мозку, де на тлі загальних динамічних зрушень виникають ніби функціональні вогнища застійного збудження і гальмування, які пов'язані із патологічно фіксованими негативними емоціями у відповідь на наявний чи прихований від свідомості стрес-фактор. Ці явища патологічного застою розповсюджуються на вегетативну нервову систему і тривалий час фокусують у ній певний функціональний стан, згідно з конкретною негативною емоцією. Застійність та інертність може тривалий час зберігатися і після усунення спричинивших її зовнішніх чинників. Патологічний застій певних відділів вегетативної нервової системи, зумовлений корою головного мозку, заважає її нормальній функціональній рухливості, обмежує гнучкість її адаптації до зовнішніх та внутрішніх змін. З'являється вегетативна та метаболічна недостатність, а разом з тим і порушення роботи внутрішніх органів. У залежності від онтогенезу хворого та перенесених ним захворювань місця найбільшої патології і найураженішої фізіологічної функції у кожному окремому випадку інші.

Отже, гострий або хронічний психічний стрес-фактор викликає біологічну адаптацію людини, що еволюційно запізнилася. Виникає *афективне* (емоційне) напруження, яке активізує нейроендокринну та вегетативну нервову систему. Відбуваються зміни судинної системи у внутрішніх органах. Спочатку зміни мають функціональний, зворотний характер, але при тривалому і частому повторенні вони можуть стати органічними, необоротними.

Більшість дослідників психосоматики приходять до висновку, що патогенез соматичних захворювань не може бути пояснений дією одного чинника. Вони перебувають у складній взаємодії і мають свою ієрархію у кожному окремому випадку.

Виникає питання, чому в одних випадках при розладах нервового статусу в майбутньому може виникати захворювання судинної системи, в інших - виразкова хвороба, а в третіх - порушення діяльності ендокринних залоз тощо. Багато дослідників пояснюють цю «вибірковість» тим, що ушкоджений орган (чи система) перебував у передпатологічному стані. «Нервовий удар» тільки сприяє завершенню формування патології «locus minoris resistentiae» - «місця найменшого опору». Є дані про те, що «вибір органа» зумовлений у певній мірі й характером психотравмуючого агента. Сукупність даних вітчизняних та зарубіжних дослідників свідчить про деякі наступні психологічні чинники, що мають значення у виникненні того чи іншого соматичного захворювання:

1). **Бронхіальна астма.** Серед особистісних рис відрізняють істеричні, підвищену іпохондричність, неусвідомлену тривожність. Психопсихіки вбачають у симптомі бронхоспазму символічне відбиття особистісного конфлікту між потребою у ніжності і страхом перед нею; головне значення у розвитку бронхіальної астми має пригнічення матір'ю емоційних проявів дитини у ранньому дитинстві - крику, плачу та ін. Батьківські сім'ї хворих на бронхіальну астму відзначаються стриманістю

у проявах емоцій до її членів; батьки прагнули контролювати та пригнічувати ініціативу своїх дітей, блокувати несанкціоновані емоційні прояви, напади астми тим більш сильні, коли хворий змушений боротися із почуттям гніву відносно до тих авторитетних осіб, хто відмовляє йому у бажаній любові.

2). **Гіпертонічна хвороба.** У профілі особистості хворих знаходять внутрішньоособистісний конфлікт між агресивними імпульсами та потребою бути залежним від значущих осіб, а також так званий «перфекціонізм» - завищений рівень бажань із прагненням до досягнення високої соціальної мети і високих стандартів суспільного життя. Ці риси призводять до хронічного стресу і підвищеної готовності до психосоматичного реагування. Серед домінуючих рис особистості виділяють інтравертованість, емоційну лабільність та істероїдність. В етіології гіпертонічної хвороби значна роль належить конфліктній ситуації, напруженій боротьбі проти чогось, оскільки ця група осіб гірше адаптується до стресових ситуацій, що виникають при зміні стресових стереотипів.

3). **Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда.** Безпосередньо невдовзі перед захворюванням таким хворим притаманні виразний перфекціонізм, мотивація на досягнення високої соціальної мети. Такі люди визначаються квапливістю у веденні справ, нетерплячістю, відчуттям нестачі часу, почуттям високої відповідальності за доручену справу, азартністю. Їм не властиві емоційна лабільність, підвищена невпевненість у собі. Схожий тип характеру отримав назву «стрескоронарний профіль», «тип А» чи «сізіфовий тип», що відображає прагнення утримувати себе у стані безперервного емоційного напруження. Характерним є «занурення у роботу», на все інше просто не вистачає часу: це пояснюється тим, що у ситуаціях, орієнтованих на досягнення вищої мети, у таких людей справи йдуть краще, ніж у сім'ї чи при спілкуванні з друзями.

4). **Виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки.** У преморбіді домінують невпинне пригнічення потреби у залежності із прагненням споживати любов і турботу. Насьогодні виділено 7 профілей особистості, які зумовлюють не лише розвиток виразкової хвороби, але й хронізацію і клінічні особливості її перебігу. До їх складу входять: а) «тиранічний пацієнт» - відрізняється внутрішньою залежністю від оточення і одночасним страхом перед цією залежністю. Як реакція гіперкомпенсації в поведінці у нього виступає прагнення до тиранічного пригнічення оточуючих зі спалахами агресії у випадках невдач; деякі з цих пацієнтів, окрім цього, мають схильність до алкоголізації; б) хворі з психопатичними рисами характеру («неврозом характеру») з компульсивно-депресивними рисами. Їм притаманна схильність «розсіювати» агресивне напруження на оточуючих: глузують з них, висловлюють постійне незадоволення, буркочуть і т.ін. Це спричиняє негативне ставлення до них інших осіб. Така негативна реакція ще більше спонукає у пацієнта проявити агресію, і таким чином формується «хибне коло».

5). **Цукровий діабет.** Виділяють 3 психологічні механізми, що сприяють захворюванню: а) внутрішньоособистісні конфлікти та потреби компенсаторно задовольняються актом харчування (формула: їжа - любов); інтенсивний апетит та схильність до ожиріння призводять до стабільної гіперглікемії, яка, в кінцевому результаті, функціонально ослаблює секреторну діяльність острівків Лангерганса підшлункової залози; б) як наслідок ідентифікації харчів із любов'ю, знищення цієї емоції (її блокування) призводить до переживання стану голоду, що посилюється незалежно від вживання їжі. Формується «гоłodний» метаболізм, який відповідає метаболізму хворого на діабет; в) неусвідомлені побоювання, що трапляються протягом всього життя, призводять до постійного реагування за типом «уникнення-боротьба», що супроводжується

гіперглікемією. Оскільки психологічна напруга адекватно не реалізується, діабет може розвинутися з початкової гіперглікемії.

6). **Виразковий коліт та хвороба Крона.** Серед етіологічних чинників дискутують щодо бактеріальної, вірусної та імунологічної теорій. Але головною психологічною проблемою особистості є *Алекситимія* (від лат. «*a*» - відсутність, «*lexis*» - слово, «*thimos*» - емоції) - обмежена здатність сприймати власні відчуття, у першу чергу тривогу, адекватно виражати їх словами, експресивно їх передавати. Виявлені риси інфантильності, схильність до депресивних реакцій як наслідки пригнічення агресивних імпульсів та емоцій.

На думку П.Сіфнес, алекситимія спадкова, властива певною мірою усім соматичним хворим і загалом визначає пасивно-оборонний стиль поведінки хворих у стресових ситуаціях.

7). **Ожиріння.** Якість та кількість їжі, що вживається, може бути також індикатором психосоціальної позиції. У народів, які багато страждали на голод, їжа нерідко відігравала роль нагороди, її надмірна кількість була ознакою благополуччя і престижу. Прагнення до ожиріння може бути захистом від небажаного шлюбу, від невдач у соціальних стосунках: воно часто спостерігається у людей із незадоволеною потребою у самовиявленні або як компенсація невдалого сімейного життя.

В етіології психогенної хвороби має значення увесь комплекс чинників, які супроводжують патогенну життєву ситуацію; але захворювання внутрішніх органів можуть викликати лише ті чинники, які торкаються діяльності «вісцерального мозку». При цьому один і той же чинник (службова чи сімейна ситуація тощо) може бути психотравмуючим для однієї особи, і абсолютно індиферентним - для іншої. Виникає «хибне коло»: психотравмуючий чинник - дезорганізація коркових процесів - дезорганізація функцій підкоркових утворень - порушення регуляції вегетативно-судинних, обмінних і трофічних процесів, пов'язаних з



підкоркою, - функціональний розлад внутрішніх органів. З іншого боку, імпульси, що надходять з хворих органів у кору мозку, також можуть зумовити її дезорганізацію і функціональний розлад вищої нервової діяльності, а в зв'язку з цим призвести до утворення різних неврозів.

Питання про походження психогенно зумовлених соматичних захворювань тісно пов'язане із проблемою психічних конфліктів і неврозів.

Невроз вважають класичною «хворобою адаптації» внаслідок недостатності механізмів особистісного захисту, коли можуть розвинутися як невротичні розлади, так і інші хвороботворні варіанти дезадаптації, включаючи психосоматози.

Поняття *психічний конфлікт* означає існування одночасно протилежно направлених та несумісних одна з одною тенденцій у свідомості індивіда, між окремими людьми чи групами людей. Протікає з гострими протилежно забарвленими емоціями і часто стає джерелом психічної травматизації.

*Внутрішньоособистісний (внутрішньопсихічний) конфлікт-* стикання приблизно рівних за силою, але протилежно спрямованих мотивів, потреб, потягів та ін.

Нерозв'язний конфлікт мотивів (як і стрес, який неможливо усунути) породжує в кінцевому результаті реакцію капітуляції, відмову від пошукової поведінки, що створює найбільш загальну передумову до розвитку психосоматичних захворювань. Характерно, що такі хворі звертаються до терапевтів загального та вузькоспеціалізованого профілю, відмовляючись визнавати у себе особистісно-психологічні проблеми. Однак психіатри при цьому часто діагностують видиму чи масковану депресію.

Згідно з однією з сучасних теорій психосоматики психосоматози є наслідком внутрішнього конфлікту між однаковими за інтенсивністю, але

різнонаправленими мотивами індивіда. Деякі типи мотиваційних конфліктів є специфічними для окремих форм психосоматозів. Так, гіпертонічну хворобу пов'язують із наявністю конфлікту між високим соціальним контролем поведінки і нереалізованим прагненням індивіда до влади. Нереалізована потреба викликає агресивність, проявити яку людина не може внаслідок соціальних настанов. Виразкову хворобу 12-палої кишки пов'язують із несприйнятною для самосприйняття потребою у захисті і заступництві. При цьому спрацьовує психологічний захисний механізм подвійного витіснення: витісняється не лише неприйнятний для свідомості мотив, але й викликана цим тривога та відповідна поведінка, що призводить до хвороби.

**Міжособистісний (ситуаційний) конфлікт** - конфлікт індивідуума із зовнішньою ситуацією чи оточуючими людьми. Часто є етіологічним чинником розвитку психогенних короткочасних і тривалих порушень.

Конфліктна ситуація занурює людину у емоційний стрес, що у разі надлишково сильної чи тривалої травмуючої ситуації може призвести до:

- активації антистресорних систем організму із досягненням повної резистентності і формуванням витривалості до стресора;
- розвитку неврозу;
- розвитку соматовегетативних розладів з виходом до психосоматичної патології;
- до розвитку неврозу у поєднанні з вираженими соматовегетативними розладами.

**Невроз** - це психогенне (конфліктогенне) захворювання, нервово-психічний розлад особистості, викликаний психотравмуючою дією насамперед психологічних чинників. Йому властиві:

- 1) специфічність клінічних скарг, які відображають емоційно-афективні та соматовегетативні розлади: нестійкий настрій із переважанням гарячковості (запальності) чи сльозливості, підвищена фізична і

- психічна втомлюваність, порушення працездатності, зниження пам'яті, ефективного мислення, неухважність, порушення сну, і т.ін.;
- 2) здатність до повного зворотного перебігу виявлених розладів незалежно від їх тривалості;
  - 3) чітко психогенна етіологія захворювання, що відображає особливості особистості хворого та патогенної конфліктної ситуації.

Для виникнення і характеру перебігу неврозів головне значення мають особливості виховання і взаємовідносин дитячо-підліткового віку, в якому закладається і формується «невротичний конфлікт» - протиріччя між особистістю і значущими для неї сторонами життя, які особистість не в змозі продуктивно і раціонально розв'язати. Головною умовою є порушення взаємовідносин з оточенням, у першу чергу - з батьками. Невротичний конфлікт супроводжується хворобливо-тяжкими переживаннями невдачі, незадоволенням потреб, недосягненням життєвої мети і т.ін. На перший план висувуються порушення емоційної сфери, які тягнуть за собою й фізіологічні зрушення із формуванням хворобливих (невротичних) симптомів, які загострюються у конкретних психотравмуючих для даної особистості ситуаціях. Виникнення та перебіг неврозів зумовлені широким колом біологічних, психологічних та соціальних чинників. Основні невротизуючі фактори: інформаційне перевантаження (нестача часу у поєднанні з високою мотивацією засвоєння великої кількості інформації), нерозв'язні міжособистісні конфлікти (між подружжям, колегами, сусідами), нерозв'язні міжособистісні конфлікти (зіткнення несумісних, суперечливих, однакових по силі, але протилежних за направленістю потреб).

Виділяють три основні типи *невротичних конфліктів*, що відповідають трьом головним формам неврозів (*істеричному, неврастенічному та obsесивно-фобічному*). Окрім того, ще І.П. Павловим доведено, що розвиток найрозповсюдженіших неврозів пов'язаний із

порушенням сили та лабільності нервових процесів (збудження і гальмування), а також рівноваги між першою та другою сигнальними системами. Істеричний конфлікт розвивається переважно у осіб з переважанням 1-ї сигнальної системи і характеризується завищеним рівнем претензій через переоцінку реальних умов та нездатності гальмувати бажання, що не відповідають цим умовам. Обсесивно-психастенічний - властивий особам із переважанням 2-ї сигнальної системи і відображає протиріччя між бажанням та обов'язком. Неврастенічний конфлікт властивий особам змішаного типу сигнальних систем і відображає невідповідність між можливостями, прагненнями особистості та завищеними вимогами до себе.

Клінічні форми неврозів є фіксованими особливостями хворобливого сприйняття і переробки життєвих труднощів (Б.Д. Карвасарський).

Усім психогенним захворюванням властиві (В.М. Мясіщев):

- 1) зв'язок з психотравмуючою ситуацією;
- 2) наявність мотиву захворювання (патогенетичного);
- 3) відображення у клінічних проявах захворювання преморбідних особливостей особистості;
- 4) залежність терапевтичного ефекту від розв'язання психотравмуючої ситуації.

В.Б. Захаржевський вказує, що незважаючи на присутність у клініці неврозів та психосоматичних захворювань однакових компонентів - психогенного і біологічного - їх співвідношення між собою відрізняються. При неврозах головна роль належить психогенному чиннику і додаткова - факторам ризику; при психосоматичних захворюваннях специфіка хвороби визначається біологічними чинниками, а психогенні фактори відіграють вирішальну (ініціюючу) роль.

### **ФІЗІОЛОГІЯ ПСИХІЧНОГО КОНФЛІКТУ.**

У нинішні часи неврози поєднуються із соматичними захворюваннями. Особливу роль при цьому відіграють негативні емоції у фізіологічному їх розумінні. Вивчення емоцій дало змогу зрозуміти мозковий механізм, який робить різні життєві обставини патогенними. За теорією П.А. Анохіна «надмірні хвилювання чи емоційний стрес лежать в основі майже усіх гіпертензивних станів. Це стосується загального судинного русла, судин серця, моторики шлунково-кишкового тракту - постачальника кардіоспазмів, пілороспазмів та інших форм спастичних станів, дерматозів, широкого спектру вісцеральних розладів і взагалі тієї величезної категорії захворювань, які отримали невизначену назву вегетативних неврозів».

Емоції формуються внаслідок широкого синтезу усіх сигналів, що надходять до центральної нервової системи за участю як кори, так і більшою частиною підкоркових утворень. Негативні емоції, виступаючи у якості патогенного чинника, мобілізують адренергічну систему («адреналінова туга»). Розвиток негативних емоцій супроводжується напруженою роботою деяких «вегетативних компонентів»: серця, судин, кишкового тракту та ін. Усе це - прояв реакції адаптації, що мобілізує клітини кори головного мозку. Утворення підкорково-коркового емоційного комплексу за своїм значенням є центральним у емоційному житті людини: він не тільки запускає усі ті нейропсихологічні утворення, які були пов'язані з аналогічним подразником у минулому, але й втягує до своєї орбіти нові коркові зв'язки. Так розвивається новий «застійний процес», що утворює сітку багаточисельних «корково-підкоркових циклічних взаємодій». З повторенням негативних емоцій це хибне коло стає дедалі стійкішим, міцнішим і домінуючим відносно інших видів корково-підкоркових реакцій. Поступово «корково-підкорковий комплекс» виходить з-під регулюючого впливу кори і триває повністю підсвідомо. Емоційне напруження знаходить своє відображення у різноманітних

змінах діяльності організму: вегетативних функцій (серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання) та фізичних компонентів (мова, міміка, рухи). На деякі компоненти може впливати воля - пригнічувати чи посилювати (мова, вираз обличчя, рухи тіла), але на вегетативні реакції людина не може впливати. Оскільки усі вегетативні прояви наявного емоційного стану мають реалізуватися, то емоція, котра не проявилася у формі зовнішньої реакції людини (пригнічена волевим зусиллям), знаходить своє відображення у реакціях внутрішніх органів. При цьому гальмування одних компонентів емоційного комплексу призводить до посилення інших його проявів. За стриманої зовнішньої реакції людини цю емоцію «переживають» внутрішні органи. «Патогенна властивість конфліктних емоційних станів виражається саме у тому, що два можливих вибори поведінки, не вирішуючись на периферичних шляхах, тобто у певному впливові, взаємно індукують один одного і можуть значно підвищити рівень збудливості кожної з емоцій, що борються. Але трагедія людини полягає саме у тому, що розраховується за цей конфлікт серце, судини, кишковий тракт та ін.» (П.А.Анохін).

Відповідно до зростання негативних емоцій, гіпоталамус й ретикулярна формація стають певним чином епіцентром, котрий підвищує збудливість як у висхідному, так і нисхідному напрямках. При цьому розвивається гіпертонус адренергічної системи, що супроводжується збільшенням надходження до кров'яного русла адреналіну, норадреналіну, АКТГ: так дестабілізація корково-підкоркових співвідношень доповнюється змінами гормональної системи. Як наслідок, афективні подразники викликають нове підвищення напруження емоційного комплексу на зразок домінантного стану. Особливо яскраво патогенний вплив негативних емоцій проявляється у змінах серцево-судинної системи.

Відомо, що здоровий організм має високу здатність до саморегуляції. Проти стресорів, які викликають відхилення тієї чи іншої функції, організм

висуває захисні пристосування, які зазвичай у сумі перевищують силу стресорних умов. Так, впливу пресорних чинників у організмі протиставлені депресорні сили. Але хронічний вплив негативних емоцій стійко підвищує рівень кров'яного тиску, призводячи до того, що гіпертензивно впливаючі фактори будуть переважати за силою над ефектом депресорних механізмів.

Отже слід підкреслити, що в усій системі хибних зв'язків, які спричиняють формування деяких неврогенних захворювань (гіпертензивних станів), вирішальне значення має «емоційна гіпертензія». Таким чином, ефективною профілактикою є спрямування виникаючих емоцій у безконфліктну корисну діяльність із будь-якою позитивною метою. Нераціональним та патогенним є прагнення стримати емоції, настільки ж шкідливою є звичка довільного випуску емоцій назовні. Слід «розряджати» емоції методами, корисними для постраждалого і одночасно нешкідливими для оточуючих. «Необхідне виховання емоцій, які ... як фізіологічний феномен так само піддаються вихованню і тренуванню, як і наші м'язи» (А.П. Анохін). Соціальна зумовленість неврозів, їх залежність від впливу зовнішнього середовища робить досить реальною профілактику цих захворювань.

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ**

1. Що вивчає сучасна психосоматика?
2. Зв'язок психосоматики з концепцією З. Фрейда та неофрейдизмом.
3. Нейрофізіологічні механізми психосоматичних взаємостосунків.
4. Класифікація психосоматичних станів.
5. Роль вітчизняних вчених у розробці ідеї цілісності організму і зв'язку із зовнішнім середовищем.
6. Вплив стресу на виникнення психосоматозу.

7. Охарактеризуйте преморбідні риси особи і психосоціальні чинники основних психосоматичних захворювань (бронхіальної астми, гіпертонічної хвороби, ІХС, виразкової хвороби та ін.).
8. Що таке психічний конфлікт, які існують його різновиди?
9. Значення внутрішньоособистісного конфлікту у виникненні психосоматичного захворювання.
10. Перерахуйте можливі реакції людини на стрес.
11. Визначення, етіологія, патогенез неврозу.
12. Вклад І.П. Павлова у вивчення проблеми неврозів.
13. Що таке невротичний конфлікт, умови розвитку та класифікація основних невротичних конфліктів.
14. Які загальні особливості психогенних захворювань?
15. Що таке «емоційний комплекс»?
16. У чому суть емоційної гіпертензії?
17. У чому полягає суть психопрофілактики при «емоційній гіпертензії»?



## **ЗАНЯТТЯ № 10**

### **СУБ'ЄКТИВНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ХВОРОБИ. ПСИХОЛОГІЯ ХВОРОГО ПРИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ.**

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**НАВЧАЛЬНА МЕТА:** вивчити основні положення про вплив соматичного захворювання на психічні процеси, особливості психіки при деяких соматичних захворюваннях, загальні реакції особи на хворобу. Навчитися визначати характер реакції на хворобу, психотерапевтично поводити себе з соматично хворими. Вивчити принципи виникнення і профілактики патологічних реакцій на соматичне захворювання.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната, соматичний стаціонар.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** тестові методики (особистісні тести, методика ТВХ), тематичні хворі.

Уся історія медицини свідчить про тісний взаємозв'язок самопочуття не лише з соматичним, але й психічним станом. Кожний момент психічних процесів відтворюється у соматичних відчуттях і процесах як у здорової, так і у хворої людини. Наприклад, страх - відчуття певної небезпеки, зла, яке «загрожує знищити моє почуття самого себе» (Гегель), не випадково завжди асоціюється з відповідним досить обтяжливим фізическим станом. Страх - це не лише журливе тремтіння душі, але й гаряче чоло з краплинами поту, вологі, липкі, зазвичай руки і неприємне відчуття

задухи. Арабські лікарі розпізнавали недомагання закоханого за зміною пульсу, перераховуючи вголос спочатку назви усіх кварталів в місті, потім вулиць у кварталі, будинків на певній вулиці і, кінець кінцем, мешканців певного будинку.

Серце здавна розглядають як специфічний орган для вираження емоцій (наприклад, стану тривоги, страху). Встановлено, що вегетативна нервова система виступає в ролі посередника між ЦНС і внутрішніми органами, регулятора усіх життєвих процесів у організмі.

Надто виражені і тривалі емоції змінюють функціонування як організму в цілому, так і його окремих органів. Емоційне напруження часто призводить до загострення соматичного захворювання. Наприклад, виразкова хвороба загострюється завдяки хвилюванням, переживанням, тривозі, заклопотаності, страхам. Окремі симптоми захворювань можуть закріплюватися подібно до умовних рефлексів і під впливом емоцій активізуватися. Наприклад, педіатри не раз спостерігали таке закріплення кашлю після коклюшу.

У соматичних симптомах іноді має місце символічний прояв не лише проблеми, викликані життєвими обставинами, не лише різні внутрішні проблеми особистості, але й патологічні фантазії. Це має назву **конверсійних розладів**. Прикладом цього може бути хвора людина, яка протягом багатьох років страждала від жорстокості чоловіка-алкоголика, і у якої виникли скарги на болі при ковтанні. За цим явищем приховане підсвідоме бажання того, щоб і чоловік не пив, і щоб і в нього виникли затруднення при ковтанні. При багатьох захворюваннях, наприклад, коронарних судин серця, спостерігається складне поєднання патологічних процесів: поряд з соматичними чинниками (гіподінамія, вживання нікотину, надмірне вживання їжі і т. ін.), мають значення особливості особистості, умови життя, деякі види занять.

Хвороба змінює сприйняття і ставлення хворого до навколишніх подій і до самого себе. Змінюються настрої, світосприйняття, поведінка людини, її плани. Порушується звичний ритм життя, праці, відпочинку, сну і стану безсоння. Велика кількість інтероцептивних сигналів заповнює всі інтереси хворого і набуває чималої значущості. Внаслідок хвороби у людини створюється особливе положення серед близьких, інший стан у суспільстві.

До найбільш загальних змін психіки у соматичних хворих відносять обмеження інтересів і відокремлення їх від зовнішнього світу до власних відчуттів, до функцій власного тіла. При цьому відбуваються різноманітні зміни усіх сторін особистості: змінюються афективний настрої, моторика, мова, сприйняття часу у вигляді його прискорення чи сповільнення при відчутті серйозної загрози життю і благополуччю; виникають напливи спогадів, вираженість і деяка нав'язливість яких може бути пов'язана з інтоксикацією. Найтиповіші зміни психологічного стану людини: астенія, страх, тривога, подавленість, роздратованість.

Велике значення має уявлення про власну хворобу, що конструюється з найрізноманітніших відомостей.

Виділяють 4 рівні відображення захворювання у психіці людини, а саме:

- 1) *Рівень відчуття і сприйняття;*
- 2) *Емоційний рівень* - відображає різні типи емоційних реакцій на окремі симптоми, а також хворобу взагалі і її наслідки;
- 3) *Інтелектуальний рівень* - відображає знання людини про свою хворобу, уяву, розмірковування про причини і можливі їх наслідки;
- 4) *Мотиваційний рівень* - відображає певне ставлення людини до хвороби; пов'язане зі змінами поведінки і способу життя, активізацією діяльності спрямованої на повернення здоров'я.

Вираженість, тривалість і якість змін психіки при соматичних захворюваннях залежать від ряду факторів, що визначають реакцію особистості на хворобу. Сюди відносять:

*1. Особливості захворювання:*

- етіологія;
- динаміка (вираженість проявів, темп розвитку і етап захворювання);
- прямий чи опосередкований вплив на діяльність мозку;
- стан психічного і фізичного здоров'я хворого у преморбідний період;
- реактивність організму.

*2. Особливості особистості:*

- вік хворого;
- звички;
- стереотипи реагування на навколишні події;
- освіта, загальна культура, вихованість, моральність;
- елементарна медична грамотність;
- психічне здоров'я;
- уявлення про дану хворобу, що наявні у самого хворого напередодні захворювання;
- особливості вищої нервової діяльності (темпераменту, співвідношення процесів збудження і гальмування);
- вольові якості.

*3. Оточуючі умови і умови, у яких відбувається лікування:*

- ставлення до хвороби рідних, знайомих, колег («суспільний резонанс»);
- характер діагнозу, що повідомляється;
- зміна фізичної повноцінності і зовнішності;
- зміна сімейного і суспільного стану;

- життєві обмеження і позбавлення, пов'язані з хворобою, не обхідність лікування (амбулаторне, стаціонарне, санаторне), операції, і т.ін.

При виникненні захворювання у людини з'являється нова для нього життєва ситуація, при якій він проявляє особливе, змінене ставлення до нових обставин життя і до себе у цих умовах. Це називається **внутрішньою картиною хвороби** або ж **типом ставлення до хвороби**.

Реакції особи на хворобу можуть бути як психопатологічними і проявлятися психогенними тривожно-депресивними реакціями, так і психологічно адекватними переживаннями факту хвороби.

Внутрішня картина хвороби (скор. – ВКХ) у кожного хворого індивідуальна і являє собою сукупність сприйняття емоцій, що пов'язані із захворюванням, уявлень про її характер, перебіг і можливий прогноз. У ВКХ об'єднуються соматогенно обумовлені зміни психіки і ті, які є наслідком психологічного реагування.

А.Є. Лічко із співавт. у останній класифікації типів ставлення до хвороби (скор. – ТСХ) виділив гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожно-фобічний, іпохондричний, неврастенічний, депресивний, апатичний, сенситивний (психастенічний), ейфоричний, істеричний, паранойяльний і дисфоричний варіанти; зустрічаються також змішані типи, наприклад, тривожно-депресивний або ейфорично-анозогнозичний. Із них у соматично хворих найчастіше зустрічаються такі ТСХ:

- 1). **Гармонійний** відрізняється тверезою оцінкою свого стану без перебільшень і недооцінки його. Прагнення у всьому активно допомагати у досягненні успіху від лікування, небажання обтяжувати інших турботами про догляд за собою. У випадку незадовільного прогнозу для одужання - переключення інтересів на сторони життя, які залишилися доступними для хворого.

- 2). **Ергопатичний** – «Втеча від хвороби у роботу». Незважаючи на тяжкість хвороби і потерпання, - надцінне ставлення до роботи, прагнення продовжувати її. Вибіркове ставлення до обстеження, лікування, терапевтичного режиму, зумовлене прагненням будь-якою ціною зберегти професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності.
- 3). **Астено-депресивний** - характеризується емоційною нестійкістю, підвищеною чутливістю до подразників, послабленням потягів до діяльності, відчуттям розбитості і подавленості, пригніченості, песимістичним світосприйняттям. Хворий не вірить в одужання, в ефект лікування. Характерні суїцидальні думки і вислови.
- 4). **Психастенічний** - надмірна стурбованість про можливе негативне враження, яке можуть скласти на оточуючих відомості про свою хворобу. Це побоювання, що оточуючі будуть уникати його, вважати неповноцінним, зверхньо ставитися до нього, розпускати плітки. Побоювання стати тягарем для рідних через хворобу, негативне ставлення з їхнього боку.
- 5). **Іпохондричний** - усі інтереси відходять на задній план, особистість занурюється у хворобу. Повне зосередження на суб'єктивних неприємностях і хворобливих відчуттях, прагнення постійно розповідати про це оточуючим. На їх основі - перебільшення хворобливої дієвості і пошук несуттєвих хвороб. Перебільшення побічної дії препаратів. Поєднання прагнення лікуватися і зневіра в успіхові, вимога ретельного обстеження і боязнь шкоди, болісності процедур.
- 6). **Істеричний** – «втеча у хворобу». Демонстрування близьким і оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою. Вимога виключної турботи - усі повинні кинути усе і турбуватися лише про хворого. Розмови оточуючих швидко

переводяться «на себе». Інші люди, які також потребують турботи, розглядаються лише як «конкуренти». Постійне бажання довести іншим свою винятковість стосовно хвороби.

- 7). **Неврастенічний** - переважає «дратівлива слабкість» зі спалахами раздратованості на першого-ліпшого, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування. Нерідко усе закінчується сльозами і каяттям. Непереносимість хворобливих відчуттів, нездатність чекати полегшення.
- 8). **Апатичний** - повна байдужість до своєї долі, кінцевого результату хвороби, лікування. Пасивна підпорядкованість процедурам і лікуванню. Втрата зацікавленості до життя і всього, що хвилювало.
- 9). **Ейфорично-анозогнозичний** - відображає неухважність до свого здоров'я, невизнання хвороби, благодушно-безпечне ставлення до хворобливих симптомів, можливого незадовільному прогнозу для одужання, порушення режиму лікування, відмови від обстежень, медичних призначень.

**Анозогнозія** - це невизнання хвороби, частіше зустрічається при тяжких соматичних захворюваннях (пухлина, туберкульоз). Здійснюється за допомогою підсвідомих психологічних механізмів захисту особистості: витіснення, заміщення, гіперкомпенсації і т. ін. Хворі або ігнорують захворювання, або ж надають значення менш важким симптомам; пояснюють свій стан і лікуються від тієї хвороби, якій вони надають такого значення. Причиною анозогнозії є неможливість погодитися з дійсним станом справ, неможливість повірити у тяжку небезпечну хворобу, наприклад, психічне захворювання.

Більшість хворих правильно оцінюють захворювання, виконують призначення лікаря і дотримуються режиму. Сильні, врівноважені, психічно зрілі особистості правильно реагують і адекватно оцінюють

захворювання, прагнуть знайти вихід із ситуації, створеної хворобою, здолати її чи пристосуватися до неї.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ДЕЯКИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Багаторічними дослідженнями встановлено найтипівіші зміни психіки при різних соматичних захворюваннях:

**Серцево-судинні захворювання.** При *інфаркті міокарда* - в передінфарктному періоді з'являється відчуття неясності у голові, труднощі в зосередженні уваги, передчуття неминучої небезпеки, тривога, в деяких випадках - ейфорія. У гострому періоді хвороби синдром супроводжується безсонням, спостерігаються епізоди психозу з ілюзіями, галюцинаціями, руховим збудженням, тривога, пригніченість, страх смерті, іноді - анозогнозія, втрата критичності до того, що відбувається, ейфорія. Надалі розвивається стійка іпохондрія, фобії (кардіофобія тощо), астено-депресивні і невротичні реакції, хворі стійко фіксують свою увагу на соматичних відчуттях.

При *гіпертонічній хворобі* найчастіше спостерігається гармонійний, іпохондричний, істеричний або анозогнозичний ТСХ. В подальшому проявляються астенія, гіпомнезія, перепади настрою, плаксивість, іпохондрія, образливість, кардіофобія. Хворим часто властиві нав'язливості, емоційна лабільність з дратівливістю.

При *церебральному атеросклерозі* хворі стають вразливими, необгрунтовано образливими, відзначаються коливання настрою, плаксивість, зниження працездатності, дратівливість, гіпомнезія, а в пізньому періоді - зниження інтелекту.

**Захворювання шлунково-кишкового тракту.** Для *виразкової хвороби* характерні дратівливість, гарячковість і конфліктність, депресія, апатія, фобії, істеричні реакції. Часто трапляється сенситивний тип особистості з переживаннями страху і внутрішньої тривоги. Хворі



шлунково-кишкового профілю часто проявляють роздратованість, образливість, стомлюваність. Вони часто вступають в конфлікт вдома та у лікарнях з персоналом, чим значно затруднюються взаємостосунки з ними. У багатьох пацієнтів розвивається канцерофобія і патологічна впевненість у онкозахворюванні.

**Ендокринні захворювання.** При *цукровому діабеті* спостерігається підвищена дратівливість, виражена астенізація, висока емоційна реактивність, конфліктність, висока вразливість і образливість, явища гіпомнезії. Характерні неврастенічний, сенситивний ТСХ. Хворим властиві неврівноваженість, дисфорії.

При *тіреотоксикозі* розвивається психопатизація особистості з дратівливістю, непосидючістю, суєтливістю, коливаннями настрою, поспішністю у поєднанні з вираженою астенізацією.

*Синдром Іценко-Кушинга* характеризується іпохондричним, істеричним ТСХ. Такі хворі вередливі, емоційно лабільні, конфліктні, порушують лікувальний режим. Апатія, яка виникає при цьому, може змінюватися ейфорією, можливі розлади схеми тіла, деперсоналізація.

**Бронхолегеневі захворювання.** При *бронхіальній астмі* емоційне напруження у хворих сприяє виникненню нападів задухи, і реакція при цьому значною мірою залежить від особливостей нападу. При хронічному перебігу бронхіальної астми характер хворих змінюється за іпохондричним, істеричним ТСХ.

**Шкірно-венерологічні захворювання.** Хворим притаманні відчуття сором'язливості, скутості, особливо з висипанням на відкритих частинах тіла, причому ці відчуття посилюються нездоровим інтересом до них оточуючих. Хворі усамітнюються, стають дратівливими, неврівноваженими. Особливо важко переносять хворобу молоді люди, у яких формуються думки про власну неповноцінність. Венеричні захворювання мають глибоко психотравмуючий характер і викликають у

хворих страх перед прогнозом захворювання, необхідністю тривалого лікування.

**Онкологічні захворювання.** В початковій стадії захворювання з'являється понижений настрій, увага прикута до власних відчуттів, результатів досліджень, часто загострюються риси характеру. Основними скаргами являються астеничні, депресивні, суїцидальні вислови. У термінальній стадії розвиваються розлади свідомості.

**Алкоголізм і наркоманії** являються різновидом так званої «залежної поведінки», головною особливістю якої є прагнення досягнення мети за допомогою хімічних, «психоактивних» речовин. Особистість таких хворих у більшості випадків незріла, з недостатністю соціальної адаптації, особливо помітні труднощі з міжособистісними стосунками. З метою компенсації їх, одні бажають викликати задоволення і ейфорію, інші – розслабитися. Такі люди вдаються до вживання алкоголю чи наркотиків. На II стадії алкоголізму настає алкогольна деградація особистості, для якої характерні брезливість, хвалькуватість, плоский гумор, вульгаризація поведінки, цілковите звуження соціальних інтересів, повна трудова і сімейна дезадаптація, втрата усіх значущих раніше зв'язків і інтересів, егоцентризм, втрата почуття совісті, а також вищих емоцій і вольових якостей, відсутність критичного ставлення до того, що відбувається. Спостерігається поступове зниження інтелекту.

Хворі, що відважуються звернутися за лікуванням до нарколога, проходять через тривалу і болісну боротьбу мотивів і бояться розголошення, глузування. Їм властиві скритність, недовіра, впертість, грубість, алекситимія, що необхідно враховувати при спілкуванні ними.

## **ПСИХОЛОГІЯ ПОМИРАЮЧИХ ХВОРИХ**

Психологічні особливості помираючих хворих входять до предмета вивчення *танатології* - науки про вмирання. Нині прийнято виділяти 5

стадій психічного стану, через які проходять пацієнти, що помирають від невиліковного захворювання:

1. Стадія відмови, несприйняття трагічного факту. Домінують вислови: «Тільки не я», «не може бути», «це не рак» тощо. Заперечується факт смертельного захворювання, зростає тривога, пацієнт активно обстежується у різних спеціалістів, використовує будь-які методи лікування, можлива анозогнозія.

2. Стадія протесту: «Чому саме я? У мене ж ще стільки справ» і т.ін. Ця стадія дуже важка для хворого і його родичів. Вони часто звертаються до лікаря з запитаннями, скільки ще залишилося жити. Прогресують реактивна депресія, виникають суїцидальні тенденції. На цьому етапі дуже важлива допомога психолога, підтримка членів сім'ї.

3. Прохання про відстрочку. У цьому періоді відбувається сприйняття істини і того, що відбувається, але «не тепер, ще трошки». Більшість, навіть раніше невіруючі пацієнти, звертаються подумки до Бога.

Перші три стадії складають *період кризи*.

4. Реактивна депресія, яка поєднується з почуттям провини, образи, горя. Хворий розуміє, що помирає, жалкує про свої негативні звички, образи. Але він вже готовий прийняти смерть, закінчив усі свої земні турботи, заглибився у себе.

5. Прийняття власної смерті. Пацієнт отримує мир і спокій. Втрачає інтерес до оточуючого, внутрішньо зібраний і знаходиться у полоні своїх думок, готуючись до неминучого.

## **НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Іноді хвороба заходить так далеко, що людина стає повністю залежна від неї. І вже не лише не може, але й не хоче від неї відмовлятися, не бажає лікуватися. Формується специфічна хвороблива життєва позиція, для

подолання, перебудови якої необхідна кваліфікаційна допомога як терапевта, так і психотерапевта.

Згідно теорії стійких патологічних станів (П.К. Анохін, Д.Н. Узнадзе, Н.П. Бехтерева), хвороба, як патологічна форма адаптації організму до надмірних для нього навантажень, при певних умовах рефлекторно закріплюється у матрицях довготривалої пам'яті. Механізми довготривалої пам'яті («досвід хвороби»), які при нормі звільнюють нас «від необхідності увесь час думати, з якої ноги піти», тепер призводять до різкого обмеження можливості повернення до нормальних, здорових адаптивних стереотипів. Відбувається неусвідомлена перебудова центральної нервової системи і цілого ряду функцій внутрішніх органів. Формується «установка на хворобу» чи «воля до хвороби», що неминуче призводить до фізіологічної трансформації функціональних порушень внутрішніх органів у незворотні, органічні. Найтяжчим результатом є «моральна капітуляція» людини, що «віддає себе хворобі».

Незалежно від того, яка із соматичних хвороб набуває хронічного характеру, це завжди є результатом дії психосоматичного «порочного кола», що містить у собі психологічний (особистісні передумови), середовищний (сімейна, службова ситуації, екологічні, матеріально-побутові фактори) і біологічний (стать, вік, спадкова здатність за певних умов набути недостатність функції того чи іншого органу, преморбідний запас здоров'я, вегетосоматичний стереотип адаптації, перенесені захворювання і т. ін.) компоненти.

У хронічно хворих відбувається перебудова інтересів до внутрішніх відчуттів. Необхідність часто тривало знаходитися в стаціонарі змінює звичні ритми життя, праці і відпочинку, сну і безсоння. У світосприйнятті починає домінувати значущість інтероцептивних відчуттів. Відбувається значна перебудова вартісної ієрархії особистості, внаслідок «особливого стану хворого» характер стає дисгармонійним (психопатизація або

невротизація характеру). Знижується основний фон настрою, наступає замкнутість, «відгородженість», тривожність. Часто виникають надмірні емоційні реакції на зміни болів, на різні негативні психологічні впливи у вигляді розгубленості, тривоги, страху, відчаю, різких афективних спалахів. Більшість таких хворих вразливі, навіювані і насторожені. Починають переважати підсвідомі психологічні захисні механізми особистості. Лише іноді спостерігається гармонійна ВКХ. У мові часто домінують стійкі іпохондричні ідеї. Зміни характеру часто заважають чи утруднюють одужання, призводять до інвалідності, створюють конфлікти у лікувальних установах, викликають негативне ставлення до пацієнтів, оточуючих.

Тактика психотерапевтичної роботи з хронічно хворими повинна бути спрямована на:

- створення психологічної установки на здоров'я;
- пошук і створення емоційно високозначущих нових, конструктивних стереотипів поведінки у стресових ситуаціях для даної особи;
- досягнення зацікавленості у підвищенні вольових здібностей, спрямованих на повноцінне, здорове життя.

Велике значення мають державні програми профілактичної медицини, спрямовані на формування у людини відповідальності за своє здоров'я.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Як впливають емоції на соматичний стан людини?
2. Які розлади називають конверсійними?
3. Охарактеризуйте найбільш загальні зміни психіки у соматичних хворих.
4. На яких рівнях відбувається відображення захворювання у психіці людини?
5. Від яких факторів залежать особливості реакції особистості на хворобу?
6. Що таке внутрішня картина хвороби і які бувають типи ВКХ?
7. Дайте характеристику основних типів ставлення до хвороби.
8. Що таке анозогнозія і які механізми її виникнення?
9. Які зміни психіки відбуваються при серцево-судинних захворюваннях?
10. Зміни психіки при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.
11. Особливості психіки онкологічних хворих.
12. Психологічні особливості хворих ендокринологічного профілю.
13. Дайте психологічну характеристику хворих на бронхіальну астму.
14. Розкажіть про психологічні аспекти хворих на алкоголізм і наркоманію.
15. Психологічні особливості невиліковно хворих. Стадії помирання.
16. Психологічні особливості життєвої ситуації хронічного хворого і тактика поведінки з ними лікаря.

# ЗАНЯТТЯ № 11

## ЛІКАР, ХВОРИЙ, ДІАГНОЗ: ПСИХОЛОГІЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомити студентів із психологічними особливостями процесу встановлення діагнозу; навчити психологічним прийомам для досягнення оптимального контакту лікаря із хворим при створенні історії хвороби.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбова кімната, стаціонар психіатричного відділення.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** схема написання історії хвороби, тематичні хворі, тематичний відеоматеріал.

*Діагноз* - це лікарське заключення щодо сутності хвороби і стану хворого, яке відображається у загальноприйнятній медичній термінології та ґрунтується на різнобічному систематичному вивченні хворого.

Сучасний діагноз повинен відповідати цілому ряду вимог. Передусім він має бути загальнозрозумілим і в той же час індивідуальним у кожному конкретному випадку, відображати особливості перебігу захворювання і особливості особистості хворого. Він має бути сформульований так, щоб його структура містила вказівку на прогноз захворювання і відповідала вимогам лікарської експертизи.

Здатність знаходити специфічні закономірності у складному патологічному процесі - це одна із форм пізнавальної діяльності людини, до якої можна застосувати усі загальні закони пізнання. Правильне діагностування є найбільшою цінністю у роботі лікаря, а також активним

пізнавальним, цілеспрямованим, творчим процесом. Саме ця форма інтелектуальної роботи лікаря називається *клінічним мисленням*, а розвинуте клінічне мислення досвідченого спеціаліста є одним із найважливіших компонентів «майстерності лікаря».

Необхідність виявити та проаналізувати всілякі різноманітні відомості, вибрати із них суттєві для побудови логічно обґрунтованої діагностичної схеми, при цьому враховуючи й індивідуальні особливості хворого, історію та умови життя, в найкоротший строк виробити на цій основі план лікарської тактики - уся ця складна інтелектуальна робота є творчим підґрунтям лікарської діяльності.

Хвороба - явище не статичне, а динамічне: на кожній стадії її розвитку по-різному поєднуються фізіологічні захисні і деструктивні явища, змінюються особливості регулюючих механізмів, і тому в клінічній картині можуть зустрічатися симптоми та синдроми, більш характерні саме для даної стадії хвороби. Протягом процесу діагностики лікар накопичує певні факти, збирає дані про хворобу, виділяє її ознаки, аналізує отриману інформацію, синтезує, порівнює, узагальнює, робить певні висновки (формулює діагноз) і керується ними у практичній діяльності - організаційній, лікувальній, профілактичній. На цьому етапі знову перевіряється правильність діагнозу, котрий уточнюється, доповнюється, переглядається на якісно новому рівні. Таким чином, після формулювання діагнозу процес установлення хвороби не закінчується, а перевіряється і коригується практикою. Відоме правило: «Хто добре діагностує - той добре лікує».

Слід пам'ятати, що завершальним етапом діагностичного процесу є перехід від діагнозу хвороби до діагнозу пацієнта. Загальна діагностична схема, на якому б рівні вона не була створена, непридатна для практичної діяльності, оскільки хвороба у кожного окремого хворого перебігає



атипово, з тими чи іншими відхиленнями від усередненого, абстрагованого, типового її опису.

Для кожного захворювання соматичного, неврологічного чи психіатричного профілю створені та успішно використовуються логічні схеми (алгоритми) побудови діагнозу, які вивчаються на кожній клінічній кафедрі окремо. Але не завжди зважають на універсальні психологічні механізми, які можуть полегшувати, ускладнювати або ж перекручувати діагностичну картину протягом спілкування лікаря та хворого.

### **СХЕМА ПРОВЕДЕННЯ СПІВБЕСІДИ ІЗ ХВОРИМ:**

1. Вислухати скарги хворого.
2. Зібрати інформацію про анамнез захворювання і життя.
3. Послідовно розпитати та обстежити органи і системи.
4. Надати хворому попередню інформацію щодо характеру його захворювання.
5. Аргументувати проведення необхідних лабораторних та клінічних досліджень.
6. Надати інформацію про існуючі оптимальні способи лікування.
7. Надати хворому можливість задавати питання.
8. Визначити індивідуальну тактику лікування.
9. Пояснити механізми дії та способи вживання медикаментів.
10. Попередити про можливі небажані ефекти.
11. Підвести резюме співбесіди, метою якого є створення у хворого відчуття психологічного комфорту.

На якість лікувально-діагностичного процесу можуть впливати такі психологічні фактори:

### **З БОКУ ХВОРОГО:**

1. Особливості особистості хворого у преморбідний період: в залежності від сили, рухливості, урівноваженості процесів вищої нервової діяльності, характеру та інших функцій психіки необхідно по-різному

проводити опитування хворого, прогнозувати динаміку хвороби, призначати лікування.

2. Нинішній емоційний стан хворого: побоювання, фантазії, надцінні реакції, проєкції та інші підсвідомі захисні механізми можуть не тільки спотворювати картину захворювання, а й бути головними у клінічній картині.

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

4. Урахування анамнестичних відомостей (залишки минулого впливають на сучасне). Цікавлячись історією життя та хвороби, лікар визначає вплив мікросоціальних, психогенних, спадкових чинників, прагне виявити основні та другорядні передумови патології, з'ясувати обставини, що призвели до переходу чинника у хворобу. Великий вплив справляє минулий досвід хворого - позитивний чи негативний (що хворий побачив, почув та прочитав про захворювання).

5. Взаємовідношення психосоматичного та соматопсихічного компонентів. Серед складових синдромальних картин хвороби ознаки соматичного здоров'я постійно співіснують із симптомами зміненої психіки. Кожна окрема хвороба, крім типових для неї клінічних проявів, завжди супроводжується більш чи менш вираженими порушеннями психіки хворого, що пояснюється універсальними механізмами порушення вісцероцеребральної (соматопсихічної) рівноваги. Факт зміненої психіки хворого, у порівнянні зі здоровими, завжди слід враховувати лікарю, від початку першого контакту із хворим на амбулаторному прийомі і протягом усього лікувально-діагностичного процесу.

6. Симуляція та диссимуляція. **Симуляція** - вдавана поведінка, за допомогою якої прагнуть створити враження про наявність захворювання та її ознак. Частіше до неї звертаються примітивні особи, у яких її можна

відносно легко виявити. Симулянт завжди прагне до певної користі, яку рано чи пізно виявляють (вихід з неприємної ситуації, отримання співчуття та поліпшеного обстеження, отримання матеріальної користі). Частіше зустрічається **агравація** - перебільшення ознак захворювання та суб'єктивних скарг. Таке перебільшення може бути повністю свідомим, але часом швидше зумовлюється емоційними мотивами більш глибокого походження, наприклад, підсвідомим страхом, недовірою, відчуттям, ніби лікар йому не вірить тощо. **Диссимуляція** - свідоме приховування хвороби та її ознак. Зазвичай, зустрічається у психіатрії, а також при захворюваннях, наслідки яких небажані для хворого (наприклад, тривале перебування у лікарні при туберкульозі, повідомлення про захворювання на сифіліс, можливість оперативного втручання в хірургії).

### **З БОКУ ЛІКАРЯ:**

1. Повноцінне фізичне і психічне здоров'я лікаря.
2. Висока культура лікаря: поєднання якомога більш повної, поглибленої та досконалої освіти і постійного самовиховання із прагненням до активної, продуктивної, корисної діяльності. Для досягнення максимального ефекту своєї діяльності лікар має поглиблювати свої знання та вдосконалювати моральні звички, які повинні переважати аналогічні якості його хворих.
3. Високий рівень професійної підготовки: сумлінний лікар усе своє життя вдосконалює оперативні навички, поглиблює свої знання щодо діагностики, фармакології та лікування. Важливим є принцип колегіальності, який відображає необхідність і цінність співвідношення свого досвіду і знань із досвідом колег.
4. Характер контакту із хворим: враховуючи діагностичні особливості хворого, слід досягти максимальної довіри до себе, від якої буде залежати кількість та об'єктивність скарг і симптомів.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ СПІВБЕСІДИ З ХВОРИМ

Типи взаємодії лікаря і пацієнта:

1. *Керівний (директивний)*: лікар «отримує гору» над пацієнтом, приймає необхідні рішення, повністю керує бесідою, і бере на себе усю відповідальність за одужання пацієнта. Зазвичай, такий стиль домінує у роботі із пацієнтами психіатричної лікарні, у терапії невідкладних станів, при інструктажі.
2. *Наставницький (патерналістичний)*: лікар працює із пацієнтом за зразком співучасті: володіючи тією інформацією, якою не володіє пацієнт, і бажаючи поділитися з ним знаннями. Бере до уваги психологічний тип особистості, тип відношення до хвороби, і допомагає розвинути компенсаторно-адаптивні можливості, ділячись своїми знаннями.
3. *Взаємодії (партнерства)*: пацієнтам - сформованим, зрілим особистостям, що мають достатньо розвинений культурно-інтелектуальний рівень, гармонійну внутрішню картину хвороби, дозволяється самостійно створювати і впроваджувати методи одужання, з урахуванням знань лікаря. При цьому до пацієнта звертаються як до рівного собі.

Потрібно пам'ятати, що лікар із першого моменту контакту із хворим, бажає він того чи ні, справляє певне враження, на якому ґрунтується ефективність усього лікувально-діагностичного процесу. Лікаря завжди завдяки його суспільному становищу, незалежно від усвідомлення ним цього, сприймають психотерапевтично - позитивно чи негативно. Відомим є вислів: «Якщо хворому не стало краще після першої ж зустрічі з лікарем, то це поганий лікар».

Збираючи анамнез, важливо уміти вислухати розповідь хворого, не задаючи запитань; при цьому оцінюються інтелект, пам'ять та рівень розвитку хворого, деякі особливості його характеру, що дозволяє вибрати

тон наступної співбесіди. Через 3-5 хвилин, якщо розповідь малоінформативна та неясна, слід почати задавати додаткові запитання, які треба формулювати логічно і цілеспрямовано, ясно і просто. Мова повинна бути помірного темпу, виразною, із паузами. За підозри, що хворий не зрозумів запитання, його необхідно повторити. Важливими є максимальна концентрація уваги і позитивний емоційний настрій при вислуховуванні хворого (скарг, анамнеза життя і хвороби). У розмові із хворим лікар повинен бути лідером. Слід уміти спокійно, впевнено, врівноважено, правильно і швидко зрозуміти хворого, проблеми, які його хвилюють, його хворобу і вибрати таку тактику лікарської поведінки, яка могла б забезпечити найбільш швидке і повне одужання пацієнта.

Під час співбесіди не слід висловлювати свої попередні діагностичні припущення. Давати поради та рекомендації, робити висновки слід тільки після закінчення обстеження. Тоді слова лікаря набувають особливого значення та переконливості. Ні в якому разі під час співбесіди з хворим не слід обговорювати помилки попередніх лікарів, бо невідомо, чи правильно висловлює суть справи хворий, а також невідомі мотиви, якими керувався лікар. Критикування інших лікарів у жодному разі не додає авторитету собі. При фізикальному обстеженні навіть в умовах масового амбулаторного прийому потрібно показати хворому, що він має справу із досвідченим, тямущим, впевненим у собі лікарем: хворий має відчутти, що йому зробили ґрунтовне, уважне та докладне обстеження. Таким чином, якщо навіть обстеження не додасть нічого до діагнозу, сам факт ретельного огляду дає змогу лікарю впевнено і з чистим сумлінням довести до хворого свою думку, яку сприймуть із довірою. Хворий ніколи не повинен сумніватися щодо діагнозу, побоювань і компетенції лікаря.

Важливо діагностувати, динамічно спостерігати і лікувати хворого одному лікарю. Один лікар глибше і повніше розкриє для себе не тільки особливості розвитку захворювання, але і якості особистості самого

хворого. Внаслідок цього формується єдина система поглядів як на прогноз, так і на лікування цього хворого. Не випадково зараз популярна концепція «сімейного лікаря», оскільки віра у «свого» лікаря, що ґрунтується на глибокому постійному контакті, і відповідно, віра у своє одужання, складає вагому частку лікувального ефекту. З іншого боку, постійна заміна лікаря є ознакою недовіри хворого йому.

Серед факторів, що можуть призвести до помилки у діагнозі, вказують на: «погані звички» лікаря, недостатньо конструктивне мислення, впевненість у безпомилковості свого діагнозу, самовпевненість та пихатість, нерішучість характеру, упередженість думки, поспішність, стомленість, гострі і тривалі конфліктні ситуації, тимчасове і хронічне захворювання лікаря, і навіть такі особливості характеру лікаря, як схильність до песимізму чи навпаки, надмірний оптимізм.

Особливе значення мають якості особистості лікаря. У всі часи особливою довірою користувалися оптимістичні, скромні, правдиві, справедливі, самовіддані, чесні та безкорисливі особистості.

Велику роль відіграє зовнішній вигляд: охайність у всьому, що стосується і одягу, і зачіски, і робочого місця. Хворий зазвичай схильний вважати, що добрий лікар цілком віддає себе своїй професії, і у нього немає ні часу, ані зацікавленості стежити за новинками моди, - лікар, на його думку, має бути одягнений скромно і просто. На основі багаточисельних опитувань хворих людей щодо образу «ідеального» лікаря, виділені наступні 10 якостей, які цінуються найбільше: розум, захопленість роботою, уважність, почуття обов'язку, терплячість, оптимізм, чуйність, інтуїція, доброта, почуття гумору. Цінується особиста привабливість лікаря, що справляє сприятливий психологічний вплив на хворого.

Проблема повідомлення діагнозу хворому відноситься елементарних питань медичної етики - вона завжди повинна вирішуватися індивідуально

у кожному окремому випадку і потребує від лікаря великого такту і вміння розбиратися у людях. Реакція хворого на повідомлення діагнозу може бути такою: а) *дійсний спокій*; б) *уявний спокій*; в) *страх*; г) *паніка*; д) *суїцидальні тенденції* чи навіть *спроби*. По можливості треба розмовляти із хворим його мовою, уникаючи вживання спеціальних термінів, просто. Необхідно уважно стежити, яке враження справляють слова на хворого, наскільки вони зрозумілі, наскільки викривлений зміст, як впливають на сприйняття відомостей побоювання, почуття хворого. Відомий англійський хірург Келан писав: «Будь яким чином уникайте залякуючих діагнозів. Звичайно, хворий може заявити, що він бажає знати всю правду, але пом'якшити правду милосердям - ось гідна практика». Коли мова йде щодо того, аби повідомити хворому діагноз, такт і людяність мають стояти на першому місці. Краще сказати про серцевий напад, аніж про тромбоз коронарних артерій; новоутворення краще, аніж рак; підвищений тиск краще за гіпертонію і нервові головні болі краще, ніж «невроз тривоги». Ці слова не тільки пом'якшувальні, вони і більш зрозумілі.

Уникайте так званих образливих діагнозів. Лікар не повинен повідомляти діагноз, доки не буде в ньому впевненим. Якщо діагноз не підтвердиться, нанесена психологічна травма надовго залишає свій відбиток. Інформуючи жінку у доступній для неї формі про сутність захворювання, акушери та гінекологи повинні в оптимістичному тоні переконувати у сприятливому закінченні пологів чи одужанні від хвороби. Іноді лікарю необхідно спілкуватися із близькими хворого, в інших випадках дійсний стан справ повинен пізнаватися власне хворим, але поступово: «правда має дозуватися невеликими порціями». Багато чого залежить від витривалості хворого, ступеня контакту із лікарем. Незалежно від складності чи банальності захворювання, хворому необхідно сказати хоч декілька слів, оскільки мовчання можуть хибно зрозуміти як небажання лікаря травмувати хворого трагічним

повідомленням. У той же час, контактуючи із родичами та іншими особами і організаціями, що зацікавлені в інформації щодо діагнозу, про стан здоров'я хворого чи відомості про його життя або хворобу, необхідно пам'ятати про обов'язок зберігати лікарську таємницю, який є юридично оформленим і впливає з клятви Гіппократа. У цьому випадку потрібно діяти індивідуально, пам'ятаючи у першу чергу про захист інтересів хворого.

Після повідомлення діагнозу потрібно дати рекомендації відносно життєвого режиму. Найважливішим орієнтиром у виборі режиму є принцип забезпечення умов життя, по можливості максимально наближених до звичних, тобто тих, що передували хворобі. Психологічно набагато легше заборонити, ніж дозволити. Тому до будь-якого обмеження чи заборони слід ставитися критично, так як нерідко вони викликані перестраховкою, рутинною. При визначенні дієти основним принципом є по можливості максимальне наближення до різноманітної, повноцінної та смачної їжі здорової людини. Потрібно пам'ятати, що будь-яке обмеження у дієті не тільки є обтяжливим психологічно, але й може бути небезпечним для здоров'я: якщо вже потрібно звертатися до дієтичних обмежень, то робити це треба на короткий строк, вибірково і з урахуванням динаміки хвороби.

Лікарські призначення повинні бути чітко, визначеними та зрозумілими. Лікар завжди повинен піклуватися про психологічну прийнятність лікування: наслідком поліфармакотерапії може бути несумісність і побічні дії, небагато хворих згодні поглинати пігулки жменями і багато з них просто відмовляються від їх прийому. Таким чином, необхідно вирішувати для себе, які засоби із багатьох придатних (особливо при задовгому діагнозові) у даному випадку більш необхідні хворому, і обмежуватися мінімальною кількістю.



## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Що таке діагноз? Вимоги, які ставлять до діагнозу.
2. Динаміка діагностичного процесу як процесу мислення.
3. Психологічні фактори з боку хворого, що впливають на якість діагностики?
4. Що таке симуляція, диссимуляція, агравація?
5. Які психологічні фактори з боку лікаря впливають на якість діагностики?
6. Основні форми рольової взаємодії лікаря із хворим.
7. Послідовність клінічної бесіди з хворим.
8. Особливості збирання анамнезу у хворого.
9. Які позитивні та негативні властивості особистості лікаря впливають на якість лікувально- діагностчного процесу?
10. Що означає поняття «лікарська майстерність»?
11. Психологічні особливості повідомлення діагнозу хворому.
12. Психологічні особливості лікарських призначень.

## **ЗАНЯТТЯ № 12**

### **ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ ІЗ ПРИРОДЖЕНИМИ І НАБУТИМИ ФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ**

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомити студентів з психологічними переживаннями і типами реагування осіб з вродженими та набутими фізичними дефектами.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** Учбова кімната.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** Тематичні хворі, відеоматеріали.

#### **ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ ІЗ ПРИРОДЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ**

Естетичний критерій відносно власного тіла притаманний будь-якій нормальній людині (М.С.Лебединський), але особливого значення він набуває у осіб, котрі з дитинства належать до так званих «калік». Фізичний дефект таких дітей і підлітків частіш за все зумовлений патологією кістково-м'язового апарату у зв'язку з такими захворюваннями як коксит, спондильоз (частіше туберкульозного походження), травматичні пошкодження рухового апарату, вроджені вивихи (частіше кульшового суглобу) і недорозвиток кінцівки. До фізичних дефектів з дитячого віку призводять такі захворювання нервової системи, як енцефаліт, поліомієліт, наслідки пологових травм та ін., при яких розвиваються моно- або парагеміплегії, а також паралічі.

Незважаючи на різноманітність причин і видів того чи іншого фізичного дефекту, психологія цих хворих має ряд спільних рис і закономірностей.

Спільними рисами є характерологічні особливості, у формуванні яких суттєве значення мають такі фактори:

а) навколишнє середовище (сім'я, дитячий колектив, школа, тобто оточення дитини або підлітка);

б) самооцінка свого дефекту на основі порівняння із фізичним здоров'ям однолітків навколо.

Основного значення у формуванні психіки дитини набувають фактори навколишнього середовища. Навіть при сприятливому та доброзичливому ставленні оточуючих осіб такі діти, і особливо підлітки, емоційно дуже чутливі, вразливі. Незначна образа сприймається тяжко, з реакцією у вигляді агресії або відчуження.

В особистості дитини, підлітка досить часто формуються такі риси, як підозрілість або зневажання своїм дефектом, тобто бравада, як компенсаторна реакція. Поведінка таких осіб проявляється двома варіантами:

а) *активний тип* проявляється у навколишньому середовищі у вигляді вільної поведінки як компенсаторна психологічна реакція особистості;

б) *пасивний тип* - поведінка носить відокремлюваний характер із тенденцією до усамітнення.

Обидва типи поведінки завжди містять елементи інтровертованості, ступінь проявлення цих рис характеру залежить від виду і вираженості дефекту, ставлення батьків, родичів, лікуючого лікаря, педагога, вихователя, які створюють психологічну атмосферу доброзичливості і милосердя, вникають у коло інтересів і потреб дитини, підлітка.

## **ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ ІЗ НАБУТИМИ ФІЗИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ**

Якщо спадкові дефекти виникають у дітей, то набуті частіше мають місце у підлітків і дорослих - фізично і психічно повноцінних осіб. Психологія осіб із набутими дефектами описана в літературі на

контингенті поранених у другій світовій війні з її масовим травматизмом.

За мирних часів причинами набутих фізичних дефектів є:

- а) пошкодження черепа, ока та обох очей;
- б) пошкодження кінцівок із неповною або повною ампутацією;
- в) опіки;
- г) наслідки радикальних операцій при щелепно-лицевій патології та

ін.

Психоемоційна реакція особи на той чи інший вид дефекту залежить від віку, статі, особливостей темпераменту та характеру, соціального статусу, прогнозу працеспроможності, можливості протезування і т.ін. Так, більш емоційно реагують хворі при ампутації руки чи ноги, найбільш пригніченими є хворі з ампутуваними нижніми кінцівками і при втраті зору.

#### **Психологія осіб із набутими дефектами щелепно-лицевої області**

Особливо важко хворі переживають соматичні захворювання, які призводять до виражених змін зовнішнього вигляду: поранення і опіки обличчя із рубцями, тяжкі екземи, нейродерміти. Особливого значення психологічні переживання набувають тоді, коли фізичні дефекти стосуються обличчя. Обличчя відіграє велику роль в тому враженні, яке людина справляє на інших людей, і приймає участь в утворенні власного уявлення про себе.

Спочатку з'являються тяжкі депресивні реакції, близькі до реактивних реакцій (астенія). Потім у хворих з'являються патологічні риси характеру: нервозність, вразливість, шизоїдність, сенситивність. При значному зниженні слуху, рідше зору, виникають паранойяльні переживання (марення туговухих). При затяжних хронічних захворюваннях діагностуються іпохондрична фіксація, істеричні форми поведінки. Характерна **психопатизація** особистості - прогресуючі зміни характеру подібні до одного із типів клінічних психопатій (внаслідок травм,

хронічного соматичного захворювання). Реакція особи на хворобу залежить від віку, статі: у молодих порушуються плани на майбутнє; хворим середнього віку хвороба перешкоджає виконанню задумів; людьми похилого віку хвороба сприймається як неминучий кінець.

Чіткість рухів обличчя складає одне ціле з емоційним станом людини, тому деформація обличчя, позбавлення у зв'язку з цим виразних рухів викликають тяжкі зміни психічного стану потерпілого. Ці люди стають гіперсензитивними, занадто вразливими, бояться виходити на вулицю, з'являється страх привернути увагу оточуючих. Їм важко зустрічатися з людьми, які знали їх раніше, тому такі хворі часто віддають перевагу перебуванню у лікувальному закладі, після виписки намагаються переїхати на нове місце, де їх ніхто не знає.

Виникають особові зміни у вигляді хронічного розладу настрою, стійких змін характеру, зростання збудження, істеричних проявів. Порівняно часто виникають паранойяльні спрямування. Переживання хворого приймають характер «психологічної катастрофи». Емоційний стан навіть у сильної особистості приймає характер депресивного настрою. Розвитку депресивного стану у хворого сприяє втрата надії у нього на повторну операцію з косметологічною метою. У пацієнтів зі слабким зором, слухом розвиваються специфічні особливості особи, які потребують психотерапевтичного підходу. У деяких сліпих розвивається боязнь, пригніченість, вередливість і впертість, з'являються ідеї збитку, в колективі зрячих вони нерідко мало спілкуються.

Сліпі люди виказують побоювання за свою безпеку, і тому нерідко звертаються у поліклініку до лікарів інших професій. У глухих затруднене спілкування з оточуючими, спостерігаються висока дратівливість, плаксивість, підозрюваність. Розмовляючи з цими хворими, необхідно говорити чітко, достатньо голосно, не вести в їх присутності розмов, щоб вони не чули усього, що говорить лікар.

Надбана фізична вада обличчя докорінно змінює психологічний настрій хворого щодо соціально-трудової адаптації і часто призводить до спроб самогубства. Все викладене зобов'язує лікаря планувати до і після операції лікувальну тактику з урахуванням виникаючої перебудови психології хворого.

У спілкуванні з дітьми, які мають фізичні дефекти, необхідні особливе терпіння, доброзичливість, але разом з цим необхідно утримуватись від надмірних ніжностей, не виконувати усі забаганки, примхи дитини. Така поведінка медперсоналу посилює егоїзм, маніпулятивне використання навколишніх.

Якщо дитина наполегливо намагається криком досягти свого, треба спокійно пояснити нерозумність її поведінки, виявити твердість і не виконувати усіх її бажань, не показувати також, що істерична реакція призводить до бажаного. Не слід кричати на дитину, робити різких зауважень.

З дітьми, у яких, особливо у підлітковому віці, виявляється комплекс неповноцінності, замкнутість, небажання контактувати з однолітками, дорослими, шляхом наполегливих, систематичних тренувань слід розвивати вольові якості, стимулювати усі можливі якості особистості, які допоможуть їй досягти максимальної саморегуляції. Це розвиток естетичних здібностей, арттерапія, музикотерапія, бібліотерапія, фізичне виховання в режимі регулярних фізичних навантажень, заняття з логопедом, психотерапевтом і т.ін. На усіх етапах лікувально-відновлюваних і реабілітаційних заходів із хворими усіх вікових груп повинна проводитися психотерапія в різних її варіантах, з урахуванням особистості хворого та його емоційного стану.

## **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:**

1. В чому полягають психологічні особливості становлення особи в нормі - у здорової дитини і підлітка?
2. Які природжені фізичні дефекти більш за все впливають на зміну особистості дитини, підлітка?
3. Які фактори впливають на розвиток особистості у хворих із природженими фізичними дефектами?
4. Дайте характеристику психологічним особливостям осіб із природженими фізичними вадами.
5. Які набуті фізичні дефекти діють на особу найбільш психотравматично?
6. Від чого залежить психоемоційна реакція особи на фізичний недолік?
7. Психологія осіб молодого віку із вираженими змінами зовнішнього вигляду у зв'язку із соматичною патологією.
8. Психологічна реакція людей похилого віку на соматичні захворювання із вираженими змінами зовнішнього вигляду.
9. В чому полягають психологічні особливості осіб із набутими дефектами щелепно-лицевої області?
10. Які фактори найбільш небезпечні для виникнення депресивних та суїцидальних реакцій у осіб з дефектами щелепно-лицевої області?
11. Дайте психологічну характеристику осіб із порушенням зору.
12. Які психологічні особливості взаємовідносин лікаря і осіб із дефектами слуху?
13. Види психотерапії, яка застосовується для осіб із вродженими та набутими фізичними дефектами.

## **ЗАНЯТТЯ № 13**

### **ПСИХОЛОГІЯ ХВОРОГО ДО І ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ**

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити основні принципи деонтології в хірургічній клініці, особливості взаємостосунків лікаря і пацієнта в дитячій хірургії, підготування дитини до хірургічних методів обстеження і лікування, поведінки хірурга з батьками хворої дитини. Навчити встановленню контакту з хворим, який потребує хірургічного втручання, враховуючи певні психологічні особливості, а також з дитиною і з родичами хворих у хірургічному стаціонарі.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбова кімната.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** тематичні хвори, бібліографічні посібники, відеоматеріали.

«Для того, щоби з поля зору хірургії не випали інтереси хворого, аби вона не переступала дозволених кордонів, необхідно постійно пам'ятати про людяність, не забувати про те, що хірург - слуга хворої людини, який розуміє і поважає її. Кожен хірург повинен жити в собі почуття глибокої поваги до особистості хворого» (Рене Леріш).

Мабуть, у жодній галузі медицини роль техніки і практичних навичок не набуває такого значення, як у хірургії.

Зазвичай хірург допомагає хворому операцією, яка здається найбільш доцільним вирішенням проблеми. Оскільки мова йде про врятування



життя хворого, то застосовуються досить складні методи лікування. Часто це призводить до формування атмосфери знеособлення, а в окремих випадках - і до грубого порушення принципів деонтології. Нестача часу і велика кількість операцій заважають формуванню необхідних лікувальних контактів між хірургом і пацієнтом.

Хірургія в пересічному розумінні більшості людей пов'язана з вирізанням, видаленням частини якогось із органів, або цілого органу. Хірургічне втручання є зверненням до світу почуттів і усвідомлень хворого, його уявлень щодо власного тіла. Серед багатьох інших факторів психічна рівновага після операції залежить і від того, чи порушилась ця схема уявлень і наскільки особа є здатною прийняти і «реінтегрувати» новий стан свого тіла після операції (наприклад, після ампутації кінцівки). Хірурги у своїй послідовній практиці повинні керуватися принципами хірургічної деонтології, під котрими маються на увазі сума певних правил поведінки хірурга протягом виконання службових обов'язків, взаємовідносини поміж медичними працівниками, персоналом медичного закладу, хворими та родичами з метою одержання максимального лікувального і профілактичного ефекту.

Особливо складними для лікаря є ситуації, в котрих необхідно вирішувати питання про операцію, коли в роботі персоналу повинна бути особлива чіткість і злагодженість. Слід із розумінням ста до природного страху і тривоги як власне хворих, так і їх родичів. Якщо операція проводиться за плановим порядком, слід по можливості скоротити передопераційний період. Персонал хірургічного відділення не повинен вдаватися до подробиць стосовно операції. В день проведення операції слід подбати про ретельну організацію послідовності дій. Якщо операція проводиться під місцевим наркозом, необхідно дотримуватися максимальної обережності у висловлюваннях хірурга, асистентів і персоналу. У післяопераційному періоді важливим є охоронний режим;

лікар повинен багато спілкуватися з хворим, приділяти увагу боротьбі з больовими симптомами. Якщо операція призвела до інвалідизації чи зневоднення хворого (наприклад, при ампутації кінцівки, оперативних втручаннях на обличчі і т. ін.), необхідно створити для нього захисне психотерапевтичне оточення.

Хірургічна деонтологія - це «Коран» хірурга, його моральне право і відповідальність. Вона заснована на демократичних засадах, передових традиціях вітчизняних вчених і створених ними шкіл.

Лише практичні знання ще не роблять людину добрим лікарем: потрібні й загальнолюдські особисті якості: культура, ерудиція, інтелект, чуйність, чемність.

*Головні принципи вчення про належну поведінку хірурга (Н.І.Пирогов):*

1. Гармонійне облаштування праці, що заснована на розумному розподіленні прав та обов'язків працівників хірургічного відділення з урахуванням їх можливостей, взаєморозуміння одного з одним.
2. Постійне враховування стану психіки хворого для результату лікування, яке проводиться, і психологічна охорона з метою попередження емоційної травми.
3. Узгодження наукових даних і знань щодо різних хвороб із конкретними особливостями кожного хворого, який потребує лікуванню, тобто встановлення найбільш повного індивідуального діагнозу і вироблення обґрунтованого плану лікування.
4. Добросовісне впровадження в життя принципу «хірургія для хворих, а не хворі для хірургії».

Вибір показань та визначення методу операції - одне із складних питань, яке повинне вирішуватися з урахуванням деонтологічних принципів. Небезпека операції не повинна переважати небезпеки захворювання. Необхідно враховувати не тільки сили хворого, як робиться

звичайно, але й можливості хірурга. Остаточне вирішення питання щодо операції хірург повинен прийняти лише при виконанні наступних умов:

1. Критична перевірка необхідності операції.
2. Інформування хворого та його родичів щодо майбутньої операції, ступеня її небезпеки та необхідності.
3. Старанна перевірка власних анатомічних і топографічних знань тієї ділянки, де передбачається операція, повторне і точне відтворення у пам'яті послідовності операції.

Російський хірург М.І. Пирогов писав про те, що він узяв собі за правило не приховувати від своїх колег, і якщо не зараз, то пізніше відкривати перед ними їх помилки, незважаючи на те, у діагнозі вони чи у лікуванні. Систематичні прилюдні огляди зроблених помилок у присутності усього лікарського колективу - один із найкращих засобів для попередження помилок у майбутньому і виховання молодих хірургів. При аналізі ускладнень не слід їх перебільшувати.

Багато висловів М.І. Пирогова стали афоризмами. Ось деякі з них:

«Подяка хірургові хворого може бути не тільки завдяки зробленим операціям, але й тим, яких він не робив». «Ворогом правильних діагнозів є необгрунтований оптимізм». «Нерідко можна з успіхом зсилатися на неясність діагнозу і залишити таким чином для заспокоєння хворого той сумнів, який він може тлумачити у свою користь». «Хворий - це завжди людська особитість з усіма її складними переживаннями, а не безпечний випадок...». «Роби іншим людям те, що ти бажав би для самого себе при аналогічних обставинах». «Вчений повинен багато знати, а тому і багато працювати».

У повсякденній роботі хірургам стає за необхідне навчатися один у одного, звертатися за порадою та допомогою до старших товаришів у складних ситуаціях.

Основні вимоги хірургічної деонтології повинні бути засвоєні лікарем уже в інституті. Хірургічна клініка ставить спеціальні вимоги до зовнішнього вигляду. Охайно підстрижене волосся, короткі нігті без манікюра та каблучок у жінок, сховані годинники, руки повинні бути завжди готовими до роботи у перев'язочній чи операційній; змінне взуття, однобортні халати з засуканими рукавами; медичні шапочки. Не припустимі голосні розмови та швидка хода, повністю виключаються панічні ситуації. Хірургічні хворі після виписки з стаціонару потребують поліклінічного спостереження. Лікар, що працює в поліклініці, повинен дотримуватися етики по відношенню до іншого лікаря, який оперував хворого, а також до самого хворого. Етика лікаря повинна дотримуватися при відвідуванні хворого вдома і при здійсненні санітарно-просвітницької роботи.

### **ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ**

Для повноцінної роботи у області дитячої хірургії лікар повинен розуміти психологію хворої дитини та його батьків. Хірургічні втручання майже завжди пов'язані з чималою небезпекою для дитини. Хірургічні маніпуляції, операції сприяють появі у дитини почуття страху, нерозуміння того, що з нею відбувається, почуття беззахисності. Тому хірургам та співробітникам хірургічних відділень необхідний спеціальний контакт з дитиною, який має бути налагоджений з перших же хвилин надходження дитини до приймального відділення. Це особливо важливо для раннього віку. Дитина часом не розуміє, що з нею відбувається. Добре відомо, що діти - найбільш чутливий контингент хворих, і психологічне сприйняття навколишнього у них повністю відрізняється від сприйняття його дорослим. Діти, відірвані від батьків, у перші години і дні перебування у хірургічному відділенні знаходяться у стані переляку. Діти раннього віку частіше плачуть, вимагають маму, капризують, просяться додому, а школярі і навіть підлітки боязко оглядаються довкола і виявляють небажання залишатися у лікарні.

Підготовка дитини до госпіталізації - відповідальне завдання лікаря, який веде прийом у поліклініці. Необхідно у доступній формі, враховуючи вік, пояснити хворій дитині, що очікує її у відділенні, які у неї будуть друзі, як вона буде гратися і т.ін. Дитина повинна довіряти лікарю, вбачати в ньому захисника.

Від того, як швидко лікар отримає довіру хворого, залежить і наступний перебіг його обстежень та лікування. При швидко налагодженому контакті і повній довірі своєму лікарю дитина з меншим страхом йде на проведення тих чи інших неприємних процедур, обстежень та оперативних втручань.

У наш час для більшості обстежень існують чіткі показання та протипоказання. Число методів обстежень у зв'язку з швидким розвитком фізіології, біології та інших наук зростає із року в рік. Тому відповідальним завданням є правильний вибір методу дослідження, оцінка доцільності його застосування у даного пацієнта та ступеня його інформованості, вибір хірургічної тактики. Здатність вибрати з усього арсеналу багаточисельних методів найкращий - ось головна перевага справжнього хірурга.

Найбільш тяжким для дитини є перше обстеження. Вона не знає, що буде відбуватися, але у її уяві - це страшна, дуже болісна процедура. Десь вона, можливо, уже чула про неї як про тяжку і дуже небезпечну. Лікар не може розраховувати на свідоме здолання дитиною почуття страху і болі. При перебуванні хворого у ендоскопічному, рентгенологічному кабінеті, у незвичайній для нього обстановці, велика кількість блискучих інструментів та апаратів викликають у дитини тривожну настороженість, страх. Дітям, яким пропонується проведення спеціального обстеження і, можливо операції, необхідно у доступній формі, в залежності від віку, викласти, що повинні зробити і в якій обстановці це буде відбуватися;

пояснити, що не потрібно лякатися кімнати, де мало світла, велика кількість дзеркал, ламп, блискучих машин та інших предметів.

Приховувати від дитини майбутнє обстеження і робити його зненацька, без підготовки є невиправданою помилкою. Обдурити дитину можна лише один раз. Якщо її обдурив лікар, він втрачає довіру хворого, настроює його проти себе. Це зберігається у пам'яті дитини надовго. Необхідно пам'ятати, що діти особливо чутливі до обману, нещирості.

Протягом підготовки до обстеження найбільш доцільним є помістити дитину до палати, де знаходяться діти, які неодноразово перенесли те чи інше обстеження. Вони розкажуть, що «це не так страшно», і дитина заспокоїться. В організації такої ситуації важлива роль лікаря. Саме він може переконати дітей, які раніше вже обстежувалися цими методами, щоб вони підтримали товариша по палаті, розповіли, як буде проводитися дане обстеження, що воно безболісне, і що вони, наприклад, нічого не відчували. Ці розповіді повинні відповідати інформації лікаря - тільки у такому випадку пацієнт буде і надалі йому довіряти.

Не менш важливе значення має і обстановка у кабінеті, де проводяться маніпуляції: спокій, ласкаве звернення до дитини, відсутність розмов на теми, не пов'язані з виконанням обстеження. Доцільно наперед пояснити дитині, що їй прив'яжуть руки до столу, зроблять «маленький укол» у руку і вона засне, тобто необхідно давати такі ж відомості, які вона напередодні отримувала від товаришів по палаті і свого лікаря.

Сучасні досягнення анестезіології такі, що майже у всіх хворих при складних обстеження та інших маніпуляціях, які можуть супроводжуватися болем, можна досягнути вираженого седативного і анальгезуючого ефекту. Доцільно розширити показання до наркозу. Діти віком старше 7 років залюбки і без особливого страху ідуть на повторне обстеження (бронхографія, спленографія), оскільки не відчують болю. Вони просять лікаря, щоб ці дослідження проводилися тільки під наркозом.

Питання типу: «Чи будуть мене оперувати, і коли выпишуть?» - постійно турбують дітей, які знаходяться у хірургічному відділенні. Як себе вести лікарю? Потрібно сказати правду. Іноді лікарю важко переконати батьків у проведенні ургентної, життєво необхідної операції у зв'язку з гострим захворюванням черевної порожнини (гострий апендицит, перитоніт і т.ін.). У цій ситуації лікар повинен проявити терплячість і вміння описати батькам усю складність захворювання і можливість трагедії у випадку зволікання щодо операції. Після цього у батьків, як правило, стає можливим отримати згоду на необхідне оперативне втручання їх дитині. Якщо ж, незважаючи на неодноразове терплячо-турботливе пояснення, батьки категорично відмовляються від госпіталізації і від необхідної операції, черговий лікар має сповістити адміністрацію лікарні. У таких випадках можуть допомогти рішучі колегіальні дії лікарів, які вимагають від батьків розписатись у історії хвороби під відмовою від життєво необхідної операції, і про те, що вони несуть моральну відповідальність перед суспільством за наслідки захворювання. Такі дії лікарів прискорюють прийняття рішення батьками.

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ**

1. Особливості взаємовідносин лікаря і пацієнта у хірургічній клініці.
2. Основні принципи хірургічної деонтології.
3. Основні принципи медичної етики у хірургічній клініці.
4. Особливості взаємовідносин лікаря і пацієнта у дитячій хірургії.
5. Підготовка дитини до госпіталізації.
6. Підготовка дитини до хірургічних методів дослідження.
7. Особливості взаємовідносин лікаря з батьками хворої дитини.

## **ЗАНЯТТЯ № 14**

# ПСИХОЛОГІЯ ЖІНКИ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** вивчити особливості психіки жінки під час вагітності і в післяпологовий період. Ознайомити студентів із принципами психогігієнічної та психопрофілактичної роботи в мережі жіночих консультацій та пологових будинків.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбова кімната.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** таблиці класифікації темпераментів, психопатій, неврозів. Тематичні хворі.

Потреба мати дітей існує в кожній здорової жінки і пов'язана з інстинктом збереження людського роду, доповнюючись чинниками особистого чи морального ряду. Реалізуючи інстинкт продовження роду, жінка знаходить себе у шлюбі і стає щасливою завдяки материнству. Пригнічення природних бажань (створення сім'ї, материнства), навіть спричинене професійним самоутвердженням, егоцентризмом та ін., зумовлює біологічні, психічні та моральні конфлікти у сім'ї, суспільстві.

Вагітність і пологи є дуже чуттєвим, етапним періодом у житті жінки і з точки зору психології можуть розглядатися як кризовий стан. Перша вагітність, як правило, є більш важкою за другу. Душевний стан жінки в цей період, психічні та психосоматичні ускладнення вагітності та пологів залежать від преморбідних властивостей особистості (особливостей темпераменту, характеру, стану соматичного та психічного здоров'я), умов життя, від перенесених захворювань та вражень. Із соціальних факторів мають значення професія, життєвий рівень суспільства в цілому і



конкретної особистості, сімейний статус, взаємовідносини з чоловіком та іншими членами сім'ї, юридичні гарантії захисту інтересів матері та дитини. Для нормального перебігу вагітності і розвитку здорової дитини необхідними є не тільки біологічне здоров'я батьків та гідні матеріальні умови, але й спільність ідеалів сім'ї (соціальних, моральних, професійних).

Бажана вагітність для гармонійної особистості у сприятливому життєвому середовищі може слугувати джерелом її розвитку та дозрівання. Окремою проблемою є небажана вагітність з ворожим до неї ставленням. Деякі жінки бажають мати дитину як компенсацію невдалому шлюбу чи своїй самотності (як ланка, що укріплює шлюб, здійснює недосяжні мрії матері), що завжди призводить до наступних невротичних конфліктів, психологічної розплати за егоцентризм. Зустрічається хибна вагітність, що викликається невротичними, психогенними факторами (частіше у істеричних особистостей).

Жінки, які мають позашлюбну вагітність, порізно переживають цей факт. Одні з них активні, впевнені у позитивності ситуації, що склалася, і майбутнього. Інші - можуть бути пасивними, знаходитися у депресивно-подавленому стані, з ідеями провини та гріховності; треті - можуть легковажно жити по принципу «нехай, як небудь». Психотерапевтична тактика лікаря у цих випадках буде різною, але за будь-яких умов необхідно роз'яснити, що материнство є призначенням жінки, і воно не може бути ганебним.

Протягом розвитку вагітності, частіше при невротичному складі особистості, у жінки можуть виникнути психологічні проблеми, які повинні бути своєчасно виявлені й відкореговані методами психотерапії.

У *першому триместрі* можуть виникнути сумніви, пов'язані із втратою жіночності, привабливості у взаємовідносинах з чоловіком, сомато-ендокринними змінами. Можливий розвиток реактивної депресії.

Підвищується чутливість до різних запахів, з'являються сонливість та втома, невротичні розлади, часто у вигляді нудоти та блювання.

У *другому триместрі* можуть актуалізуватися почуті раніше зауваження, враження, забобони, які призводять до появи страхів та тривожності за здоров'я майбутньої дитини (можливість вад розвитку, спадкових хвороб) - це так звані ситуаційні страхи чи боязнь очікування.

Під кінець вагітності приєднуються страхи, пов'язані з майбутніми пологами: страх невідомості, смерті, різних ускладнень (розриву промежини, накладання швів, крововтрати, хвороб дитини), нездатності до материнства, своєї невправності та ін. Реалізується рефлекс, що закріпився у людства, при якому пологи пов'язуються із болем. В цей період у деяких може виникнути стан психомоторного збудження, звуженої свідомості, у випадку яких необхідна як психіатрична, так і психотерапевтична допомога.

Сучасними дослідженнями встановлено, що домінуючими факторами формування больового синдрому при пологах є негативні емоції, страх, тривога за сприятливий наслідок пологів, у комплексі з реакцією на периферійні подразнення. З 1920 року в країні використовується методична розробка знеболення пологів за принципами вчення І.П.Павлова з використанням сугестивних та гіпнотичних методів (К.І. Платонов). Метою методу є: досягти активної та свідомої участі жінки у пологах, усунути негативні емоції, в першу чергу - емоцію страху, та виявити нові радісні емоції у зв'язку з материнством, також запевнити жінку в безболісності та безпечності пологів, як нормального фізіологічного акту.

### **Основні правила психопрофілактики болей при пологах:**

1. Позбавлення жінки - майбутньої матері від незнання. За допомогою лекцій, документованих анатомічними малюнками, моделями та кінофільмами про пологи, створюється реальне враження про пологи.
2. Курси індивідуальної та групової психотерапії в поєднанні із загальноседативними заходами (аутогенне тренування, раціональна психотерапія, гіпноз, лікарські препарати) з метою зниження рівня тривоги, виховання активності, наполегливості, полегшення самопочуття при ускладнених пологах.
3. Заняття психогігієнічною гімнастикою, яка містить вправи по укріпленню стінок тазу, м'язової релаксації, регулювання дихання.
4. Засвоєння методів знеболення, які складаються із психологічних, рухових та дихальних компонентів і полягають у вивченні засобів економної витрати сил, седативного типу дихання та декількох варіантів анальгезуючих самомасажу і пальпації.

У нашій країні охорона здоров'я матері та дитини, особливо охорона періоду вагітності, передбачається рядом законодавчих актів. Кожна жінка знаходиться під диспансерним наглядом. Психогігієнічні та психопрофілактичні заходи послідовно розділені між жіночою консультацією та пологодопоміжними закладами і повинні проводитися із дотриманням етичних норм і всіх принципів медичної деонтології. Допологова психопрофілактична підготовка включає загальну підготовку, що починається із першого відвідування жіночої консультації, та спеціальну, що проводиться під час допологової відпустки.

Психопрофілактику поєднують зі спеціальними фізичними вправами для кожного періоду вагітності.

У післяпологовому періоді у більшості жінок спостерігається підвищена психічна лабільність, яка зумовлена соматоендокринними змінами. Можуть виникати стани легкої депресії зі «сльозливими днями», невмотивованою стурбованістю про дитину, інших членів сім'ї або

надмірна ейфорія із запереченням свого фізичного виснаження та необхідності спокою. Сім'ю породіллі необхідно попередити щодо коректного ставлення до таких станів, які зникають зазвичай при відновленні гормональної рівноваги.

До небезпечних післяпологових ускладнень належать так звані «психози лактації», або післяпологові психози. Вони виникають на 3-8-й день після пологів і супроводжуються станом збудження, недовіри, хибної інтерпретації окремих фактів, появою егоїзму, галюцинаціями, агресивними діями по відношенню до своєї дитини, тяжкими депресіями та суїцидальними спробами. Після виписки з пологового будинку такі жінки можуть скаржитися на слабкість, безсоння, загальне погане самопочуття, страхи. Як правило, вони безпорадні і дезорганізовані, не можуть як слід доглядати за дитиною. Такі стани потребують негайного психіатричного лікування.

З метою попередження післяпологових ускладнень акушерсько-гінекологічна служба проводить так званий післяпологовий патронаж, коли в домашніх умовах здійснюється контроль за інволюцією матки, проводяться роз'яснювальні бесіди з приводу фізіологічного та психологічного стану жінки із корекцією проблем, що виникають. У цей час жінку вдома відвідує лікар-педіатр, контролюючи стан дитини, пояснюючи та навчаючи матір правильному догляду за ним.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Які фактори впливають на психологічний стан жінки в період початку вагітності?
2. Психологічні особливості та психотерапевтична тактика при небажаній вагітності.
3. Особливості психіки жінки в першому триместрі вагітності.
4. Особливості психіки жінки в другому триместрі вагітності.
5. Особливості психіки жінки в третьому триместрі вагітності.
6. Чим зумовлено виникнення больового синдрому при пологах?
7. Методи психопрофілактики та психогігієни больового синдрому під час пологів.
8. Завдання профілактики та психогігієни в період вагітності.
9. Психологічні особливості жінки у післяпологовому періоді.
10. Що таке «психози лактації» ?
11. Психопрофілактика післяпологових ускладнень.

# ЗАНЯТТЯ № 15

## ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомити студентів з основними принципами, що регламентують моральний образ людини, стосунки медичних працівників. Вивчити особливості деонтології в клінічній медицині.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** Навчальна кімната, стаціонар лікарні

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** тематичні хворі, зразки медичної документації.

«... Людство досягло нового рівня усвідомлення своєї мети і природи; уряд, наукові організації та соціальні інституції проголосили, що на їх погляд, громадяни Землі мають право на захист від зловживань будь-яких форм, особливо коли їм погано, коли вони не можуть захистити себе і коли немає нікого, хто б захистив їх.... Зараз ми зіткнулись з величезною проблемою забезпечення того, щоб ці права дотримувалися. Останнє потребує безлічі змін у сьогоднішній світовій медицині; перелому в психології працівників охорони здоров'я, дослідників, пацієнтів та ін.; воно потребує іншого переддипломного і післядипломного навчання, іншого виховання і вдома, і в суспільстві. Документи (всіх аспектів деонтології, складених Всесвітньою медичною

асоціацією, ВОЗ, ООН та ін.),... є віхами на шляху до більш цивілізованого та гуманного суспільства, яке забезпечить високу якість життя всім своїм членам, і хворим, і здоровим». (Н.Сарторіус).

**Медична деонтологія** (від грецького *deon, deont [os]* – належне і *logos - вчення*) - сукупність етичних норм виконання медпрацівниками своїх професійних обов'язків.

Термін «деонтологія» введений у ХІХ ст. англійським філософом-утилітаристом Бентамом. Те, що зараз складає предмет медичної деонтології, наприкінці ХІХ ст. називалося лікарською етикою. Зміст цього поняття був надто розпливчатим; окремі автори включили до нього питання, що відносяться до прав лікаря (деколегія), станових обов'язків, етикету, лікарської політики. Але для творчої і практичної діяльності лікарів філософсько-етичні мотиви, як і увага до психологічних особливостей медика, хворого та їх взаємовідносин, характерні з часів зародження медицини. Так, відомий лікар і хімік Т.Парацельс писав: «Сила лікаря - в його серці, робота його повинна керуватись Богом і освітлюватись природним світлом: досвідченістю; найбільша основа ліків - любов...» Р.Декарт вважав, що тільки медицина може вирішити проблеми, які більш за все стосуються величі та щастя людства.

Великий вплив на формування вітчизняної деонтології справили суспільні діячі О.І. Герцен, Д.І. Писарєв, М.П. Чернишевський та ін. Значну роль відіграла земська медицина. Незважаючи на свої об'єктивні недоліки, ця унікальна в історії медицини система надання медичної допомоги незаможним прошаркам населення породила багато тисяч безмежно відданих своїй справі лікарів і фельдшерів.

Термін «медична деонтологія» ввів у практику вітчизняної охо

рони здоров'я і розкрив його зміст М.І. Пирогов. Він визначав медичну деонтологію як «...вчення про принципи поведінки лікаря не лише для досягнення

індивідуального благополуччя та почесностей, але й для максимального підвищення суми суспільної користі та максимального усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної роботи».

Великий внесок у теоретичні аспекти медичної деонтології зробив І.П. Павлов, який науковим об'єктивним методом довів вплив слова як умовного подразника на виникнення, перебіг, кінець усякого роду хворобливих станів. Праці В.М. Бехтерева, К.І. Платонова, П.А. Лурія та ін. справили великий вплив на вироблення оптимальних взаємостосунків медперсоналу із хворими, обґрунтували використання різних видів психотерапії, сприяли розвитку вчення про ятрогенії. В процесі розробки практичних проблем медичної деонтології з'явилася необхідність їх розробки стосовно окремих медичних спеціальностей - в акушерстві, гінекології, психіатрії, фтизіатрії, травматології, хірургії, венерології, офтальмології, онкології, рентгенології та інших галузях клінічної медицини.

Права пацієнта, так як і професійна відповідальність лікаря, широко регламентуються в багатьох документах, починаючи з клятви Гіппократа, яку дає кожний випускник медичного вузу, і закінчуючи деклараціями, рекомендаціями, положеннями і резолюціями Всесвітньої

медичної асоціації, ООН, Ради Європи і, зрештою, ВОЗ. В основу всіх документів закладена повага прав людини, визнання людського життя як основної цінності в діяльності будь-якого виду, і переконаність у виключно гуманному призначенні медичної професії. Положення доку

ментів передбачають юридичну (кримінальну) відповідальність за не



дотримання принципів деонтології медичного працівника.

**Елементи лікарської деонтології.** Провідна роль у здійсненні медико-деонтологічних принципів належить лікарю. До психологічних якостей, якими повинен володіти лікар, відносяться: здатність до емпатії, вміння контролювати вияв емоцій, толерантність до відмінного від своїх норм світосприйняття.

Культурний лікар - це людина високого етичного рівня, чуйна, уважна, турботлива, лагідна, доброзичлива, спокійна.

Здійснювати свою діяльність відповідно вимог деонтології може тільки лікар, який вибрав свою професію за покликанням. Любити свою професію - це означає любити людину, прагнути допомогти їй, радіти її одужанню.

Найважливішою умовою професійного вдосконалення є само-спостереження і самовдосконалення лікаря: робота над «слабими», негативними рисами свого характеру, у відповідності із знаннями з загальної та спеціальної медичної психології.

Деонтологічною вимогою до лікаря є постійне підвищення ним своєї майстерності. Лікарська професія немислима без постійного поповнення знань.

Лікар повинен вдосконалювати кваліфікацію, що означає - бути знайомим з останніми досягненнями науки, новими лікувально-діагностичними методами та засобами лікування. Всі дії лікаря з діагностики та лікування повинні бути строго продумані та науково обгрунтовані індивідуально, оптимально і з найменшими затратами часу, сил і засобів з боку хворого.

## **ПОЛІКЛІНІКА І СТАЦІОНАР. ДЕОНТОЛОГІЯ ВЗАЄМОСТОСУНКІВ ІЗ ХВОРИМИ**

Обстановка лікувальних закладів повинна схилити хворих до відвертої, сердечної бесіди, викликати у них віру в одужання. Почи

наючи з реєстратури, хворі повинні розуміти, що все в поліклініці спрямоване на надання їм допомоги, зменшення їх страждань. Не обхідно заспокоїти хворого, допомогти знайти відчуття впевненості. Слід виключити обстановку суворості та показної діловитості. Наочна агітація у поліклініці (стенди, плакати) не повинна викликати у хворих відчуття страху і настороженості, знижувати віру у зцілення. В поліклініці повинні бути затишок і чистота, кабінети слід розташовувати керуючись зручністю для хворих.

У стаціонарах велике значення має створення лікувально-охоронного режиму.

Відповідальність за здоров'я хворого - головна риса морального обов'язку лікаря. Тут багато залежить від контакту хворих із лікарем. Майстерність лікаря - це творчий процес, який поєднує в собі мистецтво і вміння високорозвинутого клінічного мислення із чуйним ставленням до хворого та високої особистої культури.

Бесіду з хворими слід починати розмовою з ним, а не з перегляду аналізів, ретельно продумувати кожне слово, адресоване хворому; не слід вживати жаргонні слова. Клінічне мислення лікаря - це не тільки вміння швидко узагальнити та оцінити дані лабораторного, інструментального та інших видів обстеження, і скласти повне уявлення не тільки про хворобу взагалі і в конкретному випадку, але й вміння увійти в особистий контакт з хворим, зробити правильні висновки про особливості його особистості.

Тактика лікаря завжди повинна будуватися індивідуально, в залежності від характеру хворого, рівня його культури, тяжкості захворювання. Для одних потрібне лагідне слово, м'яке поводження, особливо переконливі докази, щоб вони повірили в можливість зцілення; для інших достатньо двох-трьох авторитетно сказаних слів, су

ворість та категоричність висновків. Ось чому клінічна медицина по винна бути мистецтвом, а лікар (клініцист) - володіти високорозвинутою здатністю до емпатії. Лікар змушений зустрічатися з десятками хворих, різних за своїм культурним рівнем і особливостями психіки, у тому числі з страждаючими надмірною недовірою. Тому потрібно мати терпіння, щоб вислухати хворого і потім методично його оглянути.

Обхід у відділеннях необхідно проводити щодня і бажано в один і той же час; на обходах не рекомендується питати і в'ясняти інтимні подробиці, що пов'язані з життям і захворюванням пацієнта, в присутності інших хворих.

В усіх випадках хворі потребують розради. Але лікар не повинен занижувати серйозність захворювання. Його завдання - переконати хворого в реальності одужання. Стан хворого повинен полегшувати сам факт відвідування лікаря. Однією з гарантій успішного лікування є довіра до лікаря. Настрій хворого істотно впливає на перебіг хвороби і повинен контролюватися і скеровуватися медперсоналом. Якась несприятлива подія, наприклад, смерть іншого хворого, може змінити настрій хворого на одужання і віру в медиків. Отже, тяжко хворих і одужуючих треба розміщати в різних палатах.

### **ДЕОНТОЛОГІЯ ПОВІДОМЛЕННЯ ДІАГНОЗУ**

Якщо для хворого вилікування або продовження життя є реальними, то лікар з метою створення найкращих умов лікування зобов'язаний тактично і кваліфіковано повідомити хворому діагноз. Виняток робиться для хворих зляканими пухлинами, котрим повідомляють якийсь інший діагноз, наприклад, «виразка шлунка» замість «рак шлунка». Питання про те, чи треба хворому говорити правду, з усією гостротою виникає у випадку, коли хворий відмовляється від операції або знаходиться в дуже тяжкому стані. В хірургічній практиці нерідко виникають ситуації, коли і

хворого і родичів доводиться правдиво інформувати і пропонувати термінову операцію, наприклад, з приводу гангренозного апендициту, перфоративної виразки шлунка або непрохідності кишечника: близьким хворого роз'яснюють, що запізнення навіть на декілька годин загрожує смертю. Це завдання важке, якщо операцію пропонують хворому з діагнозом раку. Мотиви для відмови у більшості однакові: вони почувають себе добре, покладають надії на ліки і помилково вважають, що з операцією вони ніколи не запізняться.

У випадках, якщо необхідно переконати хворого злоякісною пухлиною повірити в обов'язковість операції, немає потреби повідомляти істинний діагноз. Потрібно намагатися знаходити інші достатньо сильні слова і аргументи. У неквапливій і задушевній бесіді, в доступному для розуміння хворого викладенні досягнень сучасної медицини, в запевненні, що його будуть лікувати кращі спеціалісти, як правило, вдається одержати згоду хворого. Лікарям усіх спеціальностей необхідно дотримуватися єдиної тактики: якщо в онкологічному відділенні хворому пропонують операцію, то інші лікарі, до яких хворий звертається, повинні роз'яснити і запевнити в її необхідності і невідкладності.

У випадках, якщо виявлені незворотні патологічні зміни, хворому не потрібно говорити правду. Навіть коли хворого неможливо врятувати, не можна віднімати у нього надії. І на останній стадії хвороби людина продовжує вірити в порятунок: вона шукає не правду, а надію. Хворий у всякому випадку не повинен почувати себе приреченим. Лікар повинен терпляче вислухати скарги, призначити лікарські препарати і втішати - вдумливо і професійно. Лікар зобов'язаний у кожному випадку вирішувати, «що» говорити хворому, і «як» говорити.

Розмова лікаря з хворим є мистецтвом. Медична деонтологія вимагає,

щоб лікуючий лікар підтримував моральний стан пацієнта якоюсь до речною реплікою, підкреслюванням позитивного змісту навіть незначної зміни стану здоров'я. В той же час необережне слово лікаря, його байдужість або безвідповідальне ставлення до хворого може виявитися етіологічним чинником ятрогенного захворювання.

## **ДЕОНТОЛОГІЯ ВЗАЄМОСТСУНКІВ ІЗ РОДИЧАМИ ХВОРОГО**

Питання про взаємостосунки лікаря і родичів хворого - одне з нелегких розділів

медичної деонтології. Якщо у хворого в процесі лікування намітилась позитивна динаміка, взаємостосунки лікаря з родичами зазвичай доброзичливі. Вони можуть погіршуватися у випадку погіршення стану пацієнта. При зверненні до лікаря з приводу хворого, доля якого викликає побоювання, розмова буває відверта, і у лікаря зазвичай не буває підстави приховувати від рідних істину. Разом з тим у завдання лікаря входить справити психологічний вплив на родичів, якщо втручання останніх може несприятливо вплинути на стан хворого.

Якщо у хворого встановлюють діагноз раку, лікар повинен повідомити істинний діагноз тільки найближчим родичам, а решта відправляються до інформованої особи.

Якщо при несприятливому результаті лікування дотримувались правила медичної деонтології, родичі померлого розуміють і підтримують лікаря і його лікувальну тактику, стаючи навіть його захисниками. При недотриманні цих правил конфлікти між родичами і лікарем виникають і при правильному лікуванні.

## **ДЕОНТОЛОГІЯ ВЗАЄМОСТСУНКІВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Важливою проблемою є нейтралізація деяких негативних сторін диференціації

медицини на спеціальності. Лікар, зрозуміло, не може мати рівні

знання усіх розділів медицини, тому необхідні своєчасні консультації з лікарями інших спеціальностей. Якщо виявляються помилки лікарів, які раніше спостерігали хворого, то в присутності хворого обговорювати ці помилки абсолютно неприпустимо. Їх треба виправляти конструктивно, з великим тактом і, звичайно, не біля ліжка хворого.

Розмови між лікарями повинні завжди базуватися на взаємоповазі і взаємодопомозі. Недопустимі критичні зауваження консультанта в адресу лікуючого лікаря в присутності хворого або проведення консультації за відсутності лікуючого лікаря. Не можна говорити хворому, що його раніше лікували неправильно; - цим можна підірвати віру в медицину взагалі. Більш деонтологічною є консультація не хворого, а лікаря.

Стосунки між лікарями, сестрами, молодшими медпрацівниками повинні бути бездоганними і базуватися на абсолютній взаємній довірі. Недозволено до сестер звертатися на «ти» і робити їм зауваження в присутності хворого. В очах хворих це знижує авторитет лікувального закладу. Неприязність і зарозумілість керівника, низьке поклонництво і догідливість підлеглих виключають можливість виправлення помилок і прогресу в роботі.

## **ДЕОНТОЛОГІЯ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ**

Основною відмінністю роботи хірурга від усіх інших спеціальностей є необхідність застосування оперативного втручання, яке, навіть бездоганно виконане, завдає хворому фізичну і психічну травму. Неминучий елемент ризику, пов'язаний з операцією, робить працю хірурга напруженою. Хірург повинен брати до уваги темперамент і настрій хворого, тип вищої нервової діяльності, щоб визначити адекватну тактику премедикації, оперативного втручання і ведення хворого в післяопераційному періоді.

Існують загальні правила належної поведінки хірурга (М.І.Пиров):

1. Впевненість в розпізнанні хвороби і хворого.

2. Вчасно роз

почати операцію, справляючи сприятливий моральний вплив на пацієнта, подати йому надію, усунути його страх і сумніви.

3. Не

тільки зробити операцію майстерно, але і зуміти попередити ускладнення.

4. Провести наступне післяопераційне лікування із

відповідним доглядом, що інколи важливіше за проведену операцію.

Обов'язком хірурга є задовго до операції почати підготовку

хворого до правильної поведінки в операційній. Необхідно перебороти

у хворого два почуття: страху і болю. Прояви страху іноді приховані глибоко під різними масками - байдужості, бравади, та ін. Крім застосування медикаментозних засобів, суттєвим терапевтичним засобом є тепле людське слово: по ефективності бесіда може перевищити сильні седативні препарати.

Така ж пильна увага повинна бути приділена і зніманню болю в малій хірургії. Порушенням норм деонтології є відмова від знеболювання при амбулаторних операціях і обстеженнях болючих вогнищ. Погано, коли крик хворого подавляється криком хірурга.

Небезпека операції не повинна перевищувати небезпеки самого захворювання. У важких ситуаціях, коли єдиним засобом врятування є операція, залишається непохитний деонтологічний принцип: хірург вирішує питання в інтересах хворого, відсуваючи на останній план дургорядні міркування і турботи про власну репутацію.

Лікар – «оптиміст» зображує хворому будь-яку операцію як

дріб'язкову, а «песиміст», навпаки, підкреслює небезпеку операції. Необхідно керуватися наступним: чим важчим і небезпечнішим є захворювання, тим більше відхилення від істини допустиме і навіть обов'язкове для лікаря, який ознайомлює хворого; чим легше захворювання і кращий прогноз, тим менше підстав приховувати істину.

Багато гінекологічних операцій пов'язані з наступним порушенням менструальної і дітородної функцій. Тому необхідно дуже серйозно вирішувати питання про показання до операції і методи оперативного втручання, враховуючи не тільки найближчі результати, але і віддалені наслідки. Якщо для користі хворої операцію треба робити провідному хірургові, він повинен запросити асистентом вибраного хворою лікаря. Повідомлення про радикальне видалення матки чи придатків треба зробити перед випискою зі стаціонару. У випадку неможливості народжування дітей внаслідок природжених чи набутих змін статевої сфери, про це необхідно повідомити хворій. З позиції медичної деонтології проведення малих гінекологічних операцій без знеболювання недопустимо.

Найважливішим законом акушерського і гінекологічного відділення є таке виховання персоналу, коли інформацію про проведені лікування і прогнози дають тільки лікуючий лікар або завідуючий відділенням. У дуже важкому становищі опиняється лікуючий лікар чи

завідуючий відділенням, коли про характер проведеної операції запитує чоловік хворої. Треба дотримуватися правила: не повідомляти чоловікові конкретного об'єму проведеної операції. Краще, коли сама хвора розповість чоловіку, яка саме операція їй зроблена, вибравши для цього найбільш зручний для неї варіант.

Хвора дитина потребує особливого підходу лікаря. Тут провідну роль відіграє емоційний вплив. Педіатр із суто медичним досвідом і



знанням повинен поєднувати і педагогічні знання, і знання з дитячої психології. Педіатр повинен уміти налагоджувати добрий контакт з дітьми. При обстеженні, лікуванні і, особливо, при підготовці до операції, лікар повинен прагнути не обманювати дітей, не спокушати їх невиконуваними обіцянками. Необхідно, щоб кожен член колективу

формував свою поведінку з малим пацієнтом за типом відносин між матір'ю і дитиною. Дитині допомагає стати на ноги сердечне тепло людей у білих халатах. Лікар не повинен жаліти часу на роз'яснення родичам про стан здоров'я дитини і про можливість прогнозу. При розмові слід обходити як елементи зайвого оптимізму, так і залякування. Особливої уваги потребують сім'ї, де дитина одна, де дітей вже більше не буде.

Серед населення розповсюджена думка, що злоякісні пухлини невиліковні. Тому саме направлення в онкологічне відділення трагічно сприй

мається хворим і його близькими. Медична деонтологія зобов'язує лікаря-онколога з перших хвилин спілкування з хворим раком

примусити його повірити в надійність лікування. Необхідно, щоб лікар та інші медпрацівники у бесіді з хворим не вживали слово «рак», і щоб хворий не прочитав це слово в жодному з документів, виданих йому на руки. Слово «рак» краще замінити словами «органічне захворювання» або іншими, які не будуть насторожувати і непокоїти хворого.

Хворі з початковими формами раку, поступаючи у стаціонар для радикального лікування, не повинні зустрічатися з хворими із такою ж локалізацією пухлин, з повторно поступаючими із метастазами, рецидивами тощо.

Хворих, які потребують систематичного лікування, слід госпіталізувати до лікарень загального профілю і лікувати так, як лікують усіх хворих у такому стані. Протилежним до медичної деонтології є віднесення хворих із генералізованими формами раку до «некурабельних» - тих, що не піддаються лікуванню. Приймання променевих та хіміотерапевтичних засобів дозволяє одержати деяку регресію процесу, добитися поліпшення загального стану, ремісії. Хворі іноді повертаються до праці. У цьому поліпшенні велика особиста заслуга лікаря, його деонтологічного виховання і спрямування. Невиліковність не означає некурабельності, і надання допомоги хворим на рак у найтяжчих стадіях захворювання є одним із головних деонтологічних принципів.

Протиріччям до деонтологічних правил є спроби прогнозувати термін життя онкологічних хворих. Лікарі зобов'язані передбачати усі можливі варіанти продовження життя, але не передбачати день настання смерті. Такі «передбачення» не правдиві за суттю. Сказане вище цілком стосується і випадків не завжди виправданого застосування складних діагностичних і лікувальних маніпуляцій, пов'язаних із ризиком для хворого і високою мірою відповідальності для лікаря (електрошок, ангіографії, ендоскопічні методи спостереження, біопсія печінки, нирок і т.ін.).

### **ДЕОНТОЛОГІЯ І МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**

В усіх випадках поінформованість хворого про тяжке захворювання загострює його симптоми, знижує ефективність радикального і паліативного лікування. Віддаючи до рук хворих документи, непотрібно вживати назву тяжкої хвороби. Суперечить деонтології практика видачі хворим результатів аналізів на бланках, в яких друкарським способом вказані нормальні показники обстеження і поруч записані показники обстеження самого хворого. Різниця показників завжди

травмує хворого, який у кожній розбіжності бачить загрозу для здоров'я і підтвердження виниклої у нього підозри про тяжке захворювання.

Рентгенологічний діагноз повинен завдавати найменше шкоди психіці хворого. Ті лікарі-рентгенологи, які видають хворим на руки рентгенологічні описання обстежуваного органа, не рахуються із правилами деонтології. Описання будови і функцій навіть здорового органа інколи має вигляд злоякісного для хворого.

**Лікарська таємниця.** Лікар повинен дотримуватися таємниці до тих пір, доки вона не може призвести до великих збитків для громадськості. Під лікарською таємницею розуміють не підлягаючі розповсюдженню відомості про хворобу, інтимне життя хворого, одержані

від нього або виявлені протягом його обстеження або лікування, при виконанні медпрацівниками своїх обов'язків. Не підлягають розповсюдженню не тільки дані про хворобу, але й дані про функціональні особливості організму, фізичні недоліки, шкідливі звички, особливості психіки, нарешті про матеріальне становище, коло знайомств, інтересів, захоплень тощо. Метою охорони лікарської таємниці є запобігати випадкам можливого нанесення хворому та іншим

особам морального, матеріального і медичного збитку.

Не можна також згадувати прізвище хворого в наукових працях і в доповідях, а також показувати фотографії хворого, не ховаючи його обличчя

Разом з тим, лікар повинен попереджати санітарно-епідеміологічну службу про випадки інфекційних захворювань і отруєнь, слідчі органи - про вбивство і тяжкі ушкодження, одного з

подружньої пари - про захворювання іншого. Лікар повинен також повідомити керівників підприємств про захворювання людей, яким про

типоказана робота на даному підприємстві, наприклад, про епілепсію при водінні машини, праці на харчовому підприємстві або у дитячому закладі і т.ін.

**Лікарські помилки.** Місцем дії лікаря є людина. Та напруга, в якій постійно протікає діяльність лікаря, ті недосконалість медичної науки, з якою не можна не рахуватися, створюють об'єктивну можливість лікарських помилок. Можливість лікарських помилок по'яснюється тим, що «лікарю доводиться мати справу із різними індивідуальними особливостями організму людини» (І.В. Давидовський).

Про лікарські помилки, в тому числі і ті, які призводять до смертельних наслідків, завжди сповіщається в системі органів охорони здоров'я. Такі помилки обговорюються на лікарських конференціях, на з'їздах, засіданнях наукових товариств лікарів, висвітлюються в періодичній медичній літературі і лекціях у медичних інститутах. Зрештою, керівні органи Міністерства охорони здоров'я видають накази, в яких аналізуються найбільш серйозні і типові лікарські помилки, причини, що їх породили, і наводяться пропозиції і вказівки щодо запобігання їх повторенню. У той же час різко протиречить основам медичної деонтології обговорення лікарських помилок у загальній пресі. Цей газетний матеріал читається і хворими в лікарнях. Кожен хворий і цього родичі насторожуються, починають критично осмислювати призначене йому лікування і тим самим підривають зусилля лікаря в боротьбі із захворюванням.

Суперечить деонтологічним принципам доступність для населення популістської літератури про тяжкі захворювання. Більш необхідною є

пропаганда відомостей щодо профілактики захворювань, про основи санітарної культури, раціональне харчування, шкоду паління і алкоголю, про значення профілактичних обстежень. Ця література повинна бути розрахована в першу чергу на поповнення мінімуму медичних уявлень у широкого населення.

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:**

1. Що таке медична деонтологія?
2. Розкажіть про становлення медичної деонтології.
3. Дайте обґрунтування основним психологічним якостям, які повинні бути притаманні лікарю.
4. Що означає бути культурним лікарем?
5. Розкажіть про деонтологічні принципи взаємовідносин із хворим у стаціонарі.
6. Які деонтологічні правила поведінки медичного персоналу в поліклініці?
7. Навіщо лікарю необхідне постійне підвищення кваліфікації?
8. Деонтологія повідомлення діагнозу.
9. Основні принципи взаємовідносин із родичами хворого.
10. Особливості деонтології в акушерсько-гінекологічній практиці.
11. Педіатричні аспекти деонтології.
12. Деонтологічні аспекти хірургічної практики.
13. Деонтологічна тактика в онкології.
14. Деонтологія та медична документація.
15. Основні положення лікарської таємниці.
16. Лікарські помилки.
17. Деонтологічні правила поведінки медичного персоналу в поліклініці.

## ЗАНЯТТЯ № 16

### ОСНОВИ ПСИХОГІЄНИ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомити студентів із історією, завданнями і формами психогієни та психопрофілактики.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** навчальна кімната, лікарняні відділення.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбові таблиці, тематичні хвори.

*Психопрофілактика* - це розділ загальної профілактики, який об'єднує сукупність заходів щодо забезпечення психічного здоров'я, попередження виникнення та розповсюдження психічних захворювань.

Психопрофілактика та психогієна - це два рівні однієї проблеми загальної профілактики.

Розрізняють первинну і вторинну психопрофілактику. *Первинна психопрофілактика* – це система заходів, спрямованих на попередження виникнення нервово-психічних розладів та захворювань. Її завданнями є:

- боротьба з травматизмом та інфекційними захворюваннями;
- боротьба з алкоголізмом та наркоманією;
- охорона здоров'я дітей та вагітних жінок;
- правильна організація виховного і педагогічного процесів;
- організація розкладу занять та відпочинку учнів з урахуванням їх віку;
- прогнозування можливих спадкових захворювань;
- організація режиму праці та відпочинку;

- пропагування здорового способу життя;
- масове охоплення населення заходами фізичного виховання і т.ін.

У первинній психопрофілактиці головна роль належить широкому спектру соціальних програм, психогієні та загальнопрофілактичним заходам.

*Вторинна психопрофілактика* - це комплекс заходів, скерованих на ранню діагностику психічних захворювань, своєчасне активне лікування уже виявлених захворювань, попередження невідкладних, загрозливих для життя хворого станів. Головна роль тут відводиться комплексіві амбулаторних, психодіагностичних, фармакотерапевтичних, психотерапевтичних та соціально-реабілітаційних заходів.

*Реабілітація* - це комплекс медичних, педагогічних та соціальних заходів, метою яких є відновлення (чи компенсація) порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності хворих та інвалідів.

До системи реабілітаційної допомоги входять:

- клінічні, клініко-біологічні, соціологічні, психологічні обстеження хворих;
- розробка рекомендацій з організації способу життя хворого із визначенням психотравмуючих чинників, що призводять до рецидиву хвороби;
- розробка та впровадження індивідуальних поетапних заходів з організації такої діяльності хворих, яка сприяла б розвитку їх особистості і компенсації здібностей та якостей особи, втрачених внаслідок хвороби (наприклад, лікувально- трудові майстерні);
- нагляд за соціальною та професійною адаптацією хворих в реальних життєвих умовах; при цьому здійснюється підтримуюча терапія в період ремісії, виявляються та втамовуються рецидиви

захворювання. У разі необхідності - відстоювання прав та інтересів хворих;

- проведення реабілітаційних заходів не тільки з хворими, але і з їх родичами та друзями;
- організація денних та нічних стаціонарів з чередуванням лікування і позалікарняного життя хворих;
- реалізація *принципу послідовності*, який означає безперервність лікування, обмін інформацією стосовно хворих, взаємозамінність медперсоналу протягом підготовки пацієнта до життя та праці поза лікарнею.

**Психогігієна** - розділ загальної гігієни, який та умови навколишнього середовища, які впливають на психічне здоров'я, та розробляє рекомендації щодо заходів, направлених на збереження і зміцнення психічного здоров'я, з метою забезпечення найкращих умов для психічної діяльності людини. Психогігієна має серед своїх завдань вивчення впливу діяльності людини на її здоров'я, на формування гармонійної особистості, а також вивчення впливу на психіку людини суспільних (виробничих, побутових) та інших чинників.

Під **психічним здоров'ям** слід розуміти:

- 1) відсутність виражених психічних розладів;
- 2) певний резерв сил людини, завдяки якому вона здатна долати раптові стреси, труднощі, які виникають у виключних умовах;
- 3) стан рівноваги між людиною та навколишнім середовищем, гармонія між нею і суспільством, співставлення уявлень окремої людини з уявленнями інших людей щодо «об'єктивної реальності».

Розрізняють вікову психогігієну, трудову, психогігієну побуту та відпочинку, сексуального життя та ін.

## ІСТОРІЯ ПСИХОГІГІЄНИ



Психічна гігієна містить принципи та відомості, застосування яких допомагає утримувати та зміцнювати психічне здоров'я суспільства і окремих осіб. Елементи психічної гігієни з'явилися в життєвій філософії задовго до систематизації принципів психічної гігієни.

В античній філософії часто зустрічаються поняття міри, психічної гармонії, життєвої мудрості. Демокріт описав принципи *евтімії* (урівноваженого життя), Епікур - *атараксії* (спокою мудрої людини, яка пізнала закони природи та позбавилась страху перед смертю). Інший, не менш позитивний спосіб психічної рівноваги людини проголошує Епіктет. Його апатія і аскетизм означають пасивне примирення раба із важкими й принизливими життєвими ситуаціями. В цілому антична філософія та мистецтво проголошували реальне, емоційно позитивне ставлення людини до життя.

Середньовічна релігійна філософія, проголошуючи дуалізм душі і тіла, спиралася передусім на релігійні та моральні категорії, розглядаючи психічні явища з позицій гріха, провини, самовідданого кохання, надприродніх сил та приготування до загробного життя. Релігійне світобачення давало змогу людям пасивно пристосовуватися до відносно незмінних життєвих умов та окремих суспільних і природних катастроф і призвело до психічного відчуження людини від реальності. Тому об'єктивно важкий спосіб життя великої кількості людей не призвів за часів стабілізованого феодалізму до виникнення незадоволення. Таким чином, релігія виконувала певну розумово-гігієнічну, «атарактичну» функцію, притуплюючи прагнення до поліпшення умов життя і слугуючи інтересам владоможців. За часів Ренесансу, життя стало менш урівноваженим - це було пов'язано з науковими відкриттями та стрімким розвитком промисловості, мистецтва.

Поняття «психічна гігієна» виникло у ХІХ ст. Організований психогігієнічний рух був започаткований К.Бірсом, який після

перебування у якості пацієнта в одній із американських психіатричних лікарень, написав у 1908 р. книгу «Душа, яка знайшлася знову». У ній він розглянув недоліки позицій лікарів та інших медпрацівників у стосунках із хворими. Далі К.Бірс розвинув діяльність, спрямовану на поліпшення стаціонарних умов життя психічно хворих і зміну ставлення суспільства до них після виписки їх з медичного закладу.

У 1948 році створена Всесвітня асоціація психічного здоров'я, яка збирає інформацію про стан психічного здоров'я, розробляє основи та концепції психічного здоров'я та оцінює і рекомендує можливості їх втілення.

Розвиток вітчизняної психогієни бере свій початок із психіатрії. Принципи психогієни і здійснювані відповідні заходи мають велике значення для профілактики психічних захворювань, здебільшого психогенних, реактивних і особливо неврозів, тобто тих захворювань, що виникають внаслідок психотравмуючих ситуацій. Зростає роль психогієни також для профілактики непсихічних захворювань, психосоматичних розладів.

Поміж чинників, що надмірно перевантажують нервову систему і сприяють розвитку психічних і соматичних розладів, вирізняють наступні:

Високий технічний рівень розвитку промисловості зумовлює великі вимоги щодо відповідальності та концентрації уваги працівників. Часто змінюються виробничі програми; зростають вимоги до кваліфікації робітників.

Відставання може негативно відобразитись на суспільному становищі, заробітках, і отже на рівні життя, що стає джерелом психічної перенапруги і незадоволення. Прискорення промислового виробництва, а звідси й усього життя (транспорт, постачання) потребує масової, безликої поведінки великих груп населення без урахування індивідуальних

особливостей, інтересів; підвищення продуктивності виробництва не має прямих зв'язків із зростанням власного задоволення від наслідків праці. На автоматизованих підприємствах людина стає маловизначальною контролюючою ланкою. Доки автоматична лінія функціонує добре – контролер не має чим зайнятися, але він має знаходитись у стані постійної готовності на випадок можливої аварії. Деякі типи особистості, наприклад, надто темпераментні і нетерплячі, не підходять для контролюючої діяльності, на механізованих підприємствах, де виконуються лише декілька механічних, однотипових рухів. Наслідком обмеженого фізичного навантаження є збільшення ваги тіла, яке призводить до розвитку атеросклерозу, судинних та інших соматичних розладів.

«Техногенний стрибок» цивілізації призводить до відставання адаптивних механізмів людини від прискорюючих ритмів «прогресу», що спричинило появу терміну *«технологічний невроз»*.

До обтяжуючих факторів роботи багаточисленного складу керівної ланки виробництва та управління відносять: високу відповідальність, психічну напругу внаслідок високої конкуренції з матеріальною зацікавленістю до перемоги, недостатню кількість фізичних рухів, більш високий рівень життя із можливістю надлишкового споживання їжі, паління і пасивне паління, загроза звільнення. Серед цих працівників спостерігається підвищена схильність до деяких судинних захворювань (гіпертонічна хвороба, інфаркти), а також до невротизації. Ефективна профілактика зазвичай у них утруднена внаслідок високого рівня відповідальності за свою працю, часто - честолюбні прагнення, спрямовані на самоствердження, зазвичай, всупереч ознакам нездоров'я.

В англо-саксонських країнах для захворювань, що виникають за таких умов, затвердився термін *«хвороба відповідальних працівників»*, який означає невротичні та психосоматичні розлади, а для нудьгуючої

непрацюючої дружини відповідального працівника – «хвороба пані директорші».

Колективна діяльність у промисловості та інших галузях господарства, що прийшла на зміну традиційній індивідуальній праці (наприклад, від роботи лікаря у власному кабінеті до медичних бригад), потребує від працівників пристосування не тільки до більш складних умов праці, а й до великої кількості співробітників із різними інтересами, із складними стосунками між ними.

Значення так званих макросоціальних стресових чинників (війни, революції, економічні та політичні кризи) не можна оцінювати однобічно за їх впливом на психічне здоров'я. З одного боку, ці фактори погрожують біологічній сутності людини і націлюють її мислення, відчуття та поведінку до певної мети, а з іншого - вони у певній мірі позбавляють людину від внутрішніх конфліктів і «нормалізують» її. Наприклад, під час війни кількість психогенних розладів та самогубств є меншою ніж за мирних часів. Протилежне явище спостерігається під час безробіття, коли певні групи населення переживають відчуження, несправедливість, приниження та порівнюють свою долю із більш успішними групами.

Урбанізація з її накопиченням великої кількості людей у великих містах спричиняє низку психологічних проблем. Сільське населення у пошуках фізично легкої праці та високого заробітку, або внаслідок безробіття і злиденного життя на периферії, мігрує до міста. Розбудова міст часто здійснюється стихійно, під тиском житлової кризи. При цьому нові мешканці не забезпечуються достатньою кількістю шкіл, медичних та дитячих закладів, водопостачанням.

Промислове виробництво і транспорт є джерелом шуму, який за великої інтенсивності (між 65 і 90 дБ) має нейровегетативний вплив з невротичними розладами, які виникають внаслідок дії шуму. Більш слабкий шум може призводити до психогенних порушень, як

несприятливий чинник життєвого середовища, що викликає перенапругу та невдоволення. Має значення ставлення особи, котра підпадає під вплив шуму, до цього джерела шуму: наприклад, молода людина сприймає шум рок-музики з приємним враженням; людина старшого віку почуває себе добре серед шумів ревучого стадіону, і не виносить шуму року. Третя ступінь шуму у 90-100 дБ викликає стійкі органічні розлади слуху.

Шкідливий психологічний, патофізіологічний та органічний вплив справляє забруднення життєвого довкілля, особливо у містах - промислових агломератах. Прагнення до здешевіння виробничих процесів постійно конкурує і протистоїть збереженню здоров'я людей. Перевантаження транспортних артерій підвищує шум, з'являються автомобільні «пробки», виникають проблеми з парковкою машин, транспортом у часи «пік».

Певна частина населення, почуваючись не здатною виконати підвищені зовнішні вимоги, або прагнучи не відстати і перегнати інших, схильна підвищувати свою працездатність за допомогою седативних, анальгезуючих або антидепресивних засобів. Так розвивається психічна, а то й фізична залежність від ліків.

Значних змін зазнає структура сім'ї. Навіть у разі формального дотримання законів щодо рівних прав чоловіка і жінки, спостерігається соціально-економічне нерівноправ'я. Окрім виробничої праці, що її здебільшого виконують з фінансових причин, і не знаходячи можливості розкрити особистий потенціал, жінка навантажена обов'язками у домашньому господарстві набагато більше за чоловіка. Послаблюються сімейні стосунки, сімейне середовище для дітей стає менш значущим, ніж у минулому, члени сім'ї часто, у кращому випадку, збираються разом лиш за вечерею, не завжди у повному складі. І у ці хвилини контакти членів сім'ї між собою бувають замінені переглядом телевізійних програм, котрі, з одного боку, передчасно вводять дітей у світ дорослих та психічно

збуджують їх, а з іншого, - надто розсіюють та притуплюють їх. Авторитет батьків, особливо батька, втрачає свою традиційну ефективність. Зміст терміну «демократизація сім'ї» має як свої позитивні сторони (наприклад, відволікання від сліпої й некритичної слухняності підлеглих членів сім'ї та можливість відкритого обміну поглядами у родині), так і негативні: розпад стабільних ідентифікаційних прикладів для дітей того віку, коли вони ще не мають достатнього досвіду для самостійної вірної всебічної оцінки людей, подій навколо себе. Розвиток транспорту дозволяє молоді в короткий термін змінювати місце перебування, встановлювати контакти з групами молоді, яких батьки зовсім не знають. Батьки при цьому втрачають контроль за дітьми, що призводить до девіантних форм поведінки.

## **ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОГІЄНИ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ**

### **1. Виховання дітей шкільного та дошкільного віку.**

В період формування ядра особистості необхідні:

- 1) підтримка розумного режиму дня, харчування, зайнятості, ігрової діяльності, відпочинку, сну і т.д.;
- 2) забезпечення адекватної психологічної ситуації у родині та дитячому педагогічному колективі, із правильним співвідношенням турботи і вимогливості. Виховання відбувається ліпше на власних прикладах та діях дорослих, ніж нотаціями, заборонами і страхами, котрі формують із дитинства негативні захисні психологічні комплекси особистості.

Слід не приховувати від дитини проблеми і конфлікти, а конкретно, на прикладі, показати терпляче вирішення складних проблем. Не втягувати дітей у такі конфлікти і ситуації, які вони не в змозі оцінити і зрозуміти. Прагнути, щоб діти на власному досвіді вчилися розуміти ціну речам та грошам, вести їх до самостійності та відкритості. Не нав'язувати

передчасно кон'юнктурну діяльність, до якої дитина відчуває відразу або боїться її. Це стосується, приміром, високих досягнень у спорті. Слід виховувати у дітей любов до фізичної праці, що пізніше може стати основою для улюблених занять та «хобі», особливо у людей розумової праці.

## **2. Шкільна психогігієна.**

До виникнення психічних розладів у учнів шкіл призводять наступні проблеми, які потребують відповідної психопрофілактики:

а) нездатність подолати навчальні навантаження завдяки їх складності, перевантаженню програми та іншим вимогам;

б) несправедливе, вороже ставлення педагога до відстаючих, до всіх учнів чи окремих осіб, взаємна антипатія та ін.;

в) зміна шкільного колективу - необхідність адаптуватися до сталих відношень у чужому дитячому колективі і з педагогами;

г) відчуження дитячим колективом з різних причин.

## **3. Сексуальне виховання і статеві стосунки.**

Основою статевих стосунків є потреба у продовженні роду (*прокреація*) та нервово-психічній стимуляції (*рекреація*). Оптимальне задоволення статевої потреби (як і іншої потреби) супроводжується позитивним емоційним станом (*еустресом*), що укріплює нервово-психічне здоров'я. Перешкоди до задоволення статевої потреби або неповне її задоволення породжує негативні емоції (*дистрес*), що призводить до виникнення нервово-психічних та статевих порушень.

Оптимізація статевих стосунків здійснюється медичними працівниками шляхом цілеспрямованої санітарної просвіти. Особливе значення має статеве виховання підростаючого покоління, яке має бути спрямоване на:

1) вироблення психологічних статевих відмінностей у дошкільному та шкільному віці: належність до певної статі, певної трудової та господарської спрямованості, сімейної орієнтації і т. ін.;

2) у підлітковому та юнацькому віці важлива правильна інформація про статеве дозрівання, зміни зовнішнього вигляду, культуру сексуальних стосунків та ін. Важливою є своєчасна правдива інформація щодо проблем, які породжуються сексуальним життям. Слід виховувати у юнаків відповідальність стосовно дівчат, а у дівчат - відповідальність щодо самих себе, за своє здоров'я та майбутнє материнство.

#### **4. Психогігієна сім'ї.**

Важливе значення має адекватний вибір партнера за шлюбом. Для гармонійного сумісного життя має велике значення схожість поглядів та інтересів, культурного та інтелектуального рівня, певні комбінації характеру обох. Малоприйнятною є, наприклад, темпераментна вибуховість з обох сторін, тенденція до формування паранойяльних рис (недовірливість, підозрлість, ревності) у обох партнерів, прагнення до пригнічення іншого, особливо у комбінації з емоційно-вольовою нестійкістю та впертістю. Організуючи сімейні стосунки, слід пам'ятати, що кожний член сім'ї:

1. повинен мати свій життєвий простір;
2. пам'ятати про необхідність поважати іншого;
3. впливає на оточуючих і сам підпадає під їхній вплив;
4. може опинитися у центрі впливу інших членів сім'ї. Доцільно не ухилятися від цього впливу, а навчитися керувати ним;
5. виконує кілька ролей у сім'ї (жінка, мати, бабуся та ін.).

«Шість смертних гріхів» можуть звести радість спільного життя нанівець коли ви:

1. чекаєте від свого партнера (жінки чи чоловіка) забагато щастя, роблячи його відповідальним за власне щастя;



2. маєте хибні уявлення про сексуальність подружжя;
3. заздрите успіхам партнера;
4. несерйозно ставитесь до його турбот, проблем;
5. забудькуватістю та зневажливим ставленням даєте зрозуміти партнерові: «Ти вже небагато для мене важиш»;
6. даєте зрозуміти партнерові : «Ти більше мене не приваблюєш».

Успішними для шлюбу є:

1. об'єктивне, свідоме сприйняття рис характеру один одного - як позитивних, так і небажаних;
2. толерантність до особливостей характеру партнера;
3. взаємна повага і підтримка;
4. психологічно раціональне вирішення виникаючих конфліктних ситуацій, терплячість і стриманість;
5. взаємодопомога у домашніх справах, притягнення членів родини до вирішення питань про важливі покупки, місце проведення відпустки та ін.;
6. терпіння та повага до інтересів, захоплень і знайомих один одного, котрих самі не поділяють;
7. забезпечення здорового способу життя (без шкідливих звичок);
8. виховання у дітей на власному прикладі скромності, чесності, працьовитості;
9. повага і прийняття сексуальних потреб і схильностей один одного: сексуальна дисгармонія, що виникає протягом подружнього життя, зазвичай є наслідком непорозуміння і конфліктів психологічного характеру.

## **5. Психогігієна праці та відпочинку.**

На виробництві слід раціонально організувати ділові функції, оптимальні навантаження, робочий час. Важливо підтримувати коректну, благоприємну ділову атмосферу, створювати позитивну емоційну

установку до праці. Велику роль відіграє адекватний вибір професії. Розробляються конкретні психогігієнічні заходи стосовно конкретних професій та професійних шкідливостей.

«Роботоголізм», втома, невдоволення роботою, почуття виснаженості часто виникають внаслідок антипатії до виду праці, яку людина вимушена виконувати, невизнання наслідків, дезорганізації трудових процесів, конфліктів із співробітниками чи керівництвом. Також робітник виснажується завданнями, які перевищують його можливості.

Відпочинок має бути по можливості активним, діяльність - спрямованою на розвиток особистості, і протилежно спрямованою до тієї, яку людина виконує на роботі. Для робітника розумової праці - такими є фізичні навантаження, спорт; для людей, які займаються фізичною працею - пасивний відпочинок (фізичний спокій із розслабленням м'язів або сон). Після зникнення фізичної втоми для такої людини відпочинком буде діяльність, що потребує розумового навантаження: читання, радіо, телебачення, ігри, шахмати, навчання. Активний відпочинок не повинен бути пов'язаний із підвищеним напруженням, почуттям відповідальності та турботами, як це буває, наприклад, на спортивних змаганнях. Активний відпочинок одного члена родини не повинен постійно порушувати життя та зв'язки родини.

## **6. Психологія та психогігієна старості.**

Збільшення тривалості життя останніми десятиліттями для більшої частини людей похилого віку означає подовження періоду занепаду сил, хвороб, самотності. Ці люди звертаються до лікарів, деякі у зв'язку з депресією, тяжким подавленим станом стають пацієнтами психіатра. У багатьох настає загострення і гіперболізація, в основному негативна, їх рис характеру. Наприклад, якщо людині у молодому віці була властива говіркість, - вона стає надмірно балакучою, дбайливий перетворюється на

дріб'язкового, обережний на боязкого, недовірливий на підозрілого, ощадний на скупого.

Позитивними рисами старості є розсудливість і поступливість, які спираються на багатий життєвий досвід.

Зниження рухливості нервових процесів породжує забруднення здатності пристосовування до змін. Орієнтацію у зовнішньому світі затруднює притуплення органів чуття: зниження слуху, зору. Порушення процесів травлення, секреції, сну призводять до фіксування уваги у цих напрямках. Люди похилого віку краще пам'ятають старі події, ніж запам'ятовують нове (закон Рібо старечого згасання пам'яті), тому у них набувають значення спогади юності. Якщо ці періоди були щасливими, то людина легше переносить і неприємні ситуації у нинішньому, і навпаки. Сучасне суспільство дотримується культу молодості та здоров'я: речі, що виготовляються, дійсні чи уявні цінності є орієнтованими на молодь, у зв'язку з чим у людей похилого віку складається враження, що з їх інтересами та потребами не рахуються, вони почувають себе знедоленими. Особливо важким є період виходу на пенсію. Чоловікам при цьому більш властиво занурюватися у депресію. Люди, що позбавлені можливості працювати, позбавлені ритму роботи та відпочинку, стають пасивними, незадоволеними, похмурими, буркотливими. Звідси виникає заклик до активної старості, наповненої діяльністю або безпосередньою працею згідно з фахом або улюбленою справою – «хобі».

Вирішуючи питання працевзабезпечення людей похилого віку, передусім слід враховувати специфічні зміни їх особистості. Недоцільним є залучати їх до робіт, пов'язаних із інтенсивним фізичним та розумовим навантаженням. Бажана легка праця із неповним робочим днем, можливістю проміжних періодів відпочинку.

Часто психічно надламаними бувають жінки, які втратили чоловіка. Вони важче переносять самотність, відчують більшу потребу в

емоційному контакті, бувають не здатними на самоті переключатися на будь-які справи так, як це роблять чоловіки.

### **7. Психогігієна колективного життя (спілкування).**

Психологічний клімат - це настрій колективу, його морально-психологічна атмосфера, основним показником якої є міжособистісні стосунки. Для здорового психологічного клімату характерні доброзичливе, товариське співробітництво, принципова взаємна вимогливість один до одного. Для формування здорового психологічного клімату важливо опанувати мистецтвом *критики* і *самокритики*. Щоб критика виконувала мобілізуючу дію щодо тих, кого критикують, їй має бути притаманна:

1. *Позитивність*: важливі не тільки зміст, а й форма побудови зауважень: спочатку вказати на негативні моменти, а наприкінці бесіди відзначити позитивні, оскільки краще запам'ятовуються останні слова; здійснювати порівняння не з іншими, а власне з тим, кого критикують, згадуючи при розбиранні помилок і ті моменти, коли його праця оцінювалася позитивно; якщо критика стосується незначної помилки, бажано напочатку бесіди відзначити позитивні риси опонента.

2. *Перспектива*: не тільки обгрунтовано критикувати за помилки, але й пояснити хоча б у загальних рисах шлях до їх подолання.

3. *Конструктивність*: той, хто припустився помилки, повинен зрозуміти сутність та структуру помилки, усвідомити її викорінення і уникнення її надалі. Форма критики не повинна зачіпати гідність людини, її професійної честі, самолюбства. Критика має бути направлена на помилкові дії, а не на людину, її особисті якості.

4. *Неупередженість*: ступінь критики повинен не перевищувати вини того, кого критикують. Щоб уникнути негативної реакції, критикуючий має подумки, а в складних ситуаціях і з олівцем в руках скласти план аналізу помилки, розділити всі чинники, що призвели до помилки, на

об'єктивні і суб'єктивні, що мають пряму чи опосередковану залежність від того, кого критикують.

5. *Лаконічність*: людина не може довго вислуховувати зауваження; її увага відволікається, вона починає думати про сторонні речі. При цьому найбільш доцільним є застосування дедуктивного методу умовиводів: спочатку викласти основну думку, головний вивід, а потім привести докази.

6. *Цілеспрямованість*: предметом критики мають бути головні, а не другорядні питання: не сперечайтесь за дрібниці, щоб не заступити головного і не підірвати віри до себе, в свої можливості.

7. *Коректність, тактовність, ввічливість*: брутальність, хамство, нетактовність спричиняють не тільки деморалізуючу дію на людину, знижують ефективність її праці, але й призводять до значних психосоматичних, психоневротичних і невідкладних (інфаркти, інсульти) станів. Грубість - це ознака слабкості, невміння переконати людину в своїй правоті силою логіки.

8. *Оптимальна кількість зауважень*. Безмірно часте і тривале використання критики спричиняє байдужість до зауважень, приводить того, кого критикують, до думки, що це є стилем роботи критика.

9. *Гнучкість форми критики*, яка повинна змінюватися в залежності від обставин, але мати однозначний зміст. Дотримання субординації, ступінь досвіду робітника, колегіальність.

10. *Своєчасність*: затримана критика не тільки втрачає свою актуальність, але й нерідко розцінюється як придирка.

11. *Індивідуальність*: слід брати до уваги індивідуальні якості особи критикованого - темперамент, стать, вік, здоров'я, рівень культури, кваліфікацію, минулі заслуги та мотиви, які призвели до помилки.

Неадекватне сприйняття критики часто виникає необгрунтовано, як виправдання своєї поведінки.

Основні типові варіанти неправильного сприйняття критики:

1. **Демонстративний:** характеризується бурхливими проявами, прагненням не стільки довести справедливість, скільки продемонструвати негативне ставлення до критики, звинуватити у помилковості обраного методу оцінки поведінки, роботи. Конtrarгументи «демонструються» на підвищених тонах, грубо, нетактовно. Особливо це є характерним для осіб, схильних до агресивного типу поведінки.

2. **Депресивний:** критика сприймається як засіб, що застосований для дискредитації, приниження, причіпок. Властиві низька самооцінка, невпевненість у власних можливостях, постійне хвилювання, надмірна вразливість, знижений фон настрою, сензитивність. Депресивна реакція створює підґрунтя для психосоматичних розладів. Її витoki нерідко знаходяться у дитячому і підлітковому віці у разі сімейного виховання з надмірною опікою, або коли дитина стає об'єктом муштри із вимаганнями педантичного виконання своїх обов'язків, слухняності.

3. **Конформістський:** тенденція змінювати свою поведінку відповідно до тверджень оточуючих. Будь-яка критика - вірна чи невірна - отримує позитивну оцінку, що може доходити до догодження. Властивими є відсутність самостійності при ухваленні рішень, прагнення сховатися за колективною думкою, уникнути відповідальності. В окремих ситуаціях поява конформізму може оцінюватися позитивно, приміром, позитивна реакція медсестри на необґрунтовані звинувачення тяжкохворих з несприятливим прогнозом або психічно хворої людини.

4). **Індиферентний:** байдужа пасивність («в одне вухо влітає в інше - вилітає»). Ґрунтується на неправильному уявленні про критику - що критикують, начебто, для формального порядку, і критика не допомагає, а шкодить. Але індиферентне сприйняття критики може у деяких випадках носити позитивний характер, якщо, наприклад, осудження та докори, навіть необґрунтовані, виходять від тяжкохворої людини. Лікар чи

медсестра, керуючись логікою, мають сформулювати для себе вірну установку: «Так, хворий неправий, вчинив мені несправедливе зауваження, але його можна зрозуміти, тому що він змучений хворобою. Я не маю права сперечатися з ним, хворобливо реагувати на його зауваження...».

Оптимальний варіант реагування на критику у загальних рисах описаний у широко відомій пам'ятці: «Не згоден - заперечуй, заперечуєш - пропонуй, пропонуєш – здійсний».

### **8. Психогігієна конфлікту.**

*Конфлікт* - це суперечливий, протиборствующий стан, який супроводжується негативними емоціями внаслідок зіткнення протилежно направлених позицій, інтересів, цілей, поглядів, думок. Об'єктом конфлікту може бути все, що створює умови для конфліктної ситуації. Конфлікти бувають міжгрупові, міжособові та внутрішні (наприклад, невротичні). Багатьом складним ситуаціям можна запобігти, якщо володіти правилами попередження конфлікту і дотримуватися їх. Правильна поведінка у конфліктній ситуації є могутнім чинником профілактики неврозів та інших психічних розладів.

Деякі рекомендації конфліктології (вчення про конфлікти) щодо правил розв'язання конфлікту:

- 1) не реагувати на конфлікт, який щойно виник, зачекати деякий час. Оцінка конфлікту як можливої несправедливості збуджує людину, робить її агресивною, заважає реально оцінити ситуацію та прийняти оптимальне для себе рішення. Негайна реакція за силою може перевищити подразник, що спричинив її, і тим самим ще більш поглибити конфлікт;
- 2) намагатися поставити себе на місце кривдника і знайти для нього виправдання; побачити у ньому конкретну особистість зі своїми образами, проблемами, захисними підсвідомими механізмами;

3) поступитися у конфлікті - ознака не слабкості, а сили. Нападник є слабшим вже тим, що спричинив конфлікт. Якщо ви при цьому понесли збитки, намагайтеся відшкодувати їх у майбутньому, коли ви спокійно розберетеся в ситуації. Якщо конфлікт не вирішився або вирішився не на вашу користь і залишив по собі відчуття збитку, слід розрядити ці негативні емоції. Для цього також існує цілий ряд засобів:

а) інтенсивна фізична діяльність або заняття спортом;

б) багаторазовий переказ психотравмуючої ситуації своїм друзям, знайомим, після чого вона поступово почне здаватися менш значною;

в) переключення на якусь складну інтелектуальну задачу, бажано суб'єктивно приємну, і т. ін.

### **9. Психогігієна побуту: переборювання шкідливих звичок.**

Вживання психотоксичних речовин (алкоголю та нікотину), різних фармакологічних препаратів, що мають седативну і психостимулюючу дію, і до яких можливе розвинення звикання, позначають термінами *«залежна поведінка»*, *«залежність від вживання алкоголю та психоактивних препаратів»*, та ін.

Усвідомивши шкідливість паління і твердо вирішивши назавжди позбавитися шкідливої звички, вольова людина здійснює це рішення відразу і безповоротно. Людям з недостатньо сильною волею допомагають методи поступового позбавлення звички паління: двосхдинкова система А.С. Романова, засоби фізіотерапії, народної медицини та ін.

Психологічним чинником пияцтва є прагнення людини за допомогою алкоголю компенсувати ті чи інші недоліки свого характеру, врівноважити реальні труднощі психологічної адаптації до конкретної життєвої ситуації. У психогігієнічній, психопрофілактичній та психотерапевтичній антиалкогольній роботі вирішуються наступні завдання: 1) виявлення серед населення, особливо молоді, осіб, залежних від алкоголю; 2) широка антиалкогольна пропаганда; 3) психогігієнічні заходи. Сюди включають



лекції та бесіди серед населення, заборону реклами алкогольно-тютюнових виробів, створення антиалкогольного та антитютюнового культу (здорового способу життя), психотерапевтична робота з корекції поведінки осіб із «характерами алкоголіків» (раціональна психотерапія, аутогенне тренування, емоційно-стресова психотерапія, участь у роботі груп взаємодопомоги типу «анонімних алкоголіків») тощо. З початку 80-х років застосовують метод емоційно-стресової психогієни, що є залученням людей до життя у оздоровчому «сп'янінні внутрішніми прагненнями» внаслідок творчого спілкування з природою, літературою, мистецтвом, наукою, завдяки творчому пошукові у повсякденній праці, колекціонуванні, мандррам, виготовленню творів мистецтва. У людини, яка знайшла за допомогою творчих занять свою духовну індивідуальність, своє місце серед людей, захоплена новими способами життя, що відкрилися, змінюється світосприйняття. Така людина не потребує алкогольного збудника.

Щоб позбавитися від потягу до алкоголю, рекомендують (В.Е. Рожнов):

1. Не несіть тягар хвороби у собі - неодмінно зверніться до лікаря у своїй поліклініці, до районного, обласного центру.
2. Спробуйте вирватися із «п'яної» компанії - хибне розуміння почуття товариства з друзями по пиятиці психологічно прив'язує вас до алкоголю.
3. Шукайте підтримку у спілкуванні з іншими людьми, що також прагнуть позбавитися шкідливої звички.
4. Спробуйте знайти форму прояву своєї особистості у якомусь різновиді активної, творчої праці. Якщо теперішня справа вам не подобається, спробуйте знайти іншу, більш бажану. Пам'ятайте: лише робота, яка дає відчуття необхідності, може витіснити з вашої психіки потяг до алкоголю.

5. Обміркуйте систему організації вашого дозвілля. Чим ви цікавилися у дитинстві? Що вам подобається зараз? Весь ваш час, особливо напочатку лікування, має бути заповненим активною діяльністю, спілкуванням у сім'ї, фізкультурою.

6. Щоб полегшити собі усі ці дії, погляньте на себе «поглядом прокурора», а на оточуючих – «поглядом захисника»: спробуйте у першу чергу в усіх своїх невдачах звинувачувати себе, а не інших. І тоді ви станете на шлях одужання.

Психогігієнічні заходи з профілактики алкоголізму мають поєднуватися із засобами загального зміцнення організму - раціональним харчуванням, загартовуванням, фізкультурою.

Робота з попередження наркоманій і токсикоманій має своїми складниками моральне, психологічне та правове виховання молоді, створення оптимальних умов для проведення її дозвілля, своєчасне виявлення серед населення, особливо молоді, осіб, що мають потяг до наркотиків, виховні та психогігієнічні заходи (аналогічні до антиалкогольних) у групі підвищеного ризику, ліквідацію нелегальних джерел придбання наркотиків (знищення посівів культур, що містять токсичні речовини), лікування хворих на наркоманію та токсикоманію, і т.ін. Вітчизняним законодавством передбачена карна відповідальність за виготовлення, зберігання (навіть без наступного розповсюдження і вживання) і розповсюдження наркотиків. Хворий на наркоманію, що самостійно звернувся за допомогою, має моральну перевагу перед особами, які не бажають лікуватися, і до яких застосовують примусове лікування в умовах ізоляції від суспільства.

## **МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОГІГІЄНИ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ**

Впровадження принципів психогігієни і психопрофілактики є справою не тільки медичних працівників. На це мають бути спрямовані

зусилля усього суспільства, усіх його складових частин та організацій. На засадах психогієни повинні ґрунтуватися програми організації праці, навчання та виховання.

Медичні працівники організують читання лекцій, проведення співбесід, виступи у пресі, на радіо, телебаченні із пропагандою здорового способу життя. Подібні виступи можуть бути організовані для однорідних груп населення (юристів, педагогів, батьків, дітей шкільного віку, молодят, робітників підприємств). Останнім часом організуються консультації психогієнічного та психопрофілактичного напрямку, центри здоров'я, телефони довіри, кризові служби та інші форми психопрофілактики.

### **КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:**

1. Дати визначення поняття «психопрофілактика».
2. Завдання первинної та вторинної психопрофілактики.
3. Визначення і завдання реабілітації.
4. Дати визначення поняття «психогієна».
5. Що таке психічне здоров'я ?
6. Історія становлення психогієни.
7. Дати характеристику чинників, які можуть викликати психічні розлади.
8. Психогієна виховання дітей.
9. Психогієна шкільного віку.
10. Психогієна статевих відносин.
11. Психогієна сім'ї.
12. Психогієна праці й побуту.
13. Геронтологічний аспект психогієни.
14. Психогієна спілкування: правила поведінки за умов критики.
15. Що таке конфліктологія та її рекомендації.
16. Психогієна та психопрофілактика шкідливих звичок.
17. Методи організації психогієни та психопрофілактики.

## **ЗАНЯТТЯ № 17**

### **ПИТАННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ. ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ**

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**НАВЧАЛЬНА МЕТА:** ознайомити студентів з основами психотерапії, методами, основними сучасними напрямками, показаннями і протипоказаннями до її застосування при різних захворюваннях.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбова кімната, стаціонар психіатричного відділення, гіпнотарій.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** тематичні хворі, відеозапис і аудіокасети із записом аутогенного тренування, сугестивних текстів.

**Психотерапія** (від грецьк. - *душа* + *лікування*) - планомірне застосування психічного впливу (передусім - за допомогою слова) для лікування хворого.

Психотерапію підрозділяють на загальну і спеціальну.

**Загальна психотерапія** - це комплекс заходів психічного впливу на хворого, спрямованих на підвищення його сил у боротьбі з хворобою, і створення охоронно-відновлювального режиму, що виключає наступну психічну травматизацію і ятрогенію. При цьому психотерапія є допоміжним засобом, що створює загальний фон, на якому здійснюються інші види лікування (медикаментозне, хірургічне, фізіотерапевтичне тощо).

Загальна психотерапія тісно пов'язана з медичною деонтологією, складаючи з нею єдину систему поведінки медперсоналу. Якщо мед. деонтологія орієнтує лікаря на те, що він повинен і чого не повинен робити, то психотерапія озброює його методами, за допомогою яких він зможе цього досягти. Психотерапія включає і вплив словом, і емоційно-психологічний клімат, який оточує хворого. У широкому розумінні психотерапія дає змогу створити у хворого позитивні життєві установки, створити навколо нього сприятливі умови, організувати режим. Психотерапія містить елементи психопрофілактики і психогігієни.

Основними методиками спеціальної психотерапії є раціональна, сугестивна психотерапія, самонавіювання, аутогенне тренування, наркопсихотерапія та ін. Розробка ефективних методик і прийомів спеціальної психотерапії і їх теоретичне обґрунтування складають предмет наукової психотерапії.

**Сугестивна психотерапія.** Сугестія (навіювання) найбільш повно проявляється у гіпнотичному стані, тому сама методика навіювання нерідко називається гіпносугестивною. Однак це невірно, оскільки навіювання у стані неспання - одна з самостійних методик психотерапії. В.М.Бехтерев

зробив великий внесок у теорію і практику навіювання, зокрема запропонував методику відволікаючого навіювання від хворобливих переживань. Його учень Б.Н.Сінані розробив систему мотивованих навіювань, які ґрунтуються на довірі і позитивному емоційному ставленні хворого до лікаря. Для перевірки і підсилення навіюваності у стані неспання, і особливо у гіпнозі, запропонований фракційний метод, який полягає у почергових короткочасних зануреннях хворого у гіпнотичний стан і пробудженнях, щоб підсилити у наступних станах відчуття, які сформовані навіюваннями. До методик сугестивної психотерапії відносяться також гіпноз-відпочинок за Платоновим і подовжена гіпнотерапія за Рожновим: хворий занурюється у гіпнотичний стан у першому випадку на багато годин, у другому - на 1,5-2 години. Ці методики використовують як для проведення лікувального навіювання, так і з метою охоронно-відновлювальної терапії.

**Раціональна психотерапія (П.Дюбуа).** Це вільна від сугестивних і емоційних компонентів система суто логічного впливу на психіку хворого, мета якої - розвіяти помилкові уявлення щодо характеру і важкості його стану. Раціональна психотерапія містить методики, які враховують характер хворобливого стану людини, особливості особистості, її спосіб життя. У будь-якій психотерапевтичній методиці присутній певний елемент раціональності. Провідними є пояснення і докази, створення разом з хворим необхідних саме йому життєвих установок. Таким чином, раціональна психотерапія - це поєднання логічних переконань із лікувальним перевихованням.

Суттєвим є емоційний, часом емоційно-стресовий вплив лікаря. Мова лікаря, протягом здійснюваного сеансу, має бути вільною від доктринної сухості, менторського тону і сентиментальності. Лікувальне переконання слід будувати від сеансу до сеансу на внутрішній логіці. Слова і фрази - місткі за змістом, вражаючі, повинні зацікавити і переконати хворого у

тому, що лікар має рацію. Тільки дотримуючись усього перерахованого, можна викликати у хворого таку критичну оцінку його хворобливих, у т.ч. фобічних думок, яка дасть можливість досягти лікувального ефекту.

**Аутогенне тренування** (скор.- АТ) за Шульцем побудоване на спостереженнях за хворими, які перебувають у гіпнотичному стані, а також їх самозвітах про пережиті при цьому відчуття. При цьому значно послаблений тонус як поперечно-смугастої, так і гладкої мускулатури, що визначає можливість впливу на соматичну сферу.

АТ - це спеціальна психотерапевтична система релаксації, яка враховує одночасно фізіологічний стан хворого і симптоми хвороби. Задіюється вегетативна система організму (змінюються температура тіла, потовиділення, ритм скорочення серцевого м'яза та ін.). Під час сеансу АТ, незалежно від його методики, хворий відчуває тепло і тяжкість у руках і ногах, приємну прохолоду в ділянці чола, тепло в епігастральній ділянці. Деякі дослідники розглядають АТ як один із варіантів самогіпнозу, схилиючись у наближенні феноменів, що виникають при АТ до зосередження думки і самозанурення у світ власних відчуттів, що властиво індійській йозі. Шульц підкреслював спорідненість своєї методики з йогою.

Методика АТ Шульца вимагає певної витримки і багато часу для вивчення і засвоєння вправ, що зужує її лікувальне використання ефект. Існує декілька модифікацій і варіантів, у яких переслідуються мета об'єднати і спростити вправи, а також адаптувати їх до особливостей хворобливих станів.

За кордоном дуже поширені модифікації АТ (методики Луте, Клайнзорге, Клумбіс та ін.). Оригінальні варіанти АТ запропонували вітчизняні психотерапевти А.С. Ромен, П.С. Біляєв, М.С. Лебединський, Т.Я. Бортник, С.С. Лібіх, О.М. Свядоц та ін. Особливий варіант АТ під назвою «*психотонічне тренування*» (А.М. Шогам і К.І. Мирівський).

Рекомендований особам, що страждають на гіпотонію, оскільки їм протипоказана традиційна релаксація.

О.В. Алексєєву належить психопрофілактичний варіант АТ - *психом'язове тренування*, яке запроваджується, наприклад, у спорті.

Слід відзначити транквілізуючий вплив АТ на емоційну сферу. Однак не повинно бути пасивно-байдужого заспокоєння, сонливого стану; обов'язково потрібно культивувати насичену позитивними емоціями віру у свої сили, а також у лікувальні можливості методики.

**Групова і колективна психотерапія** являється самостійною методикою. Вона ґрунтується, з одного боку, на тому, що в групі у хворих підвищується навіюваність і виникають особливі умови міжперсонального спілкування; з іншого боку - групова і колективна психотерапія дає змогу відкрити нові можливості для індивідуальних психотерапевтичних методик. Лікар, який керує сеансами колективної психотерапії, будує свою роботу з групою хворих (так зв. терапевтичним середовищем або терапевтичною спілкою) таким чином, щоб досягти максимального лікувального впливу хворих один на одного і колективу в цілому на кожного окремого хворого. Це так званий принцип інтеракції або групова психотерапія по Кратохвілу.

Зарубіжні дослідники використовують лише поняття «групова психотерапія». Теоретичною основою більшості розроблених ними методик, наприклад, дидактичної групової психотерапії, надихаючої психотерапії, групового аналізу, сімейної психотерапії, психодрами, служить психоаналіз і його модифікації. Вітчизняні дослідники таку форму психотерапії, при якій головний лікувальний ефект залежить від впливу хворих один на одного називають *колективною*, а таку психотерапію, при якій переважає лікувальний вплив лікаря на групу хворих, *груповою*. Вітчизняні психотерапевти для корекції невротичних станів і для підвищення творчої активності особистості широко застосовують різні



варіанти колективної і групової психотерапії. В колективній психотерапії групова методика використовується для лікувального перевиховання, для лікувального тренування, реабілітації, для вивчення психогенезу (за допомогою методів «психотерапевтичного дзеркала» за Лібихом, «бібліотерапії» за Кутаніним та ін.), для проведення мотивованих навчання (у формі сугестії або раціональної психотерапевтичної бесіди із хворими, що перебувають у стані неспання). Серед більш вузькоспрямованих варіантів колективної психотерапії виділяють активуючу, відволікаючу, пояснюючу і седативну.

**Сімейна психотерапія** - особливий варіант колективної психотерапії, яка спрямована на корекцію міжособистісних стосунків для усунення емоційних розладів у сім'ї. Показанням для її застосування є усі види порушень поведінки, що пов'язані з емоційними факторами, аномалії характеру та інші нервово-психічні розлади, які викликані різноманітними формами сімейної дезорганізації і неправильним вихованням. Мета сімейної психотерапії досягається перебудовою характеру взаємостосунків у сім'ї хворого. Сімейна психотерапія передбачає перебудову порушених сімейних стосунків стадійно. У першій стадії (*діагностичній*) відбувається постановка так званого сімейного діагнозу, у другій - *ліквідація сімейного конфлікту*. Третя стадія є *реконструктивною*, а четверта - *підтримуючою*. Існують модифікації стадій.

До різновиду колективної психотерапії відносяться різні лікувальні клуби, які переслідують корекційно-реабілітаційну мету. Керівники цих клубів за допомогою прямих і другорядних сугестивних, раціональних та інших прийомів (наприклад, бібліотерапія, музикотерапія) досягають позитивного ефекту у роботі з хворими на неврози і алкоголізм. До групової психотерапії відноситься методика психопрофілактичного знеболювання пологів (К.І. Платонов і І.З. Вельвовський).

Групова і колектива психотерапія особливо ефективна за максимального (виразно експресивного) емоційного впливу на хворих. На цьому принципі ґрунтується методика колективної емоційно-стресової гіпнотерапії, яка застосовується при комплексному лікуванні хворих на алкоголізм і неврози, у першу чергу для усунення істеро-невротичних реакцій і істеричних моносимптомів.

**Наркопсихотерапія**, або наркогіпноз, - спеціальна методика психотерапії, за якою разом із звичайним мовним і психоемоційним впливом, для підвищення навіюваності застосовують інгаляції закису азоту або внутрішньовенне введення барбамілу (амітал-натрію), гексеналу, пентоталу та інших препаратів барбітурової кислоти. Частковий наркоз зумовлює більшу ефективність психотерапії, зокрема, у такому стані хворі більш повно відтворюють амнезовані факти. Бажано поєднувати сеанси наркопсихотерапії з продовженими сеансами гіпнотерапії. Протипоказаннями до наркопсихотерапії є гепатит, цироз печінки, серцево-судинні порушення.

### **МОДИФІКАЦІЇ ОСНОВНИХ МЕТОДИК ПСИХОТЕРАПІЇ**

*Методика збуджуючих спогадів* за Мором: лікар акцентує увагу на моментах, пов'язаних з хвилюючими уявленнями у хворого, і цим досягає підвищеного емоційного стану, внаслідок чого змінюється ставлення до того, що відбувається під час психотерапевтичного сеансу, і до особистості самого лікаря, що сприяє терапевтичному ефекту.

*Методика сократичного діалогу* за Кречмером: це результативність у роботі з ерудованими високоінтелектуальними хворими, для яких має значення добре організована дискусія у формі аргументованої співбесіди.

*Методика терапії ігноруванням (спростуванням)*: орієнтована на витіснення і спростування хворобливих і хвилюючих переживань. Здебільшого лікувальний вплив здійснюється у категоричній, імперативній формі.

Існує ряд ефективних методик для хворих з інфантильно-істеричним складом особистості. *Методика імаготерапії* (І.С. Вольперг, 1972) є різновидом ігрової психотерапії. Хворий, бере участь у імпровізованих інсценуваннях, де відтворює уявний образ, який справляє на нього позитивний лікувальний вплив. Імаготерапія успішно застосовується у дитячій і підлітковій психотерапії.

*Патогенетична психотерапія* (система психогенетичного аналізу В.Н. Мясіщева із співавт.). Хворий під керівництвом лікаря детально аналізує своє життя, виявляє моменти біографії, спроможні викликати патологічну симптоматику і, виходячи з отриманих знань, прагне виробити у себе такі риси особистості і форми поведінки, що допомогли б йому здолати невротичну чи іншу симптоматику.

Лікувальна тактика вітчизняної психотерапії ґрунтується на поєднанні її з фармакотерапією, гормонотерапією, фізіотерапією, трудотерапією, курортними факторами та іншими медичними заходами з метою взаємного потенціювання методів.

Медикаментозний ефект в значній мірі залежить від вторинного психотерапевтичного сугестуючого впливу лікаря, що призначає ліки. Б.Є. Вотчал вважав, що на 60% ефективніше лікування пов'язане з психотерапевтичним ефектом, що створюється за механізмами гетеро- і ауто-сугестії. Психофармакологічні засоби - нейрореприванти і антидепресанти ефективні у комплексі з методиками як індивідуальної, так і колективної психотерапії. Взаємопоглиблююча дія психофармакологічних засобів і емоційного впливу, як і додаткова рефлексотерапія, фізіотерапія, трудотерапія, лікувальна гімнастика, підвищують загальний ефект психотерапії.

В сучасній психотерапії застосовуються різні концепції, теорії і напрями різних підходів, прийомів і методів. Кожен з підходів має власне уявлення про особливості психічного світу і провідні механізми розвитку

межових нервовопсихічних розладів. Нижче наведено кілька окремих психологічних шкіл та притаманних їм психотерапевтичних прийомів.

*Класичний психоаналіз* (З.Фрейд і послідовники австрійської школи). Психоаналітична психотерапія має на меті усвідомлення підсвідомих хворобливих переживань. Головні методи: вільні асоціації та тлумачення сновидінь.

*Психосинтез* (Р.Ассаджіолі та ін.). Практика ґрунтується на ідеї інтеграції цілісної особистості із її складових частин - субособистостей. Головний метод: заглиблення в особливий (напівгіпнотичний) стан свідомості, а також медитації. Медитація - це метод саморегулювання через керування увагою та концентрація її на якомусь одному об'єкті чи процесі.

*Позитивна психотерапія* (Н. Пезешкіан). Головна мета - мобілізувати наявні у пацієнта здібності і потенціал самодопомоги, превентивні виховні заходи. Основні методи: пацієнт у ролі психотерапевта і терапія соціального оточення.

*Нейро-лінгвістичне програмування: НЛП* (Р. Бендлер, В. Гріндер). Теорія ґрунтується на тому, що людина отримує інформацію через п'ять органів сприйняття (модальностей): візуальну, аудіальну, кінестетичну, нюхову і смакову. Послідовність використання модальності людиною для переробки інформації - це є стратегія особистості в її життєвих вчинках. Людський суб'єктивний досвід залежить від індивідуальних особливостей стратегій, що застосовуються, і від ступеня розвинутої кожної модальності. Мета НЛП: навчання умінню виділяти стратегії і модальності своїх партнерів по спілкуванню і застосовувати їх у оптимальному для себе співвідношенні. Головний метод: робота з модальностями.

*Логотерапія* (В.Франкл). Це спрямування даної теорії на отримання сенсу життя. Відсутність змісту життя пов'язується із «екзистенціальною фрустрацією». Головною терапевтичною технікою є парадоксальна

інтенція (бажати собі дечого замість того, щоб боятися цього, наприклад: «я бажаю собі тривоги»). Логотерапевтичний підхід ґрунтується на концепції і контрконцепції: пацієнт за допомогою альтернативної концепції здатний побачити ситуацію по-іншому, і при цьому вона набуває для нього нового значення.

*Недирективна (клієнтцетрована) психотерапія* (К.Роджерс). Головний акцент - прийняття пацієнта як особистості незалежно від його поведінки на даний момент. Головний терапевтичний метод - справжнє (конгруентне) відношення і поведінка терапевта.

*Гештальттерапія* (Ф.Перлз). Головне завдання - звільнити людину від невротизуючих емоціонально невідреагованих, поведінково незавершених ситуацій. Основний лікувальний принцип – «тут і зараз»: навчання пацієнта жити у нинішньому, бачити і відчувати, що реально відбувається довкола.

*Трансактний аналіз* (Е. Берн). «Трансакція» у специфічно психоаналітичному значенні означає - скласти психологічну угоду між двома особами, а в широкому розумінні - як будь-який момент взаємовідносин. Робота проводиться з трьома основними станами («ролями») «Я»: «Батько», «Дорослий» і «Дитина». Провідна лікувальна техніка - навчити розрізняти ці стани свого «Я».

### **ПОКАЗАННЯ ДО ПСИХОТЕРАПІЇ**

Основні методики використовуються у першу чергу при неврастенії разом із загальнозміцнюючим лікуванням. При властивих неврастенії головних болях і безсонні показана гіпнотерапія, при психогенній імпотенції і фригідності - роз'яснювальні бесіди, самонавіювання з АТ і сеанси гіпносугестії, при іпохондричному синдромі - раціональна психотерапія, АТ і продовжений гіпноз.

При неврозі нав'язливих станів показана раціональна психотерапія, мета якої - запевнити хворого у необґрунтованості його страху і навчити

системи самонавіювання за однією з релаксаційних методик АТ. Симптоми «розумової жуйки», агорафобії і клаустрофобії, кардіофобії, канцерофобії, так як і багато інших нав'язливих розладів, краще за все піддаються аутогенному лікувальному впливові. Також, всупереч категоричним запереченням психоаналітиків, ефективна і сугестія.

При істерії необхідна особливо продумана система впливу. У той час як істеричні соматовегетативні моносимптоми (астазія-абазія, розлади органів відчуття, контрактури, амавроз і сурдомутизм) можуть бути усунені за один чи кілька сеансів гіпнозу, то зміна істеричних форм реагування і поведінки потребує багатогранної і клопіткої праці. Потрібна перебудова установок і поглядів хворого на життя, своє ставлення до нього. Необхідний комплекс психотерапевтичних впливів із обов'язковим залученням сімейної психотерапії, з метою виробити здорові життєві позиції, що сприяють переробці егоїстичного стереотипу зокрема у психопатичних осіб істеричного типу зі схильністю до асоціальної поведінки. Слід враховувати патоморфоз істерії внаслідок соціальних чинників (переважають легкі істеричні реакції, та середньої важкості).

При істеричних реакціях і реактивних станах, викликаних конфліктними ситуаціями і важкими переживаннями внаслідок втрати близьких або їх хвороби, показані також прийоми відволікаючої і охоронної психотерапії (гіпноз-відпочинок і продовжений гіпноз). Істеричні і нав'язливі стани можуть комбінуватися з іншими невротичними розладами, тому лікарю частіше доводиться лікувати хворих зі змішаною симптоматикою, завдяки чому слід комбінувати і лікувальні прийоми.

При психопатіях психотерапія вирішує корекційно-виховні завдання за допомогою трудової терапії і середовищного впливу, а також за допомогою здорових соціальних установок. Використовуються гетерогенна і аутогенна психотерапія, причому переважне значення має

гіпноз. При вираженій психопатії психотерапевтичний вплив поєднують із психофармакологічним лікуванням (седуксен, еленіум, френолон).

Психотерапія алкоголізму і наркоманії є тим обов'язковим підґрунтям, без якого не слід сподіватися на успіх будь-якої іншої терапії. Починаючи з профілактичних антиалкогольних співбесід і закінчуючи лікуванням важких форм алкоголізму і наркоманії, психотерапія має бути самостійним терапевтичним чинником і засобом потенціювання лікарської, умовнорефлекторної, сенсibiliзуючої, трудової терапії та інших видів лікування. Велике значення мають пояснювальний лікарський вплив, сеанси навіювання у стані неспання і гіпнозу (методика колективної і емоціонально-стресової гіпнотерапії алкоголізму), самонавіювання і аутогенне тренування. Система перевиховання працею набуває реабілітаційного значення для особистості таких хворих. Має ефект система психотерапевтичних профілакторіїв для лікування хворих на алкоголізм, де застосована творча праця і матеріальна зацікавленість при одночасному використанні колективної раціональної і гіпносугестивної психотерапії, а також позитивного впливу здорового оточення.

Психотерапія підвищує лікувальні можливості при ендогенних і органічних психічних захворюваннях як засіб, що допомагає проведенню інших лікувальних заходів і потенціює їх дію.

При шизофренії на певних етапах захворювання за малопрогредієнтного перебігу без психозу психотерапія набуває основного лікувального значення, стає опорою, що допомагає хворим зберігати працездатність, адаптуватися у навколишньому середовищі і не звертатися за стаціонарною допомогою. При шизофренії з маренням гіпнотичного і фізичного впливу протипоказане застосування гіпнотерапії.

При лікуванні епілепсії психотерапія допомагає дотримуватися режиму. Психотерапія - невід'ємна ланка у системі лікувальних заходів при багатьох психічних хворобах пізнього віку.

Відкриті широкі можливості для застосування психотерапії при соматичних хворобах. При серцево-судинній патології психотерапія допомагає у профілактиці стенокардії, гіпертензії, а також лікування усіх стадій інфаркту міокарда. Загально визнаною є роль психотерапії у комплексі лікувальних заходів при бронхіальній астмі. Багатогранні можливості психотерапії в гастроентерології, наприклад, при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, гастритах, колітах.

В хірургії психотерапію впроваджували С.І. Спасокукоцький, С.С. Юдін, Н.Н. Петров, А.В. Гуляєв, С.Л. Долецький, Л.А. Дурнов та ін. Психотерапія показана як у передопераційному, так і в післяопераційному періодах. Дуже важлива її роль у дитячій хірургії. Для знеболювання під час операції розроблені різні види наркогіпнозу, наприклад, поєднання анестезуючих засобів із гіпносугестивним впливом, що дає змогу отримувати анальгезуючий ефект при значному зменшенні наркозного засобу. При стоматологічних втручаннях для тамування болю успішно використовують гіпносугестивний вплив. Досить результативне лікування фантомного болю.

Психотерапію акушери-гінекологи можуть використовувати при порушеннях лактації, дисменореї, аменореї, меноррагії, вагінізмі. Особливо ефективний гіпносугестивний вплив при невпинній блювоті вагітних і при усуненні пологових болей.

Дерматологи застосовують психотерапію при лікуванні нейродерміту, псоріазу, червоного плоского лишая, вузлуватої еритеми, бородавок та ін.

В педіатрії психотерапію використовують у системі загально-корекційного впливу, а також для лікування нічного нетримання сечі, заїкання, патологічних звичок (смоктання пальців, кусання нігтів, трихотіломанія та ін.) Усі форми патології, за яких показаний психотерапевтичний вплив у клініці для дорослих, показаний і для дітей і підлітків.



Особливе місце належить психотерапії у системі лікувальних заходів, здійснюваних у санаторно-курортних установах. Поєднання геліотерапії, бальнеотерапії і таласотерапії із іншими методами фізіотерапії і механотерапії, лікувальної гімнастики, лікуванням мінеральними водами створює умови для ефективного застосування психотерапії, яка у свою чергу підвищує дію перерахованих методів. Необхідно поєднувати психотерапію із психогігієною і психопрофілактикою. При цьому особливого значення набувають профілактичні заходи, мета яких не допустити переростання субклінічних нервово-психічних порушень у клінічно виражену патологію.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Що таке психотерапія і яке її значення?
2. Назвіть основні види психотерапії.
3. Перерахуйте основні методи психотерапії.
4. Що таке гіпноз?
5. Що таке раціональна психотерапія?
6. Що таке аутогенне тренування?
7. У чому суть групової і колективної психотерапії?
8. У чому полягає суть сімейної психотерапії?
9. Що таке наркопсихотерапія?
10. Які Ви знаєте модифікації методик психотерапії?
11. Показання до психотерапії у психіатричній клініці.
12. У чому полягає психотерапія при лікуванні алкоголізму і наркоманій?
13. Роль психотерапії у хірургічній клініці.
14. Які види психотерапії застосовуються у педіатрії?
15. Роль психотерапії у стоматології.

## ЗАНЯТТЯ №18

### ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛИХ ТА ВЕЛИКИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ГРУП В АСПЕКТІ МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ

**ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ:** 2 академічні години.

**МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомити студентів з психологічними особливостями груп в медицині, принципами лікувального впливу групи на особистість. Ознайомити студентів із основними закономірностями психології спілкування. Сформувати розуміння науково обґрунтованої організації терапевтичного середовища в колективах лікувальних закладів.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:** учбова кімната, стаціонар психіатричного відділення, кабінет групової психотерапії.

**ОБЛАДНАННЯ ЗАНЯТТЯ:** атлас експериментально-психологічних досліджень, соціально-психологічні анкети, комп'ютерні соціометричні тести.

Особистість формується, розвивається і пізнає себе тільки через її стосунки із суспільством, включаючись в діяльність різноманітних соціальних груп.

*Група* - це обмежена сукупність людей, які пов'язані між собою за певними ознаками: соціальною і класовою належністю чи характером спільної діяльності, структурою, рівнем розвитку і т.д.

Визначальними характеристиками групи є :

- 1) безпосередня міжособиста взаємодія її членів;
- 2) спільність мети і діяльності;

- 3) наявність розподілених функцій і ролей в групі;
- 4) достатня стабільність у часі;
- 5) здатність здійснювати певну діяльність і через неї бути включеною до всієї системи суспільних відносин;
- 6) здатність розвиватися від рівня дифузної групи до рівня колективу.

Групи поділяються за розмірами (великі та малі), суспільним станом (формальні - офіційні і неформальні - неофіційні), рівнем розвитку (низького рівня - асоціації, корпорації, дифузні групи; високого рівня - колективи), взаємною значущістю (референтні групи і групи членства) і т.д. Мала група об'єднує відносно невелику кількість людей, які займаються спільною діяльністю і знаходяться у безпосередньому міжособовому спілкуванні значущістю (референтні групи та групи членства) і т. д.

*Мала група* об'єднує відносно невелику кількість людей, які займаються спільною діяльністю та знаходяться в безпосередньому особовому спілкуванні. Налічує вона від 2 до 40 членів, оптимальна кількість - 7 чоловік. Найпростішою первинною групою в дитячому віці є «мати – дитина», сім'я, пізніше - друзі, клас, трудовий колектив. Якщо дитина внаслідок певних обставин відокремлена від малих груп (наприклад, здичавілі у джунглях діти), то вона не розвивається як особистість. *Велика група* має необмежену кількість членів і виділяється на основі певних соціальних ознак (стать, вік, національність, професія і т.ін.), наприклад, підприємство, лікарня, профспілка. Референтною називають «еталонну» реальну чи уявну групу, на яку орієнтуються в своїх поглядах, цінностях, поведінці. Виховання мети, ідеалів, прагнень, характеру, тобто того, чим визначається поведінка людини в трудовому колективі і в сім'ї, її взаєностосунки з оточуючими, у великій мірі залежить від впливу референтних груп, який здебільшого залишається прихованим.

Кожна група у своєму розвитку проходить через етапи: утворення, функціонування, розвитку, стагнації, регресу та розпаду. Найвищою формою розвитку групи є *колектив*. Це - група людей, організована і об'єднана загальною суспільнокорисною діяльністю. Запорукою успішного функціонування будь-якого колективу є:

- усвідомлене підкорення особистих інтересів суспільним;
- вимогливість один до одного;
- товариська співпраця, готовність до взаємодії і взаємодопомоги, інтерес до проблем і потреб один одного;
- взаємоповага, довіра, доброзичливість і тактовність;
- психофізіологічна сумісність темпераментів і характерів його членів;
- задоволення своєю приналежністю до колективу, взаємна значущість (референтність);
- вільний виклад свого погляду при обговоренні питань, що стосуються колективу;
- відсутність тиску керівника на підлеглих і визнання за ними права приймати найбільш значущі для колектива рішення;
- достатня інформованість членів колективу про його завдання і стан справ при їх виконанні;
- прийняття на себе відповідальності за стан справ у колективі (кожним з його членів, за успіхи та невдачі один одного і т.д.).

За різних періодів свого життя людина включається до різних груп, котрі справляють на неї стійкий вплив. Під тиском групи особа приймає її судження і цінності, приводить свої дії у відповідність із тим, чого від нього очікує група, чи, точніше, чого, на її думку повинна очікувати від неї група. Посідаючи певні місця у різних групах, людина по-різному поводить себе залежно від її статусу в групі, інакше кажучи, виконує свою роль: користується різним ступенем авторитету, популярності, по-різному

мірою впливає на інших членів. У кожній групі є лідер, ядро – «популярні», «середні» та «непопулярні» члени (аутсайдери).

Велике значення мають самооцінка члена групи і рівень його вимог (тобто, те, на яку роль претендує особистість у групі, колективі на основі самооцінки). Розходження самооцінки та оцінки з боку інших членів групи (колективу) призводить до викривлення соціального сприйняття, коли людина невірно розуміє мотиви вчинків партнерів по спілкуванню, не досить адекватно реагує на життєві ситуації, уся його увага зосереджена не на вирішенні реальних проблем, а на збереженні уявлення про значущість свого «Я» у своїх очах і серед оточуючих. Наприклад, якщо рівень вимог надто високий і не відповідає дійсному становищу людини в колективі, вона відчуває себе ображеною, вважає, що її недооцінюють, «затирають» і т. інше. Такі суперечності називають невротичним конфліктом, який супроводжується болісно-тужливим переживанням невдачі, незадоволення потреб, недосяжності життєвої мети, непоправності втрати, і може перетворитися на психосоматичні захворювання.

Головним методом лікування, корекції соціально-психологічних проблем особистості з метою зміни статусу особистості у колективі є метод групової психотерапії. **Групова психотерапія** - це метод лікувального впливу на особистість хворого шляхом залучення його до активної взаємодії із спеціально створеним, керованим, психологічно позитивним мікросоціальним середовищем, яким може вважатися лікувальна група спілкування.

Психотерапія здійснюється у відкритих або закритих групах у складі 25-30 осіб (великі групи) і 8-12 осіб (малі), частіше за монотематичною ознакою етіології та патогенезу конфлікту (визначальна роль психогенного чинника у розвитку захворювання) і різницею у статі, віці, типах особистості, способах поведінки, клінічному синдромі та ін. Засобів проведення групової психотерапії існує безліч: групова дискусія,

психодрама, пантоміма, психогімнастика, проєктивний малюнок, рухова психотерапія, гештальттерапія, психосинтез, музикотерапія і т. д. У психотерапевтичній групі, що пропонує модель «природної групи» - виробничої, сімейної, дружньої, – учасники поводять себе близько до реального життя: продукують конфлікти, вступають із іншими учасниками групи у стосунки того ж типу, користуються звичними «прийомами» для досягнення бажаної мети. Але тут є зворотний зв'язок, який дає можливість усвідомити психологію механізмів своєї хвороби. Хворий може на власні очі побачити чинники своїх конфліктів і, отже, перекручення свого соціального сприйняття, зрозуміти чинники своєї поведінки.

У такій психотерапевтичній групі, що оптимально розвивається, починають діяти терапевтичні, психокорегуючі чинники, такі як:

1) *відчуття єдності із групою*: долається відчуття соціального відчуження пацієнта, що виникло внаслідок зосередження на власних проблемах, уявленні про те, що «він не такий, як інші», що його страждання є унікальним. Розуміння проблем учасників групи призводить до дезактуалізації особистих страждань;

2) *зниження егоцентризму*: пацієнт не тільки отримує допомогу та підтримку, але і сам активно співчуває стражданню інших;

3) *емпатія*: відчуття емоційної підтримки з боку групи, визнання права на різні страждання без ризику втратити повагу інших, на власну точку зору. Формується установка на розуміння і допомогу у змінах щодо певних негативних якостей, замість засудження;

4) *саморозкриття*: можливість відчути власну цінність, ризик бути самим собою, відмовившись від неадекватних захисних стереотипів (наприклад, схильність справляти «благоприємне» враження на інших за рахунок перебільшення якихось реальних чи уявних якостей);

5) *зворотний зв'язок*: інформація, яку пацієнт отримує від інших членів групи відносно того, як сприймають його поведінку, дає можливість усвідомити нереалістичність якихось сторін своєї поведінки, деяких своїх установок, дізнається про неусвідомлювані риси свого характеру, засоби неадекватного захисту. Отримання позитивного зворотного зв'язку надає впевненості у собі, підкріплює позитивні сторони характеру та поведінки;

6) *катартичне переживання сильних емоцій* («катарсис» - очищення): обговорення у групі прихованих або пригнічених «неприйнятних» потреб, зосередження уваги на таких непроаналізованих емоціях, як відчуття провини або ворожості, призводить до психологічного очищення, полегшення і свободи;

7) *міжособистісне навчання* (розширення репертуару соціальних ролей): група слугує експериментальним полігоном для дослідження позитивних та негативних емоцій і випробування нових стилів поведінки. Явно чи приховано, учасники удосконалюють своє вміння спілкуватися.

### **ОСОБЛИВОСТІ ГРУП ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРНІ**

Поступаючи до лікувального закладу, людина, яка усунута із свого звичного соціального оточення, різко змінює життєвий стереотип, що часто порушує її душевну рівновагу, впливає на динаміку тривалості захворювання. Соціальні контакти замикаються, передусім, на спілкуванні у групі хворих (лікарняна палата), яка, в свою чергу, залежна від груп медперсоналу, що складають колектив лікарні. Група хворих людей, поряд із ознаками, що притаманні усім групам, має особливості, зумовлені хворобою та залежністю від медичного режиму. Так, психологічний комплекс «потреба-залежність- підлеглисть» у деяких хворих створює недостатньо усвідомлене ними відчуття деякого приниження, особистої неповноцінності, а звідси - часто також недостатньо усвідомлений внутрішній протест, роздратованість, тенденцію до непокори, конфлікту. Нерідко спостерігаються загальна емоційна лабільність, схильність до



роздратованих спалахів, надцінних переживань. Деякі пацієнти стають замкнутими, іпохондричними, у них можуть розвиватися депресивні стани аж до суїцидальних тенденцій. Довготривале перебування в стаціонарі може викликати у хворих виражену астенію, фіксацію на хворобливих симптомах, іноді навіть посилення їх, почуття страху при переході з ліжкового режиму до активних рухів, емоційне напруження та негативну установку на лікування.

Психологічний клімат у палатах тісно пов'язаний із так званими неформальними стосунками хворих, які сприяють їх об'єднанню в спонтанні групи. Наявність активних хворих («лідерів») викликає певний груповий настрій і ставлення хворих до лікарів, режиму лікування і перспектив одужання. Негативно настроєні «лідери» становлять суттєву загрозу для психологічного клімату в будь-якому колективі хворих.

**Егротогенії** - це процес негативного психологічного впливу одних хворих на інших в умовах певної групи, що призводить до появи нових симптомів неврологічного характеру чи погіршенню наявних симптомів захворювання. Егротогенії нейтралізують позитивну дію медикаментозного лікування, психотерапії, лікувального режиму та інших методів. Профілактика егротогеній пов'язана із вирішенням питань про психологічну сумісність хворих у палатах, відділеннях та інших замкнутих колективах, про психологічний клімат у колективах хворих, про групи хворих, які склалися стихійно (спонтанні) і т. ін.

Ефективність лікування хворого залежить від створення у медичному закладі діючого психотерапевтичного **лікувально-охоронного режиму**, тобто організації способу життя, який би позитивно вплинув на психіку пацієнта, що сприяє більш швидкому одужанню. Під *терапією середовищем* розуміють використання факторів середовища для впливу на хворих із лікувальною метою. До завдань лікувально-охоронного режиму входить усунення всіх несприятливих чинників оточення, боротьба із

болем і боязною боллю, забезпечення максимальних умов для фізіологічного сну та відпочинку, чітке дотримання правил внутрішнього розпорядку.

## **ПСИХОЛОГІЯ ЛІКУВАЛЬНОГО КОЛЕКТИВУ**

Найважливішим елементом лікувально-охоронного режиму є суворе дотримання психотерапевтичних принципів спілкування медичного персоналу із хворим, і в першу чергу, лікаря і хворого. Вирішальним фактором у створенні ефективно діючого психотерапевтичного лікувального середовища є єдиний стиль роботи медичного колективу. Це залежить від високих професійних знань, колегіального співробітництва, єдиного духу колективу, який визначається турботою про хворих. Важливу роль відіграють конференції кожного дня, а також засідання окремих груп колективу. Лікування проводиться не одним лікарем-терапевтом, а при його координуючій функції увесь колектив утворює єдину терапевтичну сітку. На найвищому рівні свого розвитку, колектив, який лікує, стає колективом лікувальним, будь-яка діяльність якого позитивно діє на хворого. Саме у такому колективі спрацьовує принцип «Здоров'я кожного - багатство всіх». Підхід кожного лікаря та медсестри до хворого, їх оптимізм, професіоналізм, гармонійність - є цілющими силами, які сприяють якнайшвидшому одужанню хворого. Хочуть вони того чи ні, але лікарі та медсестри надають регулярну групову допомогу хворим тієї чи іншої палати, проводять обхід, роз'яснювальні бесіди з приводу звичок, які утворилися у палатах, проблем пристосування до життя у новому колективі одного із хворих.

Питання організації лікувального колективу пов'язані із визначенням оптимального складу хворих у стаціонарі. Вважають нераціональним розміщення хворих з однаковими хворобами у одній палаті. Більш правильно підбирати їх за принципом психологічної сумісності і психотерапевтичного благоприємного впливу більш «сильних»

особистостей на пасивних хворих. Це створить кращі умови для організації лікувального колективу та терапії середовищем. Атмосфера лікувального закладу залежить, безумовно, від «лідера», тобто від діяльності керівника (головного лікаря), методів керівництва, від стилю і емоційного тону, виробленого працівниками закладу.

Знання психологічних особливостей колективу, у якому працює лікар, забезпечує науково обгрунтовану організацію роботи усіх ланок лікувального закладу щодо профілактики та ефективності лікувально-діагностичного процесу. Для вивчення міжособових стосунків у групах використовують такі засоби, як спостереження, незалежні характеристики, опитування, інтерв'ю, анкетування, експеримент та ін. Одними з найбільш інформативних є соціометричні методики. Техніка соціометрії побудована на аналізі даних, отриманих при опитуванні учасників групи про вибір тих осіб, які відповідали б тим чи іншим критеріям (наприклад: з ким із учасників групи у першу чергу ви бажали б проводити вільний час, разом працювати; з ким - у другу, в третю і т. ін.). Кінець кінцем виявляються неформальна структура групи, симпатії та антипатії між учасниками групи, найбільш та найменш популярні її члени, наявність відокремлених угруповань, показники групової єдності. Вивчивши таким чином склад відділень, палат, можна розробити схеми формування колективів медпрацівників та груп хворих.

## КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

- 1.** Визначення поняття «група». Класифікація груп.
2. Що таке велика, мала, формальна, неформальна, референтна група?
3. Стадії розвитку групи.
4. Що собою являє колектив, які ознаки психологічної сумісності членів колективу?
5. Як розподілюється статус членів усередині групи?
6. Патогенетичне обґрунтування групової психотерапії, як засобу зміни статусу особистості у колективі.
7. Лікувальні фактори, які діють у психотерапевтичних групах.
8. Особливості груп у лікарняних палатах.
9. Принципи профілактики егротогеній.
10. Що являє собою терапія середовищем?
11. Які якості необхідні для успішної роботи лікувального колективу?
12. Методи дослідження міжособових стосунків в групах та колективах.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

### Основна література:

1. В.М. Блейхер, И.В. Крук. Патопсихологическая диагностика. - К., Здоров'я, 1986.
2. Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. Словарь-справочник по психологической диагностике. - К., Наукова думка, 1989. - с. 200.
3. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія.- К.,Здоров'я.- 1994. - 296 с.
4. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология.- Л.: Медицина, 1982. - 270 с.
5. Клиническая психиатрия. Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. - К., Здоров'я, 1989. - 511 с.
6. Р. Конечный, М. Боухал. Психология в медицине. Прага, Авиценум, 1983. - 405 с.
7. Крутецкий В.А. Психология.- М., «Просвещение».- 1980.
8. Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. Медицинская психология. - 2-е изд.- М., Медицина, 1984. - 272 с.
9. В.Ф. Матвеев. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. - М., Медицина, 1989.
10. Методические рекомендации для студентов по овладению медицинской этикой и деонтологией. Полтава, 1988, с.30-41.
11. Методические указания к практическим занятиям по медицинской психологии. - Харьков ХМИ, 1990.- Ч. 1-2.
12. В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский. Основы общей и медицинской психологии. М., Медицина, 1975.

13. Общая психология (под ред. Богословского В.А. и др.). - М., «Просвещение». - 1981.
14. Практикум по общей и медицинской психологии. (Под ред. профессора В.П. Блохиной. - К. 1990. -
15. Практикум по общей психологии. Под ред. проф. А.И. Щербакова. - М., Просвещение, 1990.
16. Психология. Словарь. Под общей редакцией А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского, 1990. - 495 с.
17. И.М. Тылевич, А.Я. Немцова. Руководство по медицинской психологии. - Л., Медицина, 1980. - 224 с.
18. Шостакович В.В., Блохина В.П. Медична психологія. Изд. «Вища школа», Киев, 1970.
19. И. Харди. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. - Изд-во Академии наук Венгрии, Будапешт, 1981.- 286 с.

### **Додаткова література:**

1. Айзенк Г.Ю. Интеллект: новый взгляд // Вопр. психологии, 1995.- N1.- С. 15-21.
2. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности. Избранные труды.- М., 1979.
3. Ф. Блум, А. Лейзерсон, Л. Хофстедтер. Мозг, разум, поведение. /Перев. с англ. - М., Мир. - 248 с.
4. Воробейчик Я.Н., Поклитар Е.А. Основы психогигиены.- К.: Здоров'я, 1989.- 184 с.
5. М.В. Гамезо, И.А. Домашенко. Атлас по психологии. - М., Просвещение, 1986.

6. Дерябин В.С. Чувства, влечения, эмоции.- Л., 1974.
7. Захаржевский В.Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии.- Л.: Наука, 1990.- 175 с.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.1980. - 448 с.
9. Карл Леонгард. Акцентуированные личности. Пер. с немецк. - К., Вища школа.- Головное изд-во, 1989. - 375 с.
10. Козин А.П. Умей владеть собой.- К.: Здоров'я, 1987.- 121 с.
11. Кэпрару Эмип, Кэпрару Герта. Мать и дитя. -Бухарест, Мед. изд-во, 1987. -С.14-20.
12. Либих С.С. Коллективная психотерапия неврозов.Л.:1974.
13. Леви В.Л. Я и мы. - М., Молодая гвардия, 1973. - с. 288.
14. Лежепекова Л.Н., Якубов Б.А. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача.- Л.:Медицина,1977.- 160 с.
15. Н.А. Магазаник. Искусство общения с больными. - М., Мед., 1991. - 112 с.
16. В.Ф. Матвеев. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. Учебное пособие для студентов мед. училищ. - М.: Медицина, 1989.
17. Напреенко А.К., Петров К.А. Психическая саморегуляция.-К.: Здоров'я, 1995.- 238 с.
18. Оксфордское руководство по психиатрии. Под ред. Майкла Гельдера, Денниса Гэта, Ричарда Мейо.- К., Сфера.- Т.1-2.- 435 с.
19. Первов Л.Г. Уход за больными с невротическими состояниями.-М.: Медицина, 1989.- 207 с.
20. Петленко В.П. Основные методологические проблемы теории медицины.- М.: Медицина, 1982.- с. 256.
21. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.-К., "Сфера", 1998.- 122 с.

22. Практикум по общей психологии. Учебное пособие для студентов педагогических институтов. Под ред. А.И. Щербакова. - М.: Просвещение, 1990.
23. Петровский А.З. Личность. Деятельность. Коллектив. М., Изд.полит. литературы,1982, с.217.
24. В.С. Ротенберг, В. В. Аршавский. Поисковая активность и адаптация. - М., Наука, 1984.
25. Руководство по психотерапии под ред. В.Е.Рожнова,Ташкент, 1979.
26. Селиванов В.И. Воля и ее воспитание. М., Знание, 1976.
27. Слободянский А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1986.
28. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1989.- 180 с.
29. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства.-М.: Медицина, 1987.- 304 с.
30. Федоров Б.М. Физиологические особенности положительных и отрицательных эмоциональных состояний (под ред.П.В.Симонова).- М., 1972.
31. Чеботарёва Э.Л. Врачебная этика. М., 1970.
32. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия.- Л.: Медицина, 1990.- 189 с.
33. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния.- Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998.- 161 с.



## ЗМІСТ

НАЗВА ТЕМИ	СТОРІНКА
1. Предмет, завдання, методологічні та медичні аспекти медичної психології. Мозок та психіка. ....	3
2. Пізнавальні процеси в нормі і при патології. Відчуття та сприйняття. ....	14
3. Пізнавальні процеси. Мислення та мова. ....	26
4. Увага, пам'ять, інтелект. ....	39
5. Емоції і почуття. ....	61
6. Ефекторно-вольова сфера. ....	76
7. Свідомі і підсвідомі психічні процеси. ....	95
8. Психофізіологічні і медико-психологічні аспекти особистості. ....	110
9. Взаємозв'язок соматичних та психічних у здоровому і хворому організмі. ....	126
10. Суб'єктивне переживання хвороби. Психологія хворого при соматичних захворюваннях. ....	143
11. Лікар, хворий, діагноз: психологія діагностичного процесу. ....	157
12. Психологія осіб із природженими і набутими фізичними вадами. ....	168
13. Психологія хворого до і після хірургічного втручання. ..	174
14. Психологія жінки в період вагітності та після пологів. ..	182
15. Основи медичної деонтології. ....	188
16. Основи психогігієни та психопрофілактики. ....	204
17. Питання психотерапії. Показання до застосування. ....	227
18. Характеристика великих та малих психологічних груп в аспекті медичної деонтології. ....	242
Список рекомендованої літератури. ....	252